



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NUM CENTRO DE DIA DO CONCELHO DE OEIRAS

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: Manuel Maria Gameiro Dias

Sob orientação de: Professora Alexandra Sarreira Santos

LISBOA, Abril 2011

*“A pessoa que mais viveu não é a que viveu mais anos,
mas a que teve as experiências mais ricas”*

Jean-jacques Rousseau
(Filósofo)

RESUMO

A evidência científica tem demonstrado claramente que a depressão é um dos problemas mais graves de saúde pública, sendo o distúrbio psiquiátrico mais comum nos idosos. Traduz-se inevitavelmente numa sobrecarga para as sociedades, prevendo-se o seu incremento no futuro.

Acreditando que é possível contribuir para a promoção da saúde mental no idoso a nível da comunidade, como enfermeiro a frequentar a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica direccionei o estágio para esta área. O objectivo final foi demonstrar até que ponto as intervenções de Enfermagem Especializada junto do idoso com depressão, podem converter-se em ganhos em saúde.

Numa primeira fase elaborei um Diagnóstico de Situação, onde caracterizo a população, composta por 46 utentes inscritos no Centro de Dia. Esta inclui, a identificação da pessoa; os antecedentes pessoais; uma avaliação breve do estado mental, através da aplicação do Mini-Mental State Examination; uma avaliação do estado depressivo, pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica; e ainda um último ponto designado “generalidades” que permite aprofundar o conhecimento da pessoa.

Numa segunda fase, realizei intervenções de enfermagem de saúde mental, caracterizadas essencialmente por entrevistas de ajuda, de acordo com Phaneuf, dirigidas a 6 utentes identificados com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Optei pelo estudo exploratório, descritivo, seguindo a metodologia do estudo de caso, para trabalhar com cada um dos 6 utentes anteriormente referidos. A recolha de dados baseou-se inicialmente na aplicação da metodologia do formulário e posteriormente, nas orientações preconizadas pelo modelo co-activo para o estudo de caso. Tendo em conta os objectivos e tipo de estudo, a estratégia adoptada para o tratamento e análise dos dados foi qualitativa e quantitativa.

Os ganhos obtidos em saúde mental, evidenciaram-se pela redução da pontuação nas Escalas de Depressão Geriátrica.

PALAVRAS-CHAVE:

Depressão; Comunidade; Enfermagem; Intervenções; Promoção; Saúde Mental;

ABSTRACT

The scientific evidence has clearly shown that depression is one of the most serious problems in public health, being the most common psychiatric disturb disorder in the elderly. Inevitably, this is becoming an increasing burden on society.

Believing that it is possible to contribute for the promotion of the mental health in the elderly at a community level, I, as nurse attending a specialty in mental health and psychiatric, focused the two clinical tests for this area. The main goal was to demonstrate until which point the specialized nursing interventions near the elderly with depression, may convert in health benefits.

In a first stage, a diagnosis situation was elaborated in order to characterize a population of forty six users registered in the Oeiras Day Centre. This diagnosis includes the personal identification; medical background of the person; a short evaluation of the mental state using for that the Mini-Mental State Examination; an evaluation of the depressive state by the Geriatric Depression Scale and as a last point a section named “generalities”, which permit to deepen the knowledge about the person.

In a second stage, nursing interventions according with Phaneuf for mental health were held. These were mainly characterized by help interviews aimed to the six users that were identified with slight depression and without cognitive defect.

The study is exploratory-descriptive and a case study methodology to work with each of the six users mentioned above was followed. Initially, the data collection is based in a form methodology and in a later stage the guidelines recommended by the co-active model for the case study. Considering the goals and the type of study in cause, the strategy adopted for the processing and data analysis was qualitative and quantitative.

In terms of the results, it was observed, by comparing the scores of Geriatric Depression Scale application, that all the followed users had really acquired benefits in mental health.

KEYWORDS:

Depression; Community; Nursing; Interventions; Promotion; Mental Health

AGRADECIMENTOS

A Todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, e em especial a Todos os Utentes do Centro de Dia da APOIO que tão bem me receberam e que foram a razão de ser deste trabalho. Sem a sua colaboração não teria qualquer viabilidade...foi efectuado com eles e para eles...

Um Obrigado Particular:

À Equipa Docente e especialmente à Sra. Prof^a Alexandra Sarreira Santos, por terem contribuído e permitido o meu crescimento como Pessoa e como Enfermeiro...

Às Sras. Enf.^{as} Olga Carmona e Ana Simões, por terem aceite fazer parte deste projecto, com todos os transtornos que isso lhes possa ter causado, e por todas as suas orientações e sugestões...

Ao Sr. Dr. Joaquim Silva pelas recomendações...

À Sra. Dra. Dulce Pereira pela receptividade e disponibilidade...

À Sra. D. Ana Marcus, Animadora Sociocultural do Centro de Dia da APOIO, pela forma acolhedora como me recebeu, pela sua disponibilidade e pela excelente articulação que conseguimos desenvolver...foi sem sombra de dúvida, para mim, uma ponte com a Instituição, com os Funcionários e com os Utentes...

Ao Bruno, à Celina, à Irene, ao Luís, ao Miguel, ao Pedro e ao Renato pela partilha dos seus conhecimentos e por fazerem o favor de serem meus Amigos...

Aos meus Sogros pelo esforço adicional no apoio às minhas filhas...

Aos meus Pais, por tudo...

À Sónia, sem palavras...

Às minhas Filhas, Beatriz e Leonor por todo o tempo que **não** passámos juntos...

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychiatric Association

APOIO – “Associação de Solidariedade Social”

ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD/AVD's – Actividade/s de Vida Diária

CD – Compact Disc

cf. - Confronte

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMO – Câmara Municipal de Oeiras

D.L. – Decreto-Lei

DP – Desvio Padrão

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DPSMIA – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência

D.R. – Diário da República

Dra. – Doutora

DVD – Digital Video Disc

Enf.º/Enf.^a – Enfermeiro/ Enfermeira

ESMCC – Equipa de Saúde Mental Comunitária de Carnaxide

etc. – et cetera “e o resto”

F.S. – Fim-de-Semana/fim-de-semana/Fins-de-Semana/fins-de-semana

GDS – Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

GDS I – Geriatric Depression Scale, aplicada no Módulo I

GDS II – Geriatric Depression Scale, aplicada no Módulo III

HEM – Hospital Egas Moniz

HMB – Hospital Miguel Bombarda

HMP – Hospital Militar Principal

HSC – Hospital de Santa Cruz

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HTA – Hipertensão Arterial

IASFA – Instituto de Apoio Social das Forças Armadas

idem – A informação foi extraída da mesma obra citada na nota imediatamente anterior

IECAs – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

IP – Instituição Pública

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Máx – Máximo

Mín - Mínimo

MMSE - Mini-Mental State Examination

NP - Norma Portuguesa

Obs. – Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página/páginas

Kg – Quilograma

Km - Quilómetros

R/C – Rés-do-Chão

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Sr./Sra. – Senhor/Senhora

SU – Serviço de Urgência

T.A. – Tensão Arterial

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UVA – Unidade de Vida Apoiada

ÍNDICE

| | p. |
|---|----|
| RESUMO..... | 5 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| 0 – <u>INTRODUÇÃO</u> | 17 |
| 1 – <u>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u> | 19 |
| 2 – <u>MÓDULO II – UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO</u> | 21 |
| 2.1 – O LOCAL DE TRABALHO E A SUA CARACTERIZAÇÃO..... | 21 |
| 2.2 – A EXPERIÊNCIA CREDITADA..... | 22 |
| 3 – <u>MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, NA COMUNIDADE E EM CENTROS DE SAÚDE</u> | 25 |
| 3.1– <u>INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO, SUA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO</u> | 25 |
| 3.2 – <u>INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</u> | 28 |
| 3.2.1 – <u>Diagnóstico de Situação</u> | 30 |
| 3.2.1.1 – Considerações Teóricas..... | 31 |
| 3.2.1.2 – Tipo de Estudo..... | 35 |
| 3.2.1.3 – Identificação da População..... | 35 |
| 3.2.1.4 – Instrumento de Colheita de Dados..... | 37 |
| 3.2.1.5 – Construção do Instrumento de Colheita de Dados..... | 38 |
| 3.2.1.6 – Tratamento, Apresentação e Análise dos Dados..... | 38 |
| 3.2.2 – <u>Entrevistas de Enfermagem</u> | 39 |
| 3.2.3 – <u>Sessão de Formação Sobre “A Depressão”</u> | 40 |
| 3.3 – <u>REFLEXÃO GERAL DO MÓDULO I</u> | 41 |
| 4 – <u>MÓDULO III – OPCIONAL: INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA QUE PERMITAM, NO ENVELHECIMENTO, ACRESCENTAR QUALIDADE AOS ANOS DE VIDA</u> | 45 |
| 4.1– <u>INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO, SUA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO</u> | 46 |

| | |
|---|-----|
| 4.2 – INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA..... | 48 |
| 4.2.1 – <u>Entrevistas de Enfermagem</u> | 48 |
| 4.2.1.1 – Pessoas Identificadas com Depressão Grave..... | 48 |
| 4.2.1.2 – Pessoas Identificadas com Depressão Ligeira e Sem Defeito Cognitivo..... | 50 |
| 4.2.1.3 – Pessoas que Não Participaram..... | 52 |
| 4.2.1.4 – Outros Casos..... | 53 |
| 4.2.2 – <u>Ambiente Terapêutico</u> | 53 |
| 4.2.3 – <u>Sessão de Formação sobre “A Demência”</u> | 55 |
| 4.3 – REFLEXÃO GERAL DO MÓDULO III..... | 56 |
| 5 – <u>COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS</u> | 61 |
| 6 – <u>CONCLUSÕES GERAIS</u> | 67 |
| 7 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> | 69 |
| <u>ANEXOS</u> | 75 |
| ANEXO I – Símbolos e Fotografias Relacionadas com o Módulo II..... | 77 |
| ANEXO II - Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados no Módulo I e Respectiva Avaliação..... | 85 |
| ANEXO III – Informações, Símbolos e Fotografias Relacionadas com o Módulo I..... | 89 |
| ANEXO IV – Apresentação e Análise dos Dados Quantitativos..... | 95 |
| ANEXO V – Impresso de Registos..... | 121 |
| ANEXO VI – Formulário..... | 123 |
| ANEXO VII – Registo de Actualizações do Formulário..... | 135 |
| ANEXO VIII – Sessão de Formação sobre “A Depressão”..... | 137 |
| ANEXO IX – A Depressão e o Trabalho que Pretendemos Desenvolver..... | 159 |
| ANEXO X – Sessão de Formação sobre “A Demência”..... | 163 |
| ANEXO XI – Pedido de Autorização para Aplicar o Formulário..... | 187 |
| ANEXO XII – Entrevistas Realizadas no Módulo I..... | 189 |
| ANEXO XIII – Apresentação e Análise dos Dados Trabalhados Qualitativamente..... | 211 |
| ANEXO XIV – Número de Entrevistas Realizadas no Módulo I..... | 219 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO XV – Reflexões Semanais do Módulo I..... | 223 |
| ANEXO XVI – Símbolos, Fotografias e outras Informações Relacionadas com o Módulo III..... | 233 |
| ANEXO XVII - Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados no Módulo III e Respectiva Avaliação..... | 241 |
| ANEXO XVIII – Listagem de Utentes com Depressão Grave e sua Situação..... | 245 |
| ANEXO XIX – Entrevistas Realizadas a Utentes com Depressões Graves..... | 247 |
| ANEXO XX – Utentes com Depressão Ligeira, Sem Defeito Cognitivo e Respectiva Situação..... | 271 |
| ANEXO XXI – “Entrevistas” Realizadas, a Utentes com Depressão Ligeira e Sem Defeito Cognitivo, e que Não Participaram nas Intervenções Terapêuticas Propostas..... | 273 |
| ANEXO XXII – Utentes que aderiram às entrevistas, com depressão ligeira e sem defeito cognitivo..... | 277 |
| ANEXO XXIII – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. AF..... | 279 |
| ANEXO XXIV – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. BC..... | 313 |
| ANEXO XXV – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. BD..... | 347 |
| ANEXO XXVI – Intervenções Terapêuticas Realizadas com o Sr. BH | 381 |
| ANEXO XXVII – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. EA..... | 415 |
| ANEXO XXVIII – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. ED..... | 447 |
| ANEXO XXIX – “Grupo Terapêutico” | 481 |
| ANEXO XXX – Entrevistas Realizadas a Utentes, Inscritos no Centro de Dia, mas que Não estão Incluídos na População em Estudo..... | 487 |
| ANEXO XXXI – Reflexões Semanais do Módulo III..... | 495 |
| ANEXO XXXII – Participação Congresso SPESM..... | 509 |
| ANEXO XXXIII – Apresentação Poster Congresso SPESM..... | 511 |
| ANEXO XXXIV – GDS com Interpretação de Resultados..... | 513 |

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-me proposta a realização de um Relatório referente ao trabalho realizado durante os três Módulos de Estágio.

O Módulo II, esteve relacionado com o desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto. Neste obtive creditação, atendendo à minha experiência profissional de 11 anos, a trabalhar num serviço de internamento de doentes agudos. No Relatório, optei por abordar em primeiro lugar este Módulo por considerar que foi em grande parte o alicerce para o desenvolvimento dos seguintes, bem como para os resultados conseguidos.

O Módulo I, visou o desenvolvimento de competências ao nível da promoção de estilos de vida, de diagnóstico e prevenção na Comunidade e em Centros de Saúde. Optei por realizar este Módulo sob orientação da UCC Cuidar+ do ACES de Oeiras Oriental, na área da depressão do idoso, por questões que se prendem com o meu interesse pessoal, por ser um problema actual e que cada vez aflige mais pessoas, e por considerar que poderia, por muito diminutos que fossem, levar alguns ganhos em saúde mental àquelas pessoas.

Relativamente ao Módulo III, e sendo opcional, decidi dar continuidade ao I, realizando entrevistas de ajuda aos utentes com depressão ligeira e sem defeito cognitivo previamente identificados. Continuei assim a desenvolver competências ao nível da Gerontopsiquiatria. Decorreu sob orientação da ESMCC do DPSM pertencente ao HSFEX, integrado no CHLO, e à semelhança do Módulo I, na prática, também foi desenvolvido no Centro de Dia da Outurela, que faz parte da APOIO.

Este Relatório tem por objectivo dar a conhecer o trabalho realizado durante o Estágio, no contexto da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as competências que acredito ter adquirido e o seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Está dividido em 7 capítulos. No primeiro, realizei um breve enquadramento conceptual. No segundo, terceiro e quarto falei em pormenor em cada um dos Módulos realizados. No capítulo quinto, dou a conhecer as competências que acredito ter adquirido ao longo de cada um dos Módulos. No sexto efectuo as conclusões gerais e por fim, finalizo o Relatório no capítulo sétimo, onde dou a conhecer as referências bibliográficas utilizadas.

Na globalidade, para a realização deste trabalho utilizei a metodologia descritiva, reflexiva e analítica.

Em relação às referências bibliográficas, segui a Norma Portuguesa NP 405.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A aprendizagem é dinâmica e desiludam-se aqueles que pensam o contrário. No decurso desta formação, através de uma maior consolidação teórica, tive acesso a algumas ferramentas que me permitiram adquirir/aumentar competências para a realização de determinadas acções e para a observação dos respectivos resultados. Isto ter-se-á seguramente traduzido, no desenvolvimento da qualidade do meu trabalho.

Todo o desenvolvimento da minha formação tem circulado em volta do metaparadigma da enfermagem que envolve os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem. De acordo com a OE (2001, p.5-6), o conceito de Pessoa é entendido como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se”; o de Ambiente como sendo “constituído por elementos: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”; o de Saúde é definido como “o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual”; e por fim o conceito de Cuidados de Enfermagem, é centrado “na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)”.

Convicto de que os cuidados de enfermagem estão centrados numa relação interpessoal, como enfermeiro a realizar uma especialidade de enfermagem de saúde mental, imediatamente sou levado a pensar numa teórica de enfermagem considerada a grande mentora da enfermagem psiquiátrica. Refiro-me a Peplau e à sua Teoria das Relações Interpessoais, que conceptualiza o “doente como parceiro no processo de enfermagem” (HOWK, 2004, p.424) e não como objecto da acção de enfermagem como era considerado até então. Embora esta, seja a minha linha orientadora no estabelecimento de uma relação de ajuda, não poderei deixar de entender que “cada modelo ou teoria de enfermagem foi desenvolvido para capturar as complexas dimensões da Enfermagem, no entanto, cada um deles é naturalmente insuficiente e tende a reflectir a base da disciplina do autor” (VIEIRA, 2008, p. 80).

Um outro conceito que pautou este trabalho foi o de Relação de Ajuda, definida por CHALIFOUR (2008, p.33) como uma “interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a

satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade”. Num contexto profissional, a fim de conseguir estabelecer a referida relação efectuei várias entrevistas, consideradas como “um tipo particular de interacções verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objectivos visados e do tempo que acordam para esse fim” (CHALIFOUR, 2009, p.59-60), dentro de um ambiente terapêutico constituído como um conceito fundamental do cuidar.

As relações entre o interveniente e o cliente, levam-me também a pensar numa outra teórica, Betty Neuman em que através do seu Modelo de Sistemas o cliente é visto “enquanto sistema, (...) como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto” e considerado “como estando em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interacção recíproca com o ambiente” (FREESE, 2004, p. 337-340).

A minha intervenção, ultrapassou as paredes do Hospital estendendo-se à Comunidade. Teve por base o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, onde são definidas estratégias a adoptar para fazer face às necessidades reais da população. Estas centradas num plano comunitário, apostam essencialmente na acção dos profissionais de saúde na comunidade, como forma de melhorar os resultados. Assim, não há qualquer dúvida que a promoção da saúde em geral e da saúde mental em particular, bem como a prevenção da doença mental, implica uma intervenção dentro da própria comunidade.

Gostaria também de referir que embora tenha recorrido a outros conceitos, igualmente importantes, por uma questão de organização optei por clarificá-los ao longo do Relatório onde, desde o seu início acabam por se complementar e interligar.

2 – MÓDULO II – UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO

Embora este Capítulo diga respeito ao Módulo II do Estágio, optei por abordá-lo em primeiro lugar, por entender que a minha experiência profissional e consequentemente as competências que já possuía, terão contribuído decisivamente para o desenvolvimento dos módulos seguintes e para os resultados que posteriormente foram obtidos.

2.1 – O LOCAL DE TRABALHO E A SUA CARACTERIZAÇÃO

Ao terminar o curso de enfermagem, era necessário escolher um “hospital” e um serviço para trabalhar.

Tendo estagiado no DPSM do HSFX, foi gratificante observar e participar no trabalho que os enfermeiros desenvolviam. Assim inscrevi-me neste hospital, solicitando uma colocação no DPSM.

Iniciei funções, como enfermeiro de nível I no dia 20/09/1999, neste DPSM que embora integrado no HSFX fica localizado na Calçada da Tapada, nº 155 à Ajuda, a uma distância de aproximadamente 2,5 km.

De acordo com a informação colhida no Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes, em 1976 o actual edifício do Departamento, recebeu os primeiros doentes do foro mental, transferidos do HMB que passou a administrar este espaço designando-o por Anexo da Ajuda do HMB. No ano de 1990, este espaço deixou de pertencer ao HMB, adquirindo autonomia administrativa e passando a designar-se por Centro de Saúde Mental Lisboa/Oeiras. Dois anos depois, em 1992, é integrado no HSFX e passa a ter a designação de DPSM.

No dia 01/01/2006 foi constituído o CHLO resultante da fusão do Hospital Egas Moniz, do Hospital de Santa Cruz e do Hospital de São Francisco Xavier.

A área geodemográfica de influência do HSFX para a saúde mental e psiquiatria é constituída pelas freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Alcântara e Ajuda do concelho de Lisboa; todo o concelho de Cascais e de Oeiras.

No Serviço de Internamento de Doentes Agudos R/C, que como já referi é aquele onde desempenho funções, são internadas pessoas do sexo feminino geralmente de idade adulta, mas pontualmente também são internadas adolescentes. As patologias são variadas e vão desde esquizofrenias, surtos psicóticos, distúrbios de personalidade,

toxicodependências, alcoolismo, anorexia, doenças bipolares, depressões, até demências.

O Serviço tem uma lotação de 22 camas (ANEXO I).

2.2 – A EXPERIÊNCIA CREDITADA

De um modo resumido e pontual, vou tentar descrever aquilo que fui desenvolvendo ao longo dos 11 anos em que tenho desempenhado funções, inicialmente como enfermeiro de nível I e posteriormente graduado, no Internamento do R/C Mulheres do DPSM do HSFX.

No Serviço desempenhei sempre todas as actividades inerentes ao enfermeiro generalista. Além disso, desempenhei também funções de Chefe de Equipa; integrei novos colegas; orientei alunos de enfermagem do curso de licenciatura; fui prelector em várias Sessões de Formação do DPSM, umas dirigidas principalmente a Enfermeiros e outras a Assistentes Operacionais, contudo sempre abertas a outros profissionais de saúde; e tenho assistido a várias Sessões de Formação realizadas no DPSM.

Fiz parte dos grupos de trabalho que elaboraram: as Normas de Desempenho: “Norma de Acolhimento” e “Norma dos Registos de Enfermagem”; as Normas de Procedimento: “Cateterização Vesical Transuretral na Mulher” e “Cateterização Vesical Transuretral no Homem”; o “Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes Recém-Chegados ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (Serviço R/C Mulheres)”; o “Guia de Acolhimento” e o “Guia de Acessibilidades e Localização”, estes dois últimos para distribuir aos utentes e familiares.

Fui co-autor: de um artigo intitulado “Estigma: O Inimigo Invisível” publicado numa revista da SPESM; dos posters “Doença Mental & Estigma”; “Agressividade: Atitude Terapêutica”; “Residências Sol e Andorinha: Um Projecto de Humanização”; “A Relação de Ajuda em Enfermagem e o Envelhecimento Activo: (re) construir um novo caminho”.

Integrei: o “Grupo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão”; a “Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”; a Comissão Organizadora das “2^{as} Jornadas de Enfermagem do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Francisco Xavier”, subordinadas ao tema: Saúde Mental – Abordagens Terapêuticas;

Efectuei o curso “Suporte Básico de Vida”; uma pós-graduação em “Enfermagem de Saúde Mental na Adição e na Reabilitação Psicossocial”; e participei em vários Congressos.

Atendendo a que durante vários anos não houve qualquer enfermeiro especialista no Serviço de Internamento do R/C Mulheres, os enfermeiros que lá trabalham, tiveram de ir desenvolvendo competências para fazer mais e melhor. Se assim não tivesse sido, estariam muitos anos de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica postos em causa por terem sido realizados somente por enfermeiros generalistas.

Acredito que ao longo do tempo fui, passando de iniciado a “perito”, naquele serviço. Sendo o Enf.º perito entendido por BENNER (2005, p.58) como aquele que “tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Por fim, não poderei deixar de referir que foi a motivação para alargar os limites do saber, para adquirir mais e novas competências, para crescer como pessoa e como profissional que me levou a inscrever neste Mestrado, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Pelo meu percurso profissional, relatado de modo sucinto ao longo deste ponto, acredito ter adquirido as competências necessárias para que este Módulo me tenha sido creditado.

3 – MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, NA COMUNIDADE E EM CENTROS DE SAÚDE

Para a concretização do Módulo I foram previamente definidos, de um modo formal, um objectivo geral e quatro específicos. Posteriormente, com o decurso do Estágio procurei desenvolver um conjunto de actividades (ANEXO II) que permitissem atingir os objectivos específicos e consequentemente o geral.

Objectivo Geral: *“Desenvolver um plano de intervenção, na área da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de modo a minimizar os sintomas de depressão nos idosos”*.

Objectivos Específicos:

- a) Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da Unidade de Saúde;
- b) Integrar a Equipa Multidisciplinar da Unidade;
- c) Identificar pessoas idosas deprimidas e estabelecer com elas estratégias de intervenção terapêutica para estabilizar ou reverter o seu quadro;
- d) Efectuar formação específica, na área da depressão, aos profissionais.

Ao longo deste Capítulo, vou caracterizar o local onde foi realizado o Módulo I do Estágio, a população abrangida, as intervenções de enfermagem realizadas e os seus objectivos.

3.1- INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO, SUA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

O Módulo I, do Estágio, visa o desenvolvimento de competências ao nível da promoção de estilos de vida, de diagnóstico e prevenção na Comunidade e em Centros de Saúde. Optei por realizar este Módulo na UCC Cuidar+ do ACES de Oeiras Oriental, tendo decorrido entre os dias 19 de Abril e 19 de Junho de 2010.

Este ACES (dados de 2009, descritos no Plano de Acção da UCC), dispõe de 339 profissionais de saúde para 216400 utentes. As unidades funcionais do referido agrupamento estão divididas do seguinte modo: 4 USF (S. Julião, Delta, Conde de

Oeiras, Dafundo); 6 UCSP (Algés, Barcarena, Carnaxide, Linda-a-Velha, Oeiras, Paço de Arcos); 2 UCC (Cuidar+, Saudar); 1 USP; 1 URAP.

Dentro do ACES de Oeiras, o meu trabalho desenvolveu-se sob a orientação da UCC Cuidar+ de Oeiras Oriental.

Esta Unidade é composta por uma Equipa Multidisciplinar, da qual fazem parte um Médico, oito Enfermeiros, uma Psicóloga e uma Técnica Superior de Serviço Social.

A UCC Cuidar+ presta cuidados na área geográfica de Algés, Carnaxide, Linda-a-Velha e Queijas e destina-se a pessoas com perda de funcionalidades ou em situações de dependência, independentemente da idade, e que se encontrem afectados nas suas funções anatómicas, fisiológicas ou psicológicas (ANEXO III).

Durante as duas primeiras semanas de Estágio, a fim de me integrar, tão bem quanto possível, na Equipa, de ficar a conhecer o seu trabalho e a respectiva área de influência, tive a possibilidade de consultar o Plano de Acção da Candidatura da UCC Cuidar+ do ACES de Oeiras Oriental, bem como de ler e retirar notas de outros documentos arquivados na Unidade. Tive ainda possibilidade de acompanhar as Equipas de “rua” nas suas actividades diárias, colaborando com os colegas nos trabalhos que mais frequentemente desenvolvem.

Estando a acompanhar os colegas da Equipa e atendendo a que era uma pessoa que os utentes não conheciam, fui sempre apresentado como um colega a realizar um estágio no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e era solicitada autorização para assistir e colaborar na realização dos cuidados de enfermagem necessários. Constatei, por diversas vezes, que as pessoas se apressavam a dizer que o problema era a ferida, eram as dores..., mas de cabeça “felizmente” estavam muito bem, não necessitavam de nada.

Não estará o estigma patente no parágrafo anterior? Falando ao nível dos cuidados de saúde primários, MANN (1996, p.1) afirma que “muitas pessoas que se sentem (...) deprimidas ficariam ofendidas se lhes fosse sugerido irem ao psiquiatra”.

Durante as duas semanas em que acompanhei as Equipas foi gratificante verificar que os colegas, mesmo não sendo especialistas na área da Saúde Mental mostraram sempre uma grande preocupação com esta vertente e além de realizarem “aquele penso”, olhavam a pessoa de uma forma holística, ou seja tinham a preocupação de falar com as pessoas, de lhes perguntar como se sentiam, se tinham dúvidas e/ou problemas que pudessem ser esclarecidas e/ou resolvidos pelos enfermeiros, pelas suas

relações com os respectivos familiares, pelo que poderia ser feito para os ajudar, etc. É de salientar que na UCC, utilizam-se vários impressos de registos, preenchidos pelos enfermeiros e que fazem parte do Processo do Utente. No impresso de admissão existe um ponto no qual é feita a avaliação do estado emocional da pessoa. Existe ainda um outro impresso que é preenchido em situações de luto, designado por “Instrumento Preditivo do Risco de Complicações no Processo de Luto”, em que é colhido um conjunto muito importante de informações relacionados com a Saúde Mental. Em suma, acredito que a Equipa da UCC tem uma preocupação muito válida com os problemas do foro mental.

Quando a Sra. Enf.^a Orientadora, considerou que a minha integração na UCC tinha sido realizada com sucesso, acompanhou-me ao Centro de Dia da APOIO, na Outurela, onde eu viria a desenvolver um Projecto de Intervenção e assim a completar o Módulo I do Estágio.

O projecto referido, por um lado correspondia aos meus próprios objectivos na área da depressão do idoso, e por outro ia no sentido dos interesses da UCC e da Sra. Enf.^a Orientadora pois pretendia elaborar, neste Centro de Dia, um “pequeno” processo para cada utente onde estivesse contemplada a sua identificação, os antecedentes pessoais e uma Avaliação Breve do seu Estado Mental.

Após entrevista com a Sra. Enf.^a Orientadora, foi decidido englobar também uma avaliação do estado depressivo dos idosos e um ponto para generalidades.

Posteriormente, este Projecto seria continuado pela Sra. Enf.^a Orientadora que sendo Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica estava receptiva a intervir na problemática da depressão e da demência que envolve as pessoas idosas. Caso tivesse resultados positivos, seria posteriormente alargado a outros Centros localizados na área de influência da Cuidar+.

Mas o que é a APOIO? É uma Associação de Solidariedade Social, que se enquadra dentro das IPSS. Foi fundada em Novembro de 1998, em Algés, por voluntários moradores ou profissionalmente intervenientes na região, que se organizaram para apoiar pessoas com dificuldades de subsistência (APOIO, 2008, p. 2-6).

Inicialmente tinha como objectivo apoiar idosos, mas posteriormente o seu objectivo foi alargado no sentido de apoiar também crianças e jovens.

A APOIO (ANEXO III), tem dois Centros de Dia, que funcionam entre as 9 e as 18 horas, todos os dias úteis. Neles promove-se e dinamiza-se o convívio entre

“idosos”, tanto a nível local, como através de actividades externas de índole lúdica e/ou cultural. Têm um serviço de refeições, de transporte e de lavandaria. As pessoas que não têm possibilidades/condições são assistidas pela Associação nos cuidados de higiene e nas saídas externas, tais como idas a serviços de saúde ou resolução de assuntos de cariz pessoal (ANEXO IV, Gráfico 25).

Existe um Centro de Dia em Algés, para apoiar toda a freguesia de Algés. Actualmente está em fase de remodelação pelo que os utentes deste Centro estão a frequentar temporariamente o da Outurela que abrange a população da Outurela, Portela e bairros circundantes.

A APOIO tem ainda um serviço de apoio domiciliário que presta assistência, todos os dias incluindo fins-de-semana e feriados se assim for necessário. As equipas do apoio domiciliário prestam cuidados de higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, tratamento de roupa, bem como apoio a diligências externas. Esta valência da Associação, abrange uma grande área de actuação, indo desde Algés e Miraflores até à Outurela, Portela e bairros vizinhos da freguesia de Carnaxide.

Relativamente à estrutura física, o Centro de Dia da Outurela, localiza-se no rés-do-chão de um edifício muito recente, pertencente à CMO, designado por “Residência Madre Maria Clara” com uma arquitectura muito interessante e onde as condições físicas, a todos os níveis são excelentes, incluindo tudo o que se prende com a higiene.

Dispõe de uma Cozinha, de uma Sala Polivalente, onde são realizadas várias actividades, tais como teatro, dança, ginástica, etc. É ainda nesta sala que os utentes comem, vêem televisão, jogam às cartas, dominó e convivem. Dispõe ainda de um Gabinete onde estão os responsáveis da APOIO, do Centro de Dia e a Administrativa; de uma Sala de Reuniões; de um Gabinete Clínico; Sala de Fisioterapia; Arrecadação; uma Casa de Banho para Homens; uma para Senhoras; e outra onde as Ajudantes de Acção Directa prestam os cuidados de higiene assistidos.

3.2 – INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Após ter sido apresentado às pessoas que trabalham na APOIO, de ter ficado a conhecer as instalações físicas e de um modo muito superficial os utentes que frequentam o Centro de Dia era necessário começar a intervir...

Verifiquei que não havia qualquer informação relativa ao estado da saúde mental dos utentes. Era então necessário começar todo um trabalho de raiz e foi decidida, em entrevista com a Sra. Enf.^a Orientadora e com a Sra. Dra. DP responsável pela APOIO, a elaboração de um “pequeno” Processo de cada utente. Este, iria ficar arquivado num espaço reservado da APOIO e incluiria principalmente, uma vertente ligada à Saúde Mental e Psiquiatria, mas pretendia conhecer num âmbito mais alargado cada um dos utentes.

O referido processo, e depois de analisados os dados nele contidos, seria a base para que eu pudesse iniciar um percurso com vista à melhoria do estado depressivo de pelo menos alguns dos utentes daquele Centro de Dia. Futuramente tanto a Sra. Enf.^a Orientadora, como eventualmente outros enfermeiros, alunos de enfermagem, ou mesmo outros profissionais de saúde teriam ali um ponto de partida para desenvolverem outras intervenções.

Foi decidido que o Processo iria ser constituído por um Impresso de Registos, onde seriam essencialmente registados os valores de glicemia e o peso (ANEXO V); pelo Formulário, que permitiria elaborar um Diagnóstico de Situação e ao mesmo tempo caracterizar aquela população (ANEXO VI); e por uma folha de Registo de Actualizações, onde seriam registadas todas as actualizações introduzidas no Formulário, por data e página. No campo de observações, deste impresso, seria registada a alteração que determinada página do Formulário sofreu (ANEXO VII).

Inicialmente pensei que seria difícil estabelecer uma relação com os utentes. Recordo algumas situações que ocorreram, e numa delas, durante uma visita domiciliária com a Equipa da UCC, quando fui apresentado como Enf.^o a efectuar uma especialidade na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o doente apressou-se a dizer que tinha um tumor, mas na cabeça ainda não tinha nada, assim não conseguia entender o que estaria eu lá a fazer. Também, alguns dos utentes do Centro de Dia, disseram que de cabeça “graças a Deus” ainda estavam muito bem. Deste modo, e atendendo à minha experiência profissional, pensei que ao efectuar avaliações de TA, glicemias e peso seria uma forma de conseguir uma primeira aproximação. Contudo em relação à TA, já era avaliada regularmente por uma funcionária da APOIO, pelo que não lhes iria trazer nada de novo, assim optei por avaliar as glicemias e o peso, no entanto rapidamente isto se tornou desnecessário para conseguir a desejada aproximação às pessoas, inscritas no Centro, uma vez que eram as próprias pessoas da APOIO, funcionários e utentes que me procuravam para solicitar as referidas avaliações, o

esclarecimento de dúvidas e/ou porque simplesmente sentiam necessidade de serem ouvidas.

Nenhum utente se recusou a falar comigo e pelas suas atitudes acredito que consegui, de um modo geral, estabelecer com todos eles uma relação de proximidade e empatia.

Embora fosse um enfermeiro a estagiar no Centro, no âmbito da saúde mental, era frequentemente chamado pelas responsáveis quer da APOIO, quer do Centro de Dia, a dar a minha opinião em relação a utentes, quer se tratasse de problemas de saúde mental, quer mesmo em relação a patologias do foro orgânico. Não poderei deixar de referir também, que sempre me disponibilizei para colaborar com a APOIO, dentro das minhas possibilidades e competências e por diversas vezes fui chamado a intervir junto de pessoas a chorar e agitadas, pessoas ansiosas, pessoas que se sentiam tão tristes que estavam numa desesperança hercúlea. Levei-as para o gabinete e ouvi-as, escutei o que tinham para dizer, tantas vezes lavadas em lágrimas, faziam uma retrospectiva das suas vidas dramáticas. Escutei alguns dos seus segredos: *“Sr. Enf.º estou-lhe a contar a minha vida porque sei que é enfermeiro e que não vai andar por ai a contar”* (sic).

3.2.1 – Diagnóstico de Situação

Ao procurar desenvolver, no Centro de Dia da APOIO, Intervenções em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e considerando que não haviam quaisquer registos anteriores, era necessário conhecer a população deste Centro. Nesse sentido, decidi elaborar um Diagnóstico de Situação, realizando entrevistas de colheita de dados com o auxílio de um formulário (ANEXO VI).

A pertinência deste trabalho é corroborada por IMPERATORI (1986, p.13) quando afirma que “em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação”.

Sendo este diagnóstico o ponto de partida, vai-me permitir também ser usado como referência para que após as intervenções delineadas oportunamente e justificadas com o mesmo, me possibilite ter uma noção das melhorias em saúde conseguidas por uma amostra definida.

Considero da maior importância deixar claro que embora o trabalho desenvolvido, possa vir a servir de ponto de partida para futuras intervenções, tem inevitavelmente de ser actualizado, pois um diagnóstico é dinâmico, ou seja “nunca

acaba, é uma actividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade” (IMPERATORI, 1986, p.13-14).

3.2.1.1 – Considerações Teóricas

Atendendo ao facto da generalidade das pessoas que frequentam o Centro de Dia da APOIO, não terem definidos diagnósticos médicos de depressão e/ou demência, foi necessário delinear estratégias no sentido de poder identificar pessoas com estas perturbações.

Desde o início acreditei que seguramente existiriam pessoas no Centro a sofrer deste tipo de patologias. Esta ideia era reforçada pelas palavras de RENCA (2008, p.45) quando afirmava que “as patologias psiquiátricas mais comuns no idoso são a depressão e a demência, afectando 15 a 20% dos indivíduos com uma idade igual ou superior a 65 anos”.

A fim de poder identificar as patologias anteriormente referidas, e de uma forma concreta que fosse para lá da observação e das entrevistas, englobei no formulário construído a GDS e o MMSE.

De acordo com RENCA (2008, p.48) “para um diagnóstico eficaz é necessário realizar-se um exame mental rigoroso, utilizando escalas auxiliares (escalas de depressão - ex. Escala de Depressão Geriátrica (...)) e de Demência ex. Mini-Exame do estado Mental”.

DEPRESSÃO

Quando elaborei o Projecto de Estágio, expressei vontade de intervir ao nível de pessoas idosas com transtornos depressivos, sendo o idoso “a pessoa com 65 anos de idade, ou mais, de acordo com o que define a Organização Mundial de Saúde (OMS)” (MELLO, 2008, p.151).

E o que é que me motiva a efectuar intervenções com este tipo de pessoas? Porque as temáticas da depressão e do idoso continuam actuais e do maior interesse a nível nacional. Para justifica-lo poderei referir que fazem parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, mas para além disso e fundamentalmente porque pretendo ajudar, de modo profissional, pessoas frágeis, com histórias de vida extraordinárias, com tanto para contarem e na maior parte das vezes sem ninguém para as ouvir...porque são pessoas com necessidade de uma vida de relação...porque sou

enfermeiro e me interesse pelas pessoas...porque me interesse pela enfermagem gerontológica e pelas perturbações do humor, em especial pela depressão.

Com o avançar da idade, as pessoas sentem muitas vezes as suas capacidades diminuídas e com elas a perda de autonomia, o isolamento social, a necessidade do apoio de terceiros e o aparecimento de doenças do foro orgânico, aumentando deste modo a sua vulnerabilidade e a depressão tende a tornar-se mais frequente (ROACH, 2003, p.151).

ROACH (2003, p.151) refere que “a depressão (...) é o distúrbio psiquiátrico mais comum nos idosos”, assim acredito que ao procurar intervir junto destas pessoas estou a contribuir para uma melhoria, mesmo que muito ténue, da sua qualidade de vida.

MELLO (2008, p.153) refere que “os sintomas da depressão nos idosos são os mesmos que os das demais faixas etárias, mas é comum que não sejam colocados de modo claro”. A este propósito, NEEB (2000, p.311) verbaliza que “os enfermeiros, ao observar e assistir as pessoas idosas, devem estar atentos a obstipações, dores de cabeça e outras dores no corpo, e a dificuldades respiratórias (...) é frequente os utentes falarem sobre estes sintomas físicos e omitirem a depressão”.

Pelo que foi referido, considero que desenvolver um trabalho nesta área será do meu maior interesse pessoal. Mas, de um modo mais global, será particularmente interessante para as pessoas que frequentam o Centro de Dia da APOIO e que vão usufruir, numa primeira instância dos meus cuidados e posteriormente ficarão as portas abertas para quiçá, outros enfermeiros poderem continuar a desenvolver e fazer crescer este projecto que agora inicio.

Como já anteriormente referi, procurei sempre conciliar e conjugar os interesses e necessidades dos utentes, os meus próprios interesses, os da UCC e os da APOIO. Neste sentido realizei uma Sessão de Formação (ANEXO VIII) dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO, mas aberta a outros profissionais da Instituição, em que inicialmente estava para abordar somente a Depressão do Idoso, no entanto em virtude dos referidos profissionais darem apoio a pessoas nas mais variadas faixas etárias foi decidido abordar a Depressão de um modo mais genérico, fazendo pontualmente referência às diferenças.

A realização desta Sessão ficou completamente justificada, quando após a análise dos resultados obtidos na GDS I, constatei que 61% dos utentes inscritos no Centro de Dia sofriam de depressão (ANEXO IV, Gráfico 21).

Relativamente aos resultados obtidos com a Formação, das 40 perguntas efectuadas às Ajudantes de Acção Directa, no final da Sessão, foram respondidas acertadamente a 38, o que me permite afirmar que globalmente obtive 95% de respostas correctas (ANEXO VIII, Quadro 1).

Por sentir necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da Depressão, tive o cuidado de realizar uma pesquisa mais aprofundada (ANEXO IX).

DEMÊNCIA

No Diagnóstico de Situação, fiz também questão de identificar pessoas com defeitos cognitivos.

Estando a estagiar num Centro de Dia, não dispunha de diagnósticos médicos assim, foi necessário recorrer a instrumentos que me permitissem obter informações acerca do estado cognitivo dos utentes.

Com o aumento da esperança de vida, surgiram também patologias que estão associadas há idade. MARQUES [et al.] (2006, p.357) afirmam que “cerca de 7,1% (...) dos idosos com mais de 65 anos sofrem de demência e a prevalência aumenta com a idade”. Nestas, incluem-se a Doença de Alzheimer e a demência vascular que fazem parte das demências irreversíveis. Contudo, PHANEUF (2010, p.25) deixa claro que “o envelhecimento normal não se acompanha necessariamente de um declínio do pensamento. A pessoa idosa pode manifestar algumas perturbações da memória (...) mas a velhice não conduz inevitavelmente à demência”.

A mesma autora define a demência como um “conjunto de sintomas caracterizados por uma mudança de personalidade, de humor e de comportamento, assim como pela perda das faculdades intelectuais de reflexão, de memória e de raciocínio suficiente para comprometer a vida quotidiana” (PHANEUF, 2010, p.49).

Embora existindo vários tipos de demências as mais frequentes são a Doença de Alzheimer que corresponde a cerca de 50% das demências, seguida da Vascular. Ambas são consideradas irreversíveis (ROACH, 2003, p.177).

Sendo a mais frequente e considerando a incidência demográfica, da Doença de Alzheimer, sabe-se que existem actualmente, no mundo, 18 milhões de casos e estima-se que em 2025 o número seja de 34 milhões, ou seja, praticamente o dobro do número actual. Sabe-se também que a doença atinge 5% da população com mais de 65 anos; 20% com mais de 80 e 25% com mais de 85 anos de idade (PHANEUF, 2010, p.52-53).

Pelas características da doença é extremamente desgastante para os familiares, enquanto cuidadores informais, conseguirem lidar com a situação, que vai sempre evoluindo no sentido da perda de capacidades, resultando num aumento progressivo do grau de exigência e dependência destes doentes perante terceiros. Assim é nosso dever, enquanto enfermeiros, intervir com o intuito de tentar minorar estes problemas.

Embora seja uma doença irreversível, para tentar preservar o maior tempo possível as capacidades restantes do doente é fundamental estimulá-lo, mesmo através de exercícios que nos pareçam demasiado simples. Tudo à nossa volta poderá ser utilizado como meio de estimulação e optimização das suas faculdades cognitivas e afectivas, contudo é necessário ter presente que os exercícios nunca poderão fazer o doente sentir-se ridicularizado (PHANEUF, 2010, p.135).

Os enfermeiros podem ainda ter um papel muito positivo se efectuarem sessões de formação, junto de outros profissionais ou dos cuidadores informais, no sentido de serem eles a estimular os doentes enquanto lhes estão a prestar os cuidados (PHANEUF, 2010, p.135).

Por razões que se prendem com os recursos temporais não foi possível elaborar, de forma estruturada, um plano que visasse a minha intervenção directa e continuada com estes utentes. Todavia, não podendo deixar de fazer algo, optei por efectuar, durante a realização do Módulo III, do Estágio, uma Sessão de Formação (ANEXO X), dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO, mas aberta a outros profissionais da Instituição, em que o tema foi “A Demência”. Nesta procurei salientar algumas actividades de estimulação que não requerendo um aumento muito significativo de tempo dedicado aquela pessoa, poderiam contribuir para um mais lento declínio das suas capacidades.

As actividades de estimulação, abordadas na Sessão, situaram-se essencialmente ao nível da estimulação cognitiva, da orientação para a realidade, da terapia por reminiscências e da validação.

Durante a realização do Módulo I, de acordo com o MMSE, verifiquei que 37% (17) dos utentes inscritos no Centro de Dia apresentavam defeito cognitivo. Atendendo, somente, à elevada percentagem obtida acredito que a Sessão de Formação ficou imediatamente justificada (ANEXO IV, Gráfico 20).

3.2.1.2 – Tipo de Estudo

Através da realização deste estudo efectuei um Diagnóstico de Situação com o objectivo de caracterizar as pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia da APOIO, localizado na Outurela, Freguesia de Carnaxide e Conselho de Oeiras. A partir dos resultados obtidos, no Módulo III do Estágio, desenvolvi estratégias para minorar os problemas identificados, particularmente, ao nível da depressão.

O estudo em questão é do tipo exploratório, uma vez que é a primeira vez que está a ser realizado neste Centro de Dia. Esta afirmação é apoiada por alguns autores quando referem que o estudo exploratório visa “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada” (SELHIZ [et al.] citado por CARMO&FERREIRA, 1998, p.47).

Além de exploratório, este estudo poderá também classificar-se como descritivo uma vez que tem por objectivo “obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (FORTIN, 1999, p.161).

A fim de tratar e avaliar os dados, deste estudo, utilizei a análise quantitativa entendida por POLIT&HUNGLER (1995, p.358-359) como “a manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles” e a análise qualitativa que segundo os mesmos autores é definida como “a organização e a interpretação de dados narrativos, não-numéricos, com o propósito de descobrir dimensões e padrões importantes de relações” (POLIT&HUNGLER, 1995, p.358).

Utilizando estes dois métodos de análise acredito estar a contribuir para um trabalho mais completo. Segundo as palavras de REICHARDT&COOK citado por CARMO&FERREIRA (1998, p.176) é perfeitamente possível fazê-lo, quando referem que “um investigador (...) não tem de aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles”.

3.2.1.3 – Identificação da População

A população deste estudo foi constituída por todos os utentes inscritos no Centro de Dia da APOIO, ou seja, por 46 pessoas.

Antes de iniciar as entrevistas, de colheita de dados, foi solicitada a respectiva autorização à Responsável da APOIO (ANEXO XI). Posteriormente e de acordo com as exigências éticas, elucidámos cada uma das pessoas acerca dos objectivos do estudo;

foi-lhes dada a possibilidade de participarem ou não e foram informadas que isso não lhes traria qualquer implicação; foram ainda informadas que só responderiam às questões que soubessem e com as quais não se sentissem desconfortáveis; por fim foram elucidadas que ao contrário de outras entrevistas que eventualmente viessem a ser realizadas e em que seria garantida a completa confidencialidade, esta entrevista de colheita de dados iria fazer parte de um Processo de cada um dos utentes e iria ficar arquivado nas instalações da APOIO, e ao qual outros profissionais poderiam ter acesso (POLIT&HUNGLER, 1995, p.297).

É de salientar que após o esclarecimento das pessoas, ninguém recusou ser entrevistado, nem responder às questões colocadas.

Sou levado a pensar que o facto de ter começado a efectuar entrevistas de informação e de ajuda no dia 6 de Maio (ANEXO XII), de estar com as pessoas e disponível para elas, me facilitou o trabalho futuro uma vez que já tinha estabelecido uma primeira relação com todas elas.

Embora no formulário esteja incluída a GDS, existem seis pessoas a frequentar o Centro com menos de 65 anos (ANEXO IV, Gráfico 1), correspondendo a 13% da população. Não obstante esta situação, optei por não as excluir, neste Módulo. Por um lado porque irão ser valores de referência e não vou procurar efectuar intervenções estruturadas e profundas sobre estas pessoas, por outro lado as outras questões são perfeitamente válidas para toda a população, e por fim porque o formulário irá fazer parte integrante do Processo de cada um dos utentes do Centro e não me fazia sentido excluir do mesmo estas pessoas, embora a GDS não seja completamente adequada para elas. Apesar de tudo, esta mesma escala foi também usada em pessoas de idades iguais ou superiores a 60 anos, num estudo intitulado “prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência” (OLIVEIRA, Deise [et al.], 2006, p.734).

Gostaria ainda de salientar que só deparei com este problema após a análise dos dados e respectiva realização do Diagnóstico de Situação. Como já afirmei, por diversas vezes, este foi um ponto de partida na caracterização de uma população, como um Diagnóstico deve ser dinâmico, futuramente outros profissionais de saúde poderão ter em conta o factor idade e introduzir as correcções que considerem necessárias ao instrumento de colheita de dados.

3.2.1.4 – Instrumento de Colheita de Dados

Como já anteriormente referi, para o Processo do Utente que pretendo elaborar, além do formulário fazem parte outros impressos de registo de dados, mas sobre os quais não irei aprofundar o estudo, pois além da caracterização sociodemográfica da população, o meu objectivo recai essencialmente na identificação de pessoas idosas com depressão e/ou defeito cognitivo.

O instrumento de colheita de dados, consiste num formulário, entendido por POLIT & HUNGLER (1995, p.168) como “um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exactamente às mesmas perguntas, e exactamente na mesma ordem”.

A aplicação destes formulários foi efectuada através de entrevistas realizadas entre 17 de Maio e 15 de Junho de 2010, onde o entrevistador, seguindo a ordem definida colocou aos utentes perguntas com alternativas fixas, aberto-fechadas e abertas. A fim de que as respostas às perguntas abertas sejam o mais fidedignas possível, procurei transcrever integralmente as palavras usadas pelos entrevistados.

A opção por um formulário, deveu-se por um lado ao facto de ter sido informado pela Animadora Sociocultural que existiam muitos utentes analfabetos a frequentar o Centro de Dia e por outro porque o grande objectivo era aplicar o MMSE e a GDS.

O instrumento em análise (ANEXO VI) é constituído por cinco partes:

- I – Identificação da População;
- II – Antecedentes Pessoais;
- III – Avaliação Breve do Estado Mental;
- IV – Escala de Depressão Geriátrica;
- V – Generalidades.

Na primeira parte, procurei efectuar a Identificação Sóciodemográfica de cada um dos utentes do Centro de Dia, as suas relações com as Unidades de Saúde onde estão inscritos e a identificação e contactos do principal cuidador.

Na segunda, procurei obter informações acerca dos seus antecedentes pessoais médicos. É constituída por 5 perguntas onde se pretende saber quais as patologias de que sofre, alergias, hábitos tabágicos, etílicos ou outros.

A terceira, permitiu identificar as pessoas quanto a eventuais defeitos cognitivos e é constituída pelas perguntas do MMSE.

A quarta é constituída pela GDS de 30 perguntas e permitiu identificar pessoas idosas quanto a eventuais estados depressivos.

Por fim na quinta e última parte, existe um ponto designado por Generalidades, formado por quatro perguntas, onde procurei saber quais as actividades que cada um dos utentes gosta de realizar; se nas respectivas habitações há conflitos familiares e se têm problemas económicos. A última pergunta é aberta e dá ao entrevistado possibilidade de referir algum aspecto que considere importante e que não foi abordado ao longo da entrevista.

3.2.1.5 – Construção do Instrumento de Colheita de Dados

Para a construção deste instrumento, tive o apoio entre outras pessoas, da Sra. Enf.^a Orientadora e da Sra. Dra. DP responsável da APOIO, através das sugestões efectuadas.

Como já anteriormente foi referido no instrumento estão englobados o MMSE e a GDS, que são escalas muito usadas por vários profissionais no nosso País, nomeadamente por enfermeiros (CARDOSO [et al.], 2009, p.43-50). Em relação às outras partes do formulário, foram elaboradas no sentido de darem resposta àquilo que era pretendido, ou seja, à constituição do Processo de cada utente inscrito no Centro de Dia.

3.2.1.6 – Tratamento, Apresentação e Análise dos Dados

Os formulários foram numerados de 1 a 46, de acordo com a sequência facultada pela APOIO. De seguida, toda a informação contida nos mesmos e que considerei pertinente de ser objecto de análise foi transcrita para uma folha de Excel, da Microsoft, com o objectivo de ser construída uma base de dados.

Posteriormente, o tratamento dos dados foi realizado com recurso à análise quantitativa, através de cálculos matemáticos e estatísticos que foram convertidos em Gráficos e Quadros. Em relação à última pergunta do formulário: “Existe algum aspecto que queira referir e que não foi abordado ao longo da realização do formulário?”, sendo aberta, foi analisada qualitativamente de acordo com a técnica da análise de conteúdo definida por BARDIN (2008, p.44) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A apresentação e análise quantitativa (ANEXO IV) foram realizadas, a partir dos gráficos e quadros elaborados com os dados da respectiva Base. No que concerne à apresentação e análise qualitativa (ANEXO XIII), foram efectuadas também a partir dos dados registados na Base de Dados e que foram usados para a construção da Matriz de Codificação Global.

3.2.2 – Entrevistas de Enfermagem

A entrevista de enfermagem é definida por PHANEUF (2005, p.250) como “uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas”.

Durante o estágio realizei 68 entrevistas aos utentes do Centro de Dia (ANEXO XIV). Destas, 46 foram de colheita de dados e 22 poderão ser enquadradas dentro das entrevistas de informação e de ensino; das entrevistas de ajuda para as pessoas com necessidade de suporte psicológico; e entrevistas de ajuda para a resolução de problemas, de conflito e de crise (PHANEUF, 2005, p.265).

Atendendo a que seria completamente impossível fazer uma descrição exaustiva de todas as entrevistas realizadas, pelo seu elevado número e pelos recursos temporais disponíveis, procurei transcrever alguns dos aspectos mais relevantes naquelas que me pareceram mais significativas (ANEXO XII).

Só contabilizei as entrevistas realizadas aos utentes inscritos no Centro de Dia, pois são eles o objecto deste estudo. Contudo, sendo o único enfermeiro a estagiar naquele local por diversas vezes fui solicitado, pelos profissionais da APOIO, a realizar entrevistas de ajuda quer para transmitir informações e efectuar ensinos, muitas vezes relacionadas com patologias do foro orgânico, respeitantes aos próprios profissionais e aos utentes, quer para tentar resolver problemas e conflitos de pessoas apoiadas pelos cuidados domiciliários da Associação.

Acredito que todo o meu empenho, dedicação e disponibilidade contribuiu decisivamente para o estabelecimento de uma excelente relação, tanto com os utentes como com os profissionais da Associação.

Nas Reflexões Semanais (ANEXO XV), procedi à descrição breve dos factos mais relevantes ocorridos nas entrevistas anteriormente referidas, uma vez que não foram contabilizadas.

3.2.3 – Sessão de Formação Sobre “A Depressão”

A depressão é um grave problema de Saúde Pública, e “afecta ao longo da vida cerca de 10% a 25% das mulheres e aproximadamente metade dessa percentagem no caso dos homens. Atinge praticamente todas as idades, desde as crianças até aos idosos, e tem implicações sociais marcadas (...) face ao elevado número de pessoas afectadas” (AFONSO, 2007, p.4).

Face aos dados internacionais que tornam esta doença num grave flagelo mundial, pensei que não podendo fazer muito, se conseguisse fazer algo, mesmo que ínfimo por uma pequena população já estaria a contribuir positivamente no combate a este problema.

Estando a estagiar na APOIO, tanto em entrevistas que realizei como em contactos mais superficiais, estive sempre atento a sinais e sintomas que pudessem identificar pessoas a atravessar estados depressivos. No entanto, a fim de obter dados mais concretos apliquei a GDS, procurando deste modo identificar e quantificar situações de depressão em idosos.

Devido ao elevado número obtido, constatei que seria completamente impossível efectuar com todos eles intervenções terapêuticas personalizadas, nomeadamente entrevistas de ajuda, a fim de lhes diminuir o estado depressivo. Não obstante, tive sempre como linha orientadora desenvolver estratégias no sentido de que este trabalho ultrapassasse a simples identificação dos casos (cf. Módulo III).

Pensei que transmitindo informações às profissionais da APOIO, concretamente às Ajudantes de Acção Directa, acerca da depressão no idoso e dos seus sinais e sintomas, poderia ter uma acção para além do espaço do Centro de Dia. Ao efectuar ensinios a estas profissionais e alertando-as para que quando algo as fizesse suspeitar que poderiam estar perante um caso de depressão, quer no utente apoiado quer nos seus cuidadores informais, deveriam reportar a situação à sua responsável directa, ou a mim enquanto estivesse a estagiar na APOIO. Posteriormente, esse reporte poderia ser também efectuado à minha Enf.^a Orientadora que sendo especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, após a realização de uma primeira avaliação, delinearía uma estratégia de intervenção.

Ao expor a intenção de realizar a Sessão de Formação acerca da “Depressão no Idoso” à responsável da APOIO, Dra. DP, foi aceite de imediato mas foi acordado que seria subordinada ao tema “A Depressão”, de um modo geral, uma vez que nem todos os utentes apoiados pelos cuidados domiciliários são idosos e além disso uma grande parte dos seus cuidadores informais têm menos de 65 anos.

A referida Sessão de Formação foi realizada, na Sala de Reuniões da APOIO, no dia 15/06/2010 e contou com a participação da Sra. Enf.^a Orientadora. Embora fosse dirigida às Ajudantes de Acção Directa, estiveram também presentes outros profissionais, perfazendo um total de 10 formandos.

Para a sua realização, elaborei um “Plano da Sessão”; “19 Slides” em PowerPoint que projectei; um “Folheto Informativo” para distribuir pelas pessoas presentes; um “Questionário de Avaliação da Formação” que foi preenchido, anonimamente, no final da Sessão; uma “Folha de Presenças” a fim de posteriormente ser elaborado um “Certificado de Participação” para cada formando (ANEXO VIII).

Os resultados obtidos, a partir do Questionário de Avaliação, permitem verificar que globalmente os formandos acertaram em 95% (38) das 40 questões a que responderam. Isto leva-me a concluir que consegui, de um modo muito positivo, fazer passar a mensagem planeada (ANEXO VIII, Quadro 1).

Em relação à Sessão de Formação, não me fazia qualquer sentido ter realizado este trabalho para uma única apresentação assim, resolvi colocar toda a informação trabalhada num CD, cuja capa pode ser observada no final do anexo anteriormente referido, para oferecer à Sra. Enf.^a Orientadora a fim de que futuramente e sempre que considerasse necessário, pudesse usa-la nesta ou noutras Instituições.

3.3 – REFLEXÃO GERAL DO MÓDULO I

Vou agora efectuar uma reflexão geral em relação ao que foi o 1º Módulo do Estágio, mais-valias que me trouxe e nos respectivos ganhos em saúde para os utentes.

Considero que foi com grande facilidade que me integrei no local de estágio, para tal contribui seguramente toda a minha história de vida e/ou profissional anterior. A referida integração permitiu o estabelecimento de uma relação empática com utentes e profissionais, o que veio a facilitar todo o trabalho que posteriormente desenvolvi.

Com o decorrer do Módulo I, fui tendo consciência que o tempo era muito pouco para todo o trabalho que idealizava concretizar assim, realizar o Módulo III neste mesmo local permitiria dar continuidade a todo um trabalho que de outra forma ficaria, em muito, inacabado.

Senti uma grande motivação para continuar a desenvolver este trabalho na APOIO. Em primeiro lugar, porque os profissionais desta Associação estavam receptivos a que continuasse lá para desenvolver o III Módulo; em segundo, porque tanto a Sra. Enf.^a Orientadora, como a Sra. Professora permitiram e até consideraram oportuno que assim fosse; e em terceiro porque senti que alguns utentes, me procuravam e contavam comigo sempre que se sentiam mais tristes, sempre que sentiam necessidade de serem escutados, sempre que necessitavam de alguém que não lhes dando soluções fáceis os ajudasse a clarificar ideias e a desenvolver formas de não se sentirem tão negativistas vendo tudo negro, alguém que os ajudasse a dar um pouco de cor ao quadro negro das suas vidas, tantas vezes tão problemáticas...

Embora neste Módulo tenha realizado um diagnóstico de situação para depois poder intervir de uma forma muito mais estruturada com os utentes identificados, pela minha experiência de 11 anos a trabalhar num serviço de psiquiatria e saúde mental, pude identificar de imediato uma situação muito grave e estando na presença de uma pessoa com uma forte ideação suicida foi inevitável envidar esforços para a encaminhar para ajuda médica especializada.

Efectuei várias entrevistas de ajuda, não estruturadas, tanto com o utente referido no parágrafo anterior, como com outros que também estavam em situações complicadas.

Sempre que, por qualquer motivo, um utente dissesse que não queria ou não podia falar comigo, a sua decisão foi sempre respeitada.

No Centro de Dia trabalha a Sra. AM, Animadora Sociocultural, que conhece muito bem cada um dos utentes. Realiza com eles as mais diversas actividades, tais como: jogar, pintar, recortar, cantar, viajar, fazer teatro, estimula-os à mobilização, incentiva-os nos cuidados de higiene oral, etc. Acredito que consegui estabelecer com esta Sra., uma relação excelente, ao ponto de ser frequentemente convidado para integrar as actividades que desenvolvia. Se tinha dúvidas, questionava-me e discutíamos frequentemente acerca da melhor forma de interagir com os utentes.

Se referir que consegui que a APOIO desse “luz verde” e fornecesse transporte para que um grupo de utentes e a sua Animadora Sociocultural fossem ao DPSM do

HSFX, cantar e fazer teatro, acredito que só por si elucida de uma forma muito clara a relação que estabeleci com os profissionais e utentes daquela Associação. No Jornal do Centro, foi publicado um artigo que faz referência a este evento (ANA, 2010, p.15).

Ao elaborar um processo para cada um dos utentes, com a identificação dos mesmos e das situações que os envolvem; com sinalização de casos de depressão no idoso, através da GDS; e sinalização de pessoas com defeito cognitivo de acordo com o MMSE, penso que estou a lançar a semente para o desenvolvimento de um projecto de intervenção, através de entrevistas estruturadas de colheita de dados, mas que muitas vezes foram além de uma “simples” colheita de dados e acabaram por se converter em entrevistas de ajuda não estruturadas. Acredito ter assim contribuído para a promoção e protecção da saúde mental das pessoas que entrevistei. A reforçar esta convicção tinha a informação da Sra. Enf.^a Orientadora de que, fazia questão de continuar a desenvolver este trabalho após o término do meu estágio.

Ao longo do Módulo sempre pude contar com o apoio da Sra. Enf.^a Orientadora. Acompanhou-me por diversas vezes ao Centro de Dia, no entanto demonstrou sempre uma grande confiança no meu trabalho ao dar-me uma elevada autonomia.

Relativamente ao formulário elaborado, quero deixar expressa nesta reflexão um muito obrigado a todas as pessoas que o analisaram e deram as suas sugestões e recomendações, a fim de que o mesmo me permitisse recolher a informação mais pertinente.

Sair das paredes do hospital e ir ao encontro das pessoas na própria comunidade onde habitam, caracterizadas pelo ambiente que as envolve; contribuiu seguramente para o desenvolvimento da minha própria formação e conseqüentemente para uma melhoria da capacidade de intervenção com ganhos em saúde para a população que procurei servir. A este respeito NABAIS (2008, p.42) refere que “a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desenvolvida em setting habitacional, laboral ou recreativo tem um significado singular e particularmente potenciador do potencial terapêutico de cada pessoa, família ou grupo”.

4 – MÓDULO III – OPCIONAL: INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA QUE PERMITAM, NO ENVELHECIMENTO, ACRESCENTAR QUALIDADE AOS ANOS DE VIDA

Aquando da elaboração do Projecto de Estágio, pensei em realizar o Módulo III, na Casa de Saúde da Idanha, mais concretamente na Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva. Imaginava intervir ao nível de pessoas com doença de Alzheimer e respectivos cuidadores informais contudo, quando no Módulo I cheguei à APOIO e verifiquei que teria de iniciar todo um trabalho de raiz, logo percebi que no tempo disponível era completamente impossível identificar pessoas idosas com depressão e intervir junto delas de um modo estruturado e com as mais-valias desejadas.

Assim, ainda durante o Módulo I, em reunião com a Sra. Professora, com a Sra. Enf.^a Orientadora OC e com a Sra. Dra. DP, responsável pela APOIO, após lhes ter explicado os meus objectivos, houve da parte de todas uma elevada receptividade para que eu continuasse a desenvolver Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nesta Associação durante o Módulo III, que era opcional.

Após o final do Módulo I e antes do III ter início, a Sra. Enf.^a Orientadora OC deixou de Chefiar a UCC Cuidar+ e foi transferida para uma outra Unidade de Saúde. Deste modo a APOIO deixou de estar na área de influência do seu novo local de trabalho e eu, não poderia continuar a ser orientado por ela.

Com a saída da Sra. Enf.^a Orientadora da UCC, todo o trabalho já iniciado iria ficar comprometido. Note-se que tinha efectuado um Diagnóstico de Situação, mas após o conhecimento dos resultados era necessário delinear intervenções. Não era justo, de todo, identificar determinados problemas nas pessoas e não fazer nada para os resolver ou minorar, somente porque não tinha enfermeira orientadora para continuar naquele local de estágio.

A solução encontrada para ultrapassar esta situação, foi solicitar à Sra. Enf.^a AS, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a desempenhar funções na ESMCC (ANEXO XVI), pertencente ao DPSM do HSFX, que orientasse o meu Estágio.

O desafio foi aceite, e a viabilidade era total pois o Centro de Dia da APOIO está na área de influência desta Equipa Comunitária.

Em relação à continuidade do projecto, neste momento existem poucas informações acerca da reestruturação das Equipas Comunitárias do DPSM do HSFX.

Assim, o trabalho que iniciei e que dificilmente alguma vez estará terminado, por informação da Sra. Enf.^a Orientadora AS, só terá “pernas para andar” se houver um reforço de enfermeiros na ESMCC.

Para a concretização do Módulo III foram previamente definidos, de um modo formal, um objectivo geral e quatro específicos. Posteriormente, com o decurso do Estágio procurei desenvolver um conjunto de actividades (ANEXO XVII) que permitissem atingir os objectivos específicos e consequentemente o geral.

Objectivo Geral: *“Desenvolver um plano de intervenção terapêutica individual sistematizada, na área da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de modo a trazer ganhos em saúde para alguns dos utentes do Centro de Dia”*.

Objectivos Específicos:

- a) Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da ESMCC;
- b) Garantir que as pessoas identificadas no Módulo I, com depressão grave, têm ajuda especializada;
- c) Estabelecer com as pessoas identificadas no Módulo I, com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, estratégias de intervenção terapêutica individualizada para estabilizar ou reverter o seu quadro;
- d) Efectuar formação específica, na área da demência, aos profissionais.

Ao longo deste Capítulo, vou caracterizar o local a partir do qual foi supervisionado o Módulo III do Estágio; a população seleccionada e as intervenções de enfermagem realizadas, bem como os seus objectivos.

4.1- INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO, SUA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

O Módulo III, sendo opcional, foi realizado sob orientação da Sra. Enf.^a da ESMCC, no Centro de Dia da APOIO. O seu início ocorreu no dia 27 de Setembro e o seu término no dia 19 de Novembro de 2010.

Atendendo ao Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes, “entre 1986 e 1989 (...) foi criada a Equipa Comunitária de Enfermagem que, sendo constituída por enfermeiros que também trabalhavam no internamento, faziam a ligação à comunidade através da sua participação em consultas e visitas domiciliárias nas áreas das respectivas equipas, que na altura eram apenas a de Lisboa e a de Oeiras” (DPSM, 2008, p.13), só posteriormente foram formadas as Equipas de Carnaxide, Cascais e Parede.

De acordo com “O que faço...e o que não posso fazer” a ESMCC presta cuidados a cerca de 90000 habitantes, dispondo somente de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, quando as recomendações da OMS vão no sentido da existência de uma enfermeira especialista por cada 10000 habitantes (ESMCC, 2002, [8]).

Esta equipa é multidisciplinar, sendo composta por uma Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; dois Médicos Psiquiatras; dois Médicos Internos de Psiquiatria; uma Técnica Superior de Serviço Social; uma Psicóloga a tempo inteiro e outra a tempo parcial; e uma Administrativa.

Tem por objectivo “desenvolver, na comunidade em que está inserida, acções de saúde mental que visem os três níveis de prevenção” (ESMCC, 2002, [8]). Através da forma como as Equipas Comunitárias estão organizadas “pretende-se (...) que o internamento fique reservado para episódios de crise graves, que o doente mental possa ser mais fácil e rapidamente reabilitado e reinserido na sociedade (ESMCC, 2002, [8]). Os profissionais ao saírem das “paredes” do hospital e indo trabalhar no meio da comunidade, com a comunidade e para a comunidade são uma mais-valia para aquela população evitando, dentro do possível, internamentos com todos os problemas que isso trás para o próprio, para a sua família e em última instância para o país, pelos custos directos e indirectos que envolve.

A ESMCC presta cuidados na área geográfica de Algés, Carnaxide, Cruz Quebrada/Dafundo, Linda-a-Velha e Queijas, e destina-se a pessoas com problemas de saúde mental. Geralmente os utentes, para terem acesso a uma consulta na Equipa, são referenciados pelo médico de família ou pelo internamento.

Durante a primeira semana de Estágio, a fim de me integrar, tão bem quanto possível, na Equipa, de ficar a conhecer o seu trabalho e a respectiva área de influência, tive a possibilidade de consultar “O que faço...e o que não posso fazer” elaborado pela Sra. Enf.^a Orientadora, de ler e retirar notas de outros documentos arquivados na Equipa e de assistir a uma consulta de enfermagem realizada pela Sra. Enf.^a Orientadora.

Realizámos ainda uma reunião onde foram discutidos os meus objectivos e a sua exequibilidade. Face aos resultados obtidos na GDS e no MMSE, era completamente impossível intervir pessoalmente e de forma continuada/estruturada com todos os utentes pelo que era necessário dentro de um leque muito vasto de rumos possíveis, seguir um deles.

No final desta 1ª semana voltámo-nos a reunir e ficou decidido que iria trabalhar, através de Entrevistas de Enfermagem, com uma amostra intencional de utentes. Da amostra fariam parte as pessoas com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Atendendo a que o 3º Módulo também iria decorrer no Centro de Dia da APOIO, durante esta semana procurei solidificar e fortalecer a relação previamente estabelecida com os profissionais e utentes. Deste modo, fiz questão de permanecer pela Sala Polivalente, ou seja, junto das pessoas.

4.2 – INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

Na 2ª semana de Estágio, era necessário “recomeçar”...

Do 1º Módulo, identifiquei um número muito grande de pessoas com depressões graves, depressões ligeiras e com defeitos cognitivos. A algumas delas foram-lhes mesmo identificadas situações de depressão simultaneamente com defeito cognitivo (ANEXO IV, Quadro 5).

Embora, por questões temporais, o meu objectivo fosse a intervenção terapêutica dirigida a uma amostra intencional da população, pelos princípios que sigo na vida e por uma questão de ética profissional não poderia simplesmente ignorar todas as outras pessoas, como se nunca as tivesse abordado, entrevistado e com elas estabelecido uma relação, mais ou menos profunda. Assim, era necessário fazer algo “de maior alcance”...

4.2.1 – Entrevistas de Enfermagem

4.2.1.1 – Pessoas Identificadas com Depressão Grave

Após ter identificado estes utentes através da GDS I, e atendendo a que nas pessoas com “depressão grave uma abordagem puramente psicoterapêutica não é

apropriada (...) pode reforçar os sentimentos de culpa e de desvalorização” (BARRACLOUGH&GILL, 1997, p.53), teria de ser instituído também um tratamento farmacológico. Esta ideia é partilhada por ROJAS (2007, p.248) quando refere que “nas depressões (...) realmente graves (...) a medicação é indispensável”. Assim, efectuei diversas entrevistas dirigidas a estes utentes no sentido de encaminhar ou de me certificar de que estas pessoas iriam, pelo menos, ficar com acompanhamento médico (ANEXO XVIII).

Como já anteriormente foi referido, embora o meu objectivo não fosse trabalhar, de um modo muito estruturado com estas pessoas, era impensável não as atender, e verifiquei que me procuravam frequentemente para lhes avaliar a tensão arterial, a glicemia capilar ou o peso, mas acabavam por perguntar se tinha algum tempo para falar com elas (ANEXO XIX).

Em relação às pessoas que estão e ser seguidas pelas Psiquiatras da ESMCC, tive a possibilidade de participar em algumas das entrevistas médicas. Penso que o facto de ter previamente estabelecido uma relação de empatia e/ou de ajuda com cada pessoa, aliado ao facto de lhes ter explicado como iria, provavelmente, decorrer a consulta médica, de lhes ter dito que não havia motivos para receios, até porque as médicas eram minhas conhecidas do DPSM e que se pretendessem saber mais alguma informação estaria disponível para os esclarecer, terá sido uma forma de lhes diminuir a ansiedade, quando ficaram na presença de uma pessoa que nunca tinham visto. Se referir que cheguei a ser abordado, por alguns utentes, no sentido de os acompanhar e assistir à sua consulta médica, deixa claro a relação privilegiada que mantínhamos.

Gostaria de referir que embora com alguns, destes utentes, só tenha realizado uma entrevista de colheita de informações, entendida como “uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objectivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planear os cuidados apropriados” (PHANEUF, 2005, p.265), houve outros com quem contabilizámos cinco entrevistas, desde colheita de informações até entrevistas de ajuda, realizadas de “cada vez que uma pessoa tem necessidade de suporte psicológico da enfermeira” (PHANEUF, 2005, p.264). Além disto, como frequentemente estava pela Sala Polivalente, disponível para os utentes, foram estabelecendo comigo uma relação de proximidade, e sem qualquer problema e totalmente à vontade abordavam-me quando tinham qualquer dúvida, ou se pretendiam mesmo acompanhar-me ao Gabinete

Clínico para que os escutasse. Não poderei deixar de referir a sensação sublime que se sente, quando chegava ao fim de uma entrevista e ouvia: “*Sr. Enf.º obrigado por me ter escutado*”.

4.2.1.2 – Pessoas Identificadas com Depressão Ligeira e Sem Defeito Cognitivo

Durante a realização do Módulo I, de acordo com a aplicação da GDS I e do MMSE, identifiquei uma amostra da população que se enquadra dentro deste ponto (ANEXO XX). Contudo, por variados motivos, nem todas as pessoas identificadas aderiram às intervenções terapêuticas (ANEXO XXI).

Após terem sido excluídas algumas pessoas, fiquei com uma amostra que passou a constituir, neste Módulo, a minha população de estudo e com quem desenvolvi um trabalho mais sistematizado.

Trata-se de um conjunto de pessoas idosas, com as quais empreendi intervenções terapêuticas de enfermagem de saúde mental, nomeadamente relações de ajuda, tendentes a minorar os momentos difíceis que nesta fase das suas vidas têm de enfrentar. Estes são devidos essencialmente a incapacidades funcionais, preconceitos sociais, perda de poder de decisão, falta de solidariedade entre gerações e ao isolamento o que leva a pessoa idosa a quebrar as relações sociais e entrar em depressão.

Para o desenvolvimento deste trabalho, procurei utilizar a metodologia do Estudo de Caso entendida como uma “exploração intensiva de uma simples unidade de estudo, de um caso (ex: pessoa, família, grupo, comunidade, cultura)” (FORTIN, 1999, p. 369).

Para a sua realização, solicitei autorização e colaboração de cada pessoa pois iria desenvolver um trabalho de investigação baseado na análise qualitativa vista como “a organização e a interpretação de dados narrativos, não-numéricos, com o propósito de descobrir dimensões e padrões importantes de relações” (POLIT&HUMGLER, 1995, p. 358). Foi-lhes também dado a saber que não iria ser somente a realização de um estudo, mas essencialmente a procura de informações e o estabelecimento de relações que pudessem vir a ser usadas no projecto terapêutico, individual de cada um, a fim de melhorarem o seu estado de humor.

O presente estudo foi estruturado mediante uma aplicação, flexível, do Modelo Teórico Co-Activo, que tem por base o Cuidar e vê o Homem ao nível bio-psico-social, ou seja, tem uma visão holística do mesmo, considerando a constante mudança motivada pelo espaço e pelo tempo (CARVALHO, 1996, p.38).

Utilizei este modelo de um modo flexível, para assim o adequar a cada pessoa. Deste modo, penso ter conseguido concretizar o Processo de Enfermagem, ou seja, a apreciação de cada utente, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados.

Procurei realizar este trabalho, essencialmente através de entrevistas de ajuda em que, também de modo flexível, tomei como linha orientadora para o estabelecimento de uma relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica, a sequência proposta por SEQUEIRA (2006, p.156-157).

Para conseguir entender, de um modo mais concreto e explícito, se os utentes seguidos tinham realmente obtido ganhos em saúde mental, no final do Estágio foi aplicada a GDS II e pude concluir que todos obtiveram melhorias em termos de pontuação. Poderei ainda dizer que dos 6 utentes, 3 passaram de depressão ligeira para ausência de depressão e os restantes 3, embora continuem ao nível da depressão ligeira, diminuíram na escala em termos de pontuação, ou seja, estão menos deprimidos (ANEXO XXII).

A fim de manter a confidencialidade dos dados, optei por atribuir códigos a todas as pessoas, códigos esses que não têm nada a ver com as iniciais do nome. As 6 pessoas que correspondem à nossa população são a Sra. AF (ANEXO XXIII); a Sra. BC (ANEXO XXIV); a Sra. BD (ANEXO XXV); o Sr. BH (ANEXO XXVI); a Sra. EA (ANEXO XXVII) e a Sra. ED (ANEXO XXVIII).

Como já referi, por diversas vezes, procurei transcrever as entrevistas de ajuda realizadas. Todavia, devido à grande quantidade de informação verbal e não verbal trabalhada, só consegui transcrever os dados que me pareceram mais relevantes em cada um dos utentes.

Pensei que a formação de um Grupo Terapêutico (ANEXO XXIX) poderia ser mais uma intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para a constituição de um Ambiente, tendente à melhoria da Saúde Mental destas Pessoas. Todavia os recursos temporais não permitiram desenvolver todo um trabalho que necessariamente teria de se prolongar no tempo até que estas pessoas, de modo autónomo, pudessem continuar a “alimentá-lo”.

De acordo com TOWNSEND (2002, p.117) um Grupo Terapêutico tem como foco as “relações no grupo, interações entre membros do grupo e a consideração de um problema seleccionado” e o tamanho ideal para a interacção deve situar-se entre as 4 e as 12 pessoas.

O Grupo foi constituído além do Enf.º (líder) por 4 utentes, uma vez que as outras duas pessoas da população não participaram. Embora o designe por Grupo Terapêutico, terei de o fazer com algumas reservas, prudência e flexibilidade, uma vez que só foi realizada uma única reunião, por razões de disponibilidade temporal e de sala adequada. O foco foi respeitado, todavia em vez de considerar um problema, optei por ser o grupo a seleccionar um tema, que se viria a centrar na partilha das histórias de vida. Fiz isto, de acordo com a minha experiência profissional e à semelhança com o que é efectuado no Serviço de Internamento (R/C) Mulheres do DPSM. No decurso desta sessão tive como linha de orientação as fases do desenvolvimento do grupo propostas por TOWNSEND (2002, p.118-119).

Para concluir considero que, apesar de tudo, foi muito útil tê-la realizado pela aproximação que possibilitou entre algumas pessoas que raramente interagem no dia-a-dia; pela estimulação da capacidade de expor ideias a outras pessoas; por terem falado das suas profissões; por terem contado anedotas e colocado os restantes elementos com um fâcies mais alegre...

4.2.1.3 – Pessoas que Não Participaram

Das 10 pessoas identificadas com Depressão Ligeira e Sem Defeito Cognitivo, a Sra. AJ já não frequentava o Centro de Dia da APOIO quando teve início o 3º Módulo; o Sr. DE foi excluído por ter idade inferior a 65 anos e das restantes 8 pessoas, as Sras. CB e CE recusaram participar (ANEXO XXI).

Tanto às pessoas que participaram como àquelas que recusaram foi-lhes explicado, numa entrevista, o motivo pelo qual as tinha abordado e quais os meus objectivos com a realização de um conjunto de entrevistas que seriam efectuadas de um modo sequencial e programado.

Respeitei totalmente a recusa da Sra. CB e CE, e agradei-lhes o tempo que me concederam. Ao longo do Módulo interagimos frequentemente, na Sala Polivalente, e pude verificar que a relação de empatia que previamente tinha estabelecido com elas se manteve. Sempre que necessitavam de algo em que lhes poderia ser útil abordavam-me todavia, isto aconteceu somente para situações que se prendiam com problemas do foro orgânico.

4.2.1.4 – Outros Casos

Durante o Estágio, estive sempre disponível, como profissional e como pessoa, para apoiar dentro das minhas competências todas as pessoas que necessitavam de mim. Assim, realizei algumas entrevistas de informação/ensino; de ajuda a pessoas com necessidade de suporte psicológico; e de ajuda para resolver problemas e situações de conflito.

Efectuei várias entrevistas a pessoas que necessitaram de ajuda e que embora frequentando o Centro de Dia, não estavam incluídas em nenhuma das situações contempladas nos pontos anteriores (ANEXO XXX).

A minha colaboração foi ainda solicitada no sentido de intervir junto de um casal em situação de conflito e que embora não esteja inscrito no Centro de Dia é apoiado pelos Cuidados Domiciliários da APOIO (ANEXO XXXI).

4.2.2 – Ambiente Terapêutico

É impossível dissociar a pessoa do ambiente que a envolve. Já em 1854, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale mostrou grande preocupação com o ambiente físico, tentando melhorar as condições que envolviam os soldados feridos, para a sua mais fácil recuperação. Ou seja, acreditava que manipulando o ambiente que envolvia a pessoa cuidada, poderia prevenir-lhe a doença (PFETTSCHER, 2004, p. 74-79).

Mas será que só o ambiente físico interfere com a pessoa? Seguramente que não e a este respeito SKINNER citado por TOWNSEND (2002, p.146) considera o ambiente terapêutico como “uma estruturação científica do ambiente para efectuar alterações do comportamento e melhorar a saúde psicológica e o funcionamento do indivíduo”.

Atendendo a que estruturalmente as instalações físicas e tudo o que as envolve é excelente, pensei em actuar ao nível do Ambiente Sócio Emocional, organizando actividades musicais. Estas actividades são apoiadas por SEQUEIRA quando considera que ao nível das intervenções de enfermagem, para melhorar o estado de humor de uma pessoa e para combater a sua solidão, podemos incentiva-la à participação em actividades de distração e recreativas, como por exemplo a música (2006, p.154-185).

Deste modo, acreditei estar a contribuir para um ambiente terapêutico, não só para as seis pessoas que fizeram parte da população, mas para todas aquelas que

frequentam o Centro, permitindo-lhes uma maior interacção social, um aumento da auto-estima e da vontade de viver.

Face ao exposto, envidei esforços no sentido de conseguir que viessem actuar ao Centro de Dia da APOIO um Grupo Musical que começou nos fados e acabou na música popular. Essa tarde terminou ao som de música clássica, na viola de um outro artista que também se disponibilizou para actuar gratuitamente.

Para abrilhantar um outro dia pude, também gratuitamente, contar com a presença de mais um Grupo Musical, que apostou nas canções populares dos “nossos tempos” acompanhadas ao som de cavaquinhos, mas onde a flauta marcou presença.

Foi gratificante observar que as pessoas adoraram este tipo de actividades e até mesmo aquelas que interagem muito pouco, dançaram, cantaram e bateram palmas. Houve inclusive utentes que fizeram questão de tirar fotografias com os músicos, com o restante grupo, com a Sra. Animadora e até comigo.

Usando as fotografias e pequenos excertos de filme, feitos durante estas actividades e durante a Festa de Natal da APOIO, realizei um filme que foi gravado em DVD para ser visualizado, no Centro de Dia, sempre que desejassem. Foi gratificante verificar, o número de pessoas que ficaram “presas” ao televisor durante os 22 minutos de filme. Para muitas, foi a primeira vez que se viram na televisão e iam manifestando a sua alegria, ... sorrindo, chamando a atenção dos outros e apontando..., sempre que iam aparecendo no ecrã.

Mas, durante todo o Estágio, tive muitas mais preocupações para garantir um verdadeiro Ambiente Terapêutico.

As entrevistas foram maioritariamente realizadas num espaço apropriado, ou seja, no Gabinete Clínico. Nesse espaço, pensei na segurança e bem-estar dos utentes: colocando-lhes à disposição uma cadeira sem rodas; música ambiente; estores abertos para permitir a entrada de luz natural, mas de modo a não incomodar os intervenientes; as cadeiras foram dispostas de modo a que a secretária não actuasse como barreira; procurei acompanhar os utentes da Sala Polivalente para o Gabinete Clínico e vice-versa, e neste percurso tentava iniciar um diálogo descontraído, falando por exemplo do tempo; solicitava autorização para fechar a porta do Gabinete, alegando razões de privacidade; segurava a cadeira para a pessoa se sentar e levantar (TAYLOR, 1992, p. 91-93) e (TOWNSEND, 2002, p. 149).

Nas interacções “estava lá”, disponibilizei a minha presença, escutei a pessoa, respeitei-a, incentivei-a a expressar os seus sentimentos, emoções e preocupações,

procurei aumentar-lhe a auto-estima (TAYLOR, 1992, p. 91-93) e (TOWNSEND, 2002, p. 149).

Em suma, poderei afirmar que as intervenções realizadas tiveram contributos de várias teóricas de enfermagem. Todavia, destaco particularmente Florence Nightingale em relação ao ambiente físico e Peplau, com a sua Teoria das Relações Interpessoais, relativamente ao ambiente sócio-emocional.

4.2.3 – Sessão de Formação sobre “A Demência”

Durante a realização do Módulo I, identifiquei 17 pessoas que, de acordo com o MMSE, apresentavam defeito cognitivo. Mais uma vez, por razões que se prendem com os recursos temporais disponíveis, seria completamente impossível pensar em interagir com cada uma destas pessoas no sentido de personalizadamente desenvolver um plano de intervenções do ponto de vista da estimulação cognitiva. Assim, pensei que realizando uma Sessão de Formação dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO, aberta a outros técnicos, seria uma forma de indirectamente ajudar as pessoas referenciadas bem como aquelas que são apoiadas pelos cuidados domiciliários da Associação.

Ao expor, à responsável da APOIO Dra. DP, a intenção de realizar uma Sessão de Formação subordinada ao tema “A Demência”, em que os aspectos práticos iriam prevalecer, foi aceite de imediato.

Foi realizada, na Sala de Reuniões da APOIO, no dia 17/11/2010. E, embora fosse dirigida às Ajudantes de Acção Directa, assistiram também outros profissionais, perfazendo um total de 9 formandos.

Para a sua realização, elaborei um “Plano da Sessão”; “21 Slides” em PowerPoint; um “Folheto Informativo” para distribuir pelas pessoas presentes; um “Questionário de Avaliação da Formação” que foi preenchido, anonimamente, no final; e uma “Folha de Presenças” a fim de posteriormente ser elaborado um “Certificado de Participação” para cada formando (ANEXO X).

Os resultados obtidos, a partir do Questionário de Avaliação, permitiram verificar que os formandos acertaram em 100% das questões. Isto permitiu concluir que consegui, de um modo muito positivo, fazer passar a mensagem a que me propus.

Em relação à Sessão de Formação, não me fazia qualquer sentido ter realizado este trabalho para uma única apresentação assim, resolvi colocar toda a informação trabalhada acerca desta temática num CD, cuja capa pode ser observada no final do

anexo anteriormente referido, para oferecer à Sra. Enf.^a Orientadora a fim de que futuramente e sempre que considerasse necessário, pudesse usa-la nesta ou noutras Instituições.

Por ter sido solicitada, esta informação foi ainda facultada à Sra. Dra. CC, Técnica Superior de Serviço Social responsável pelos cuidados domiciliários da APOIO.

Vou terminar este ponto referindo que por solicitação das Sras. Enf.^{as} Chefe do DPSM e Responsável pela Formação, esta Sessão de Formação foi também apresentada nesse Departamento no dia 28 de Janeiro de 2011, onde estiveram presentes Enfermeiros, Alunos de Enfermagem e Assistentes Operacionais.

4.3 – REFLEXÃO GERAL DO MÓDULO III

À semelhança com o que foi efectuado no final do 1º Módulo, vou neste ponto procurar realizar, em jeito de conclusão, uma reflexão geral em relação ao que foi o 3º Módulo do Estágio e as respectivas mais-valias que o mesmo trouxe para mim e para os utentes que beneficiaram dos meus cuidados.

O acompanhamento que a Sra. Enf.^a Orientadora AS me proporcionou, permitiu-me conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da Equipa Comunitária, bem com delinear estratégias de intervenção e acompanhamento dos utentes do Centro de Dia.

Num dos dias em que estive na Equipa, foi possível assistir a uma Consulta de Enfermagem, realizada pela Sra. Enf.^a Orientadora. Durante a mesma verifiquei que a sua relação com o utente estava muito para lá da administração de um injectável. Havia o cuidado de escutar a pessoa, de saber como é que ela estava, como estava a sua família, ou seja, havia uma preocupação com o estabelecimento/manutenção de uma Relação de Ajuda. Penso que só assim é possível conseguir manter os utentes no seu ambiente e evitar ao máximo os internamentos que são, de um modo geral e em última instância, sempre penalizantes.

No local encontrei vários técnicos, que já conhecia do DPSM e com quem tenho boas relações.

As orientações da Sra. Enf.^a Orientadora foram fundamentais para delinear objectivos e linhas de actuação, pois no início estava com muitas dúvidas do caminho a

seguir, em virtude de ter um grupo enorme de pessoas que poderiam beneficiar com o meu trabalho.

Durante o primeiro Módulo, identifiquei várias pessoas com depressão grave. Neste, a fim de garantir que estas pessoas não iriam ficar sem ajuda especializada foi necessário envidar esforços, nomeadamente através da realização de entrevistas a todas elas, no sentido de ficar com um conhecimento mais aprofundado da sua situação. Assisti inclusivamente às entrevistas médicas com aqueles utentes que estão a ser seguidos pelas Psiquiatras do DPSM. Existem outras pessoas, com depressão grave, que são seguidas por Psiquiatras Privados e em relação a uma outra senhora foi necessário convocar a filha a fim de clarificar a situação e tomar conhecimento de que iria ser referenciada ao Médico de Família.

No que respeita às pessoas identificadas com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, realizei várias entrevistas tendentes a reverter ou pelo menos melhorar o seu quadro depressivo. Foram identificados vários diagnósticos de enfermagem, de acordo com a CIPE, e procurei delinear e efectuar várias intervenções, no sentido de os resolver ou pelo menos melhorar.

Embora tenha sido elaborado um plano de cuidados individualizados, não foi possível estabelecer tempos de concretização, pois ocorriam frequentemente situações que implicavam alterar a data e hora das entrevistas planeadas.

Acredito que a minha experiência profissional, de 11 anos a trabalhar num Serviço de Psiquiatria de Adultos, terá contribuído significativamente para o estabelecimento de uma Relação de Ajuda e para o bom desenvolvimento das Entrevistas realizadas.

A fim de que a minha actuação pudesse ter algum contributo positivo na área da Demência, optei por efectuar uma formação dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO subordinada ao tema “A Demência”.

Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora, numa visita ao Centro de Dia da APOIO, e lá tive a possibilidade de a apresentar a algumas utentes e funcionários, nomeadamente à Sra. Animadora e à responsável pelo Centro de Dia.

No último dia “oficial” de estágio, fiz questão de levar um bolo para simbolizar a despedida. Foi partido ao lanche e fui eu que o distribuí pessoa a pessoa, por utentes e funcionários.

Dificuldades:

Como dificuldades, durante a realização do Estágio, tenho a salientar a dificuldade em cumprir com as datas e horas das entrevistas pelos mais variados motivos e que me foram alheios. Muitas vezes as pessoas não se mostravam disponíveis quando a entrevista estava marcada e acima de tudo respeitei a sua vontade, ou porque existiam outros motivos impeditivos, sejam falta de sala para as realizar, colisão do horário das entrevistas com actividades que entretanto eram marcadas pelo Centro de Dia, nomeadamente banho dos utentes, consultas médicas, realização de exames, etc., e acima de tudo sempre evitei que as minhas actividades interferissem com o regular funcionamento da APOIO.

Perspectivas futuras:

A partir do momento em que terminei o Estágio, a APOIO deixou de ter enfermeiro. Contudo a fim de que os utentes, de modo geral, e as pessoas com quem estabeleci relações de empatia e de ajuda não sentissem tanto a minha falta, acordei com as responsáveis pela APOIO, pelo Centro de Dia e com a Sra. Enf.^a Orientadora que continuaria a ir ao local de Estágio prolongando assim a minha presença naquele espaço, mas diminuindo a pouco e pouco a frequência presencial.

Não tenho dúvidas que, de um modo geral, consegui estabelecer uma boa relação com utentes e funcionárias da APOIO, pela forma como me receberam e acolheram e pelo apoio que me deram. Espero também ter correspondido às suas expectativas e acredito que sim pois fui sempre totalmente disponível para aquilo que me foi sendo solicitado, independentemente de estar ou não relacionado com os meus objectivos de estágio.

Todo o material que consegui, através de um Laboratório, para as avaliações da glicemia capilar e que sobrou, deixei-o no Centro de Dia e dei formação à Sra. Animadora relativamente ao seu funcionamento a fim de que, em caso de necessidade, o possa utilizar.

Relativamente às actividades musicais, os Grupos constituídos por pessoas minhas amigas e que actuaram no Centro de Dia deixaram os seus contactos a fim de que posteriormente se o Centro assim o entender possa contactá-los para voltarem a actuar lá. Note-se que fizeram estas actuações gratuitamente e disponibilizaram-se para voltar a fazê-lo quando os responsáveis da APOIO assim o entendessem.

As pessoas com depressões graves, continuarão a ter ajuda médica, mas acredito que seria muito importante para elas se um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constituísse a Equipa Multidisciplinar que apoia estes utentes, e cuja necessidade em muitos momentos é terem quem os escute e estabeleça com eles uma Relação de Ajuda.

Relativamente a todas as outras pessoas identificadas no Diagnóstico de Situação, poderão vir a ter apoio de uma Enf.^a na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica se a futura reestruturação das Equipas de Saúde Mental Comunitária do HSFX, levar a um reforço de Enfermeiros na Equipa de Carnaxide.

Para Além do Estágio:

Fui convidado pelas Responsáveis da APOIO, para assistir à sua Festa de Natal. Estive presente com todo o gosto, e mais uma vez acredito que esta atitude significa que fui uma pessoa bem-vinda na Associação.

Não poderei deixar de referir que para além do lanche em que fui convidado para estar com os utentes do Centro de Dia, no final da Festa fui também convidado, pela Sra. Dra. RM responsável pela Habitação Social da Câmara Municipal de Oeiras, para estar presente num lanche que organizou para os moradores da “Residência Madre Maria Clara”.

Acreditando que as pessoas do Centro gostariam de ficar com uma recordação das Festas e aproveitando a boa relação que fui conseguindo estabelecer com elas, no decurso das mesmas tirei várias fotografias e efectuei pequenos excertos de filmes.

Algumas das pessoas que fizeram parte da animação das festas, solicitaram as fotografias a fim de as colocarem nos seus próprios portfolios. Deste modo passei para suporte informático as correspondentes à festa que tinham animado, e para as pessoas que não têm computador, ofereci-lhes algumas fotografias em suporte de papel.

As pessoas do Centro (funcionários e utentes) e a Sr.^a Dra. RM, Técnica Superior de Serviço Social da Câmara, procuraram-me dizendo que também gostariam de ver as fotografias. Assim, dentro dos meus fracos conhecimentos, resolvi realizar um filme com as fotografias e com os pequenos excertos de filme.

Como forma de agradecimento, além de fornecer as fotografias solicitadas pelos artistas e pela Sra. Dra. RM, efectuei um DVD para oferecer a estas pessoas e aos Responsáveis da APOIO a fim de ficarem com uma recordação das actividades “lúdicas” que foram realizadas na Associação, enquanto estive presente.

Optei por dar o seguinte título ao Filme: “...na APOIO foi assim... Acrescentar Qualidade aos Anos de Vida”.

Após ter mostrado o Filme, na Associação, já fui solicitado para envidar esforços no sentido da Fadista e do Grupo dos Cavaquinhos irem actuar à APOIO no dia do Aniversário, 15 de Abril. E, convidaram-me para elaborar um novo Filme, à semelhança do primeiro.

No final do Estágio, fiquei com a ideia de ter feito muito pouco por aquelas pessoas, mas dentro dos recursos disponíveis penso que seria impossível fazer muito mais.

Os resultados obtidos pela realização do meu trabalho, com as seis pessoas que constituíram a população neste Módulo, e depois de convertidos em números (ANEXO IV, Quadro 6 e Gráfico 26), são efectivamente números e valem o que valem, representando a realidade que consegui com um pequeno número de pessoas daquele Centro de Dia. Todavia, depois de serem analisados numericamente permitiram uma maior consciencialização da importância que um trabalho deste tipo pode representar para alguns “doentes” e até mesmo para a minha prática futura enquanto Enf.º de um Serviço de Doentes Agudos.

A realização deste Módulo de um modo particular e do Estágio de um modo geral, despertaram-me o interesse pela realização de trabalhos de investigação, trabalhos que permitam em termos numéricos mostrar resultados com determinadas intervenções terapêuticas que podemos e devemos efectuar.

Mas não será um trabalho com esta dimensão que permitirá efectuar generalizações muito fidedignas, seriam necessários muito mais recursos para trabalhar com amostras de maior envergadura. Mas quiçá, talvez seja este o mote para o início de um grande trabalho de investigação que permita generalizar percentagens de melhoria pela realização de entrevistas de ajuda, associadas à criação de um ambiente terapêutico.

Ainda no decurso deste Módulo, do ponto de vista de outros eventos científicos, participei no Congresso da SPESM (ANEXO XXXII) e fui co-autor do Poster “A Relação de Ajuda e o Envelhecimento Activo: (Re)construir um novo caminho”, apresentado no mesmo Congresso (ANEXO XXXIII).

5 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Um Enfermeiro Especialista deve possuir um conjunto de competências Comuns e sendo Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, de acordo com a OE, deve possuir ainda um conjunto de Competências Específicas.

No início do Curso foram-me também facultados os Objectivos Gerais e Específicos que de acordo com o Plano de Estudos, visavam uma orientação global para o desenvolvimento de determinadas Competências. Assim, neste Capítulo, resolvi conjuga-las e descrever de um modo resumido, como considero que as consegui atingir.

As competências poderão ser definidas como “modalidades estruturadas de acção, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto” (CEITIL, 2007, p.41) e o Enfermeiro, de acordo com o REPE (D.L.104/98, de 21 de Abril), tem de possuir “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Como enfermeiro generalista já possuía as competências atrás referidas, todavia para ser especialista terei de ter “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (REGULAMENTO nº 122, 2011, p.8648).

Atendendo a que a minha especialização é em Enfermagem de Saúde Mental, vai implicar que além de todas as competências já mencionadas terei de adquirir e desenvolver outras específicas. Assim, de acordo com o REGULAMENTO nº 129 (2011, p. 8669) o Enf.º Especialista em Saúde Mental “além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”.

Vou agora passar a descrever as competências que acredito ter adquirido e desenvolvido, através das actividades realizadas, ao longo dos três Módulos do Estágio fazendo-o, tanto quanto possível, de uma forma individualizada. Começo por abordar o Módulo II, em virtude de ter sido aquele que me foi creditado, atendendo à minha

prévia experiência profissional e que seguramente terá influenciado os Módulos seguintes.

Relativamente às competências que penso ter adquirido e desenvolvido no Módulo II, poderei considerar as seguintes: Comunica aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral e mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional demonstrando compreensão relativamente às implicações da prática baseada na evidência → através da participação em congressos, cursos, da realização de sessões de formação e procurando estar actualizado em relação aos últimos conhecimentos científicos que norteiam a prática dos cuidados; Zela pelos cuidados prestados, realiza a sua gestão, exerce supervisão do exercício profissional e lidera equipas de prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores bem como a articulação na equipa multiprofissional → sendo enfermeiro e chefe de equipa; Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, e identifica as suas necessidades formativas no âmbito da enfermagem de saúde mental → ao integrar novos enfermeiros, ao acompanhar outros com menos diferenciação e ao ser prelector em sessões de formação em serviço; Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção → respeitando os utentes, a sua vontade e agindo de acordo com a conduta preconizada pela OE; Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais → ao integrar a comissão organizadora das II Jornadas de Enfermagem do DPSM; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade → ao fazer parte do grupo de prevenção e tratamento das úlceras de pressão e da comissão de controlo da infecção hospitalar; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados → para isto terá contribuído a minha história de vida e, a formação profissional e académica; Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional → nas interações, ao ouvir histórias de vida dramáticas, evitando deixar transparecer emoções e sentimentos que pudessem interferir com a relação terapêutica; Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto → quando uma pessoa está internada,

frequentemente o objecto do meu cuidar está muito para além daquele utente e envolve a família, pessoas de referência e até mesmo outros recursos da sociedade;

Acredito que ao realizar o Módulo I consegui adquirir e desenvolver as seguintes competências: Avalia necessidades em saúde mental e, desenvolve e implementa projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da depressão no idoso, nos diversos contextos em que se insere a pessoa → através das entrevistas realizadas, do diagnóstico de situação, das sessões de formação e da criação de um ambiente terapêutico; Desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino dirigidos a profissionais → pela realização da sessão de formação sobre a depressão; Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada → foi a minha experiência pessoal e profissional que me permitiu alcançar os resultados expostos neste relatório; Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara → ao actuar como formador e ao conseguir ganhos em saúde para os utentes; Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada → resolvi aquilo que estava ao meu alcance e procurei envolver outros técnicos especializados em situações que estavam para além da minha possibilidade de actuação; Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem de saúde mental → por exemplo, quando fui chamado a intervir junto de uma pessoa “dispneica”, em resultado de uma situação de grande ansiedade; Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura → ao realizar entrevistas baseadas em modelos teóricos e ao utilizar uma comunicação verbal e não verbal nas várias interações, permitiu-me estabelecer relações empáticas e de ajuda com pessoas oriundas de diversos países; Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multiprofissional → ao respeitar as actividades dos outros profissionais do centro de dia; Participa e promove a investigação, no âmbito da enfermagem de saúde mental → ao elaborar o diagnóstico de situação e posteriormente os estudos de caso; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais → ao realizar cuidados de enfermagem respeitando a vontade dos utentes e as minhas competências profissionais;

Por fim, as competências adquiridas e desenvolvidas no Módulo III, poderão ser consideradas as seguintes: Desenvolve, realiza e implementa um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e nos objectivos definidos → ao realizar o estudo de caso para cada um dos utentes sinalizados; Demonstra consciência de si, durante a relação e a realização de intervenções terapêuticas → ao constatar que consegui obter resultados positivos, ou seja ganhos em saúde, com as minhas intervenções; Desenvolve uma relação de ajuda com as pessoas sinalizadas → realizando, por exemplo, entrevistas de ajuda; Avalia a eficácia das intervenções terapêuticas realizadas → ao quantificar e comparar os valores da aplicação da GDS I e GDS II; Desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino dirigidos a profissionais → ao realizar a sessão de formação sobre a demência; Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica → quando, durante a realização de uma entrevista, me deparei com uma pessoa com uma forte ideação suicida que foi necessário encaminhar e posteriormente acompanhar; Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação para audiências especializadas → os resultados obtidos serão posteriormente apresentados aos enfermeiros do DPSM; Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos em enfermagem de saúde mental → por exemplo, ao realizar pesquisa bibliográfica acerca da depressão e da demência, e com essa informação efectuar sessões de formação para profissionais; Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, e demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente em enfermagem de saúde mental → ao estar disponível para apoiar o Sr. que se queria suicidar porque não se conseguia entender com a esposa, mesmo não estando englobado na população em estudo; Reflecte na e sobre a sua prática, de forma crítica → ao realizar a reflexão geral do Módulo; Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente → o que pode ser comprovado pelos resultados obtidos da comparação da GDS I e GDS II; Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, e toma decisões atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas → realizando entrevistas fundamentadas com autores; Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas no âmbito da enfermagem de saúde mental → ao conseguir acalmar uma pessoa aos gritos na Sala Polivalente; Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro →

ao preparar o Gabinete Clínico para as entrevistas; Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade → gerindo emoções e sentimentos, durante as entrevistas, a fim de conseguir uma resposta eficiente; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento → documentando-me e actuando como formador, e avaliando posteriormente os resultados; Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde → através da realização de ensinamentos, do fornecimento de orientações, do ajudar as pessoas a reflectir acerca das suas histórias de vida e da confrontação com vista a melhorarem a consciencialização de si.

6 – CONCLUSÕES GERAIS

Com a realização deste Relatório, espero ter conseguido dar a conhecer aquele que foi o meu trabalho. Como fio condutor, usei os objectivos delineados no Projecto de Estágio, que foram cumpridos e, atrevo-me a dizer, até ultrapassados a fim de que com o Estágio conseguisse também abranger alguns objectivos da Sra. Enf.^a Orientadora enquanto Coordenadora da UCC e que me fizeram todo o sentido serem englobados no meu trabalho uma vez que os utentes iriam ser os principais beneficiados.

Além da calendarização de cada Módulo, efectuada pela UCP, optei por não calendarizar o cumprimento de cada um dos objectivos delineados. Por um lado, porque ao iniciar o diagnóstico de situação tinha muitas dúvidas do que iria encontrar, e por outro porque este pretende ser um trabalho de continuidade, dinâmico e portanto permanentemente inacabado.

Todo o meu percurso profissional, onde se inclui evidentemente esta especialização, tem permitido adquirir e desenvolver um conjunto de competências. Todavia, com a realização do estágio desenvolvi também um conjunto de conhecimentos acerca da metodologia de investigação, para a caracterização de uma população; aperfeiçoei a técnica da entrevista, com base numa mais aprofundada fundamentação teórica; e tornei-me mais conhecedor dos restantes temas em estudo.

Acredito ter adquirido e desenvolvido, dentro do possível, as competências descritas no Capítulo 5. Mas, não o faço com uma afirmação categórica, uma vez que para atingir uma determinada competência, há sempre mais algumas intervenções que poderiam ter sido realizadas.

Com a redacção deste Relatório, penso ter ainda conseguido dar a conhecer não só as mais-valias que o meu trabalho trouxe, durante a realização do Módulo III, para os seis utentes com quem trabalhei de um modo mais sistemático e que lhes permitiu uma diminuição dos valores na GDS II, mas também para outros quer inscritos no Centro de Dia, quer apoiados pelos cuidados domiciliários da Associação.

Como aspectos facilitadores, terei de considerar as orientações que me foram facultadas e que se revelaram cruciais; a minha experiência profissional; a facilidade como me consegui integrar nas equipas multiprofissionais; e o modo acolhedor como fui recebido pelos utentes do Centro de Dia da APOIO.

Relativamente a dificuldades, tenho a salientar que nem sempre dispunha de gabinete disponível, para a realização das entrevistas. Outras vezes os utentes não se

mostravam disponíveis, outras saíam para ir a consultas médicas, fazer exames, etc. e, além disto procurei sempre interferir o mínimo possível com o regular funcionamento do Centro.

No que concerne a limitações, poderei considerar a dificuldade em contactar os familiares dos utentes, por razões essencialmente organizacionais.

Estou consciente que o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio, poderia ter seguido outros rumos. Todavia segui aquele que me fez mais sentido, dentro dos recursos disponíveis, para efectuar intervenções eficazes em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica traduzidas em ganhos em saúde para os utentes com quem trabalhei.

Através da realização do trabalho que agora divulgo, espero ter dado um contributo positivo para o desenvolvimento de estudos futuros dentro de Centros de Dia e que venham a trazer mais-valias às pessoas ditas idosas, tantas vezes estigmatizadas, desprotegidas e dependentes. Pessoas que são as nossas raízes, Pessoas com uma vida de trabalho, com uma vida activa, com uma vida familiar, com uma vida cheia...

Quem são e o que sentem essas Pessoas “anónimas” que agora são chamadas de idosos, tantas vezes sós no meio da multidão e que vão ficando por um banco de um Centro de Dia? É imprescindível ir ao seu encontro pois só assim, como enfermeiros especialistas, as conseguiremos conhecer e ajudar profissionalmente.

De uma forma simples, gostaria de deixar aqui algumas sugestões de rumos possíveis para colegas que venham a desenvolver um trabalho semelhante: Efectuar estimulação cognitiva, de um modo sistemático, organizado e programado, às pessoas identificadas com defeito cognitivo e ausência de depressão; Embora referenciados ao médico, acompanhar através de entrevistas de ajuda os utentes identificados com depressão grave; Efectuar entrevistas de ajuda/referenciar ao médico as pessoas identificadas com depressão e defeito cognitivo, em simultâneo, a fim de despistar uma possível pseudodemência.

Para terminar, a última sugestão vai no sentido da realização de um diagnóstico de situação e posteriores intervenções psicoterapêuticas, onde se incluirá o ambiente terapêutico, realizadas em vários Centros de Dia e dirigidas a uma população idêntica à intervencionada por mim, para que se possam tirar conclusões passíveis de extrapolação. Penso que esta seria uma das formas objectivas de dar visibilidade, importância e credibilidade à nossa prestação enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Pedro – **Depressão – Muitas Perguntas Algumas Respostas**. 2ª ed. Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, 2007. 43p;

ANA, Isabel – Sardinhada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. **Jornal do Centro**. Lisboa. ISSN 1646-379X. nº 52 (Junho 2010), p.15;

APOIO – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL. **Boletim Informativo**. Dir. Manuel Gerardo [et al.]. Nº 1 (Novembro 2008), p.2-6;

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de - **Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**, 9ª ed.- Lisboa: UCP, 2008.180p;

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, Agosto 2008. 281p. ISBN 978-972-44-1506-2;

BARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – **Bases da Psiquiatria Moderna**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1997. 286p. ISBN 972-97250-3-9;

BENNER, Patrícia – **De Iniciado A Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto, 2005. 294p. ISBN 989-558-052-5;

CARDOSO, Carla Lopes [et al.] – O idoso institucionalizado: rastreio da função cognitiva e prevalência da sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes num lar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto. ISSN 1647-2160. Nº 2 (Dezembro 2009), p.43-50;

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro - **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353p. ISBN 972-674-231-5;

CARVALHO, António C – **Como chegar lá? Embrião de um Modelo de Enfermagem Co-Activo.** In Enfermagem em Foco. SEP. Ano VI. Lisboa: nº 23. Maio/Julho (1996), ISSN 0871-8008, p.38;

CEITIL, Mário – **Gestão e Desenvolvimento de Competências.** Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 972-618-409-6, p.41;

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.** Loures: Lusodidacta, 2008. 293p. ISBN 978-989-8075-05-5;

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção.** Loures: Lusodidacta, 2009. 301p. ISBN 978-989-8075-21-5;

DECRETO-LEI nº104/98. **D.R. I Série – A.** 93 (21-04-1998) 1739;

DPSM (SERVIÇO R/C MULHERES) – **Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes.** Lisboa: CHLO, 2008. 189p;

ESMCC – O que faço...e o que não posso fazer...Lisboa: HSFX, 2002;

FERNANDES, Purificação – **A depressão no idoso.** Coimbra: Quarteto, 2000. ISBN 972-8535-61-9, p.60;

FONSECA, A. F. – **Psiquiatria e Psicopatologia.** 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. 718p. ISBN 972-31-0757-0;

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação.** Loures: Ed. Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10;

FREESE, B. – Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p.337-342;

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência – **Escalas e Testes na Demência**. 2ª ed. Colaboração Novartis, 2008;

HOWK, Chérie – Enfermagem Psicodinâmica. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p.423-444;

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2ª ed. 1986. 150p;

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack A. – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 1169p. ISBN 85-7307-211-3;

LOBO, Filipa A. – Papel da via subcutânea nos cuidados paliativos domiciliários. **Rev. Portuguesa de Clínica Geral**, 2007. Relatos de Casos, pág. 702 (Psicofigura Mitchel). www.apmcg.pt/document/71479/893467.pdf (25/Jan/2008);

MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert – **a entrevista psiquiátrica**: na prática diária. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 544p;

MANN, Anthony – A Depressão e a Ansiedade nos Cuidados de Saúde Primários: A Evidência Epidemiológica. In JENKINS, Rachel; NEWTON, Jennifer; YOUNG, Robyn – **A Prevenção da Depressão e da Ansiedade**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1996. ISBN 972-95908-4-2, p.1-10;

MARQUES, Luís; FIRMINO, Horácio; FERREIRA, Luís – Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais. In **Psicogeriatría**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. ISBN 989-20-0314-4, p.357-375;

MELLO, Inaiá Monteiro – **Enfermagem Psiquiátrica e da Saúde Mental na Prática**. São Paulo: Atheneu, 2008. 285p. ISBN 978-85-7379-977-4;

MOREIRA, Paulo; MELO, Ana – **Saúde Mental**: do tratamento à prevenção. Porto: Porto Editora, 2005. 352p. ISBN 972-0-34751-1;

NABAIS, António Jorge S. A. – Conceptualização da Prática Clínica - Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N° 30 (Outubro 2008), p.38-43;

NASCIMENTO, L; ROCHA, S; HAYES, V. – **Contribuição do Genograma e do Ecomapa para o Estudo das Famílias em Enfermagem Pediátrica**. 2005, p.281-282. www.textocontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=182&article=92&mode=pdf (19/Nov/2007);

NEEB, Kathy – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 2000. 432p. ISBN 972-8383-14-2;

OLIVEIRA, Deise A A P; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo F. – **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência**. Revista de Saúde Pública [online]. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol 40, n°4 (2006), p.734-736 www.scielo.br/scielo (28/Abr/2010);

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. 2001, p.5-6. Em www.ordemenfermeiros.pt (26/Jun/2008);

PFETTSCHER, Susan A. – Enfermagem Moderna. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p.74-79;

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3;

POLLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101;

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.
Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. 56p. ISBN 978-989-95146-6-9;

PORTUGAL - Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> consultado em 08/04/2010 ;

PORTUGAL - Lei de Saúde Mental. Lei nº 36/98, de 24 de Julho
http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf (11/Fev/2008);

Prontuário Terapêutico online.
www.infarmed.pt/prontuario (26/Jan/2011);

REGULAMENTO nº 129/2011. **D.R. II Série** – Nº 35 (18-02-2011) p.8669-8673;

REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R. II Série** – Nº 35 (18-02-2011) p.8648-8653;

RENCA, Pedro Filipe Nabais Neves – A depressão e o idoso – **Sinais Vitais**. Coimbra.
ISSN 0872-8844. Nº 76 (Janeiro 2008), p.45-49;

ROACH, Sally – **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. 351p. ISBN 85-277-0860-4;

ROJAS, Enrique – **Adeus Depressão**. 1ª ed. Lisboa: Livros d'Hoje, 2007. ISBN 978-972-20-3344-2, p.248;

SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006. 234p. ISBN 989-558-083-5;

TAYLOR, Cecelia M. – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica: de Mereness**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p;

TOWNSEND, Mary C. – **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 835p. CEP 20040-040;

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE CUIDAR+ - **Plano de Acção**.
Linda-a-Velha: ACES Oeiras Oriental, 2009. 254p;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - **Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Sintra: UCP,
2009. 63p;

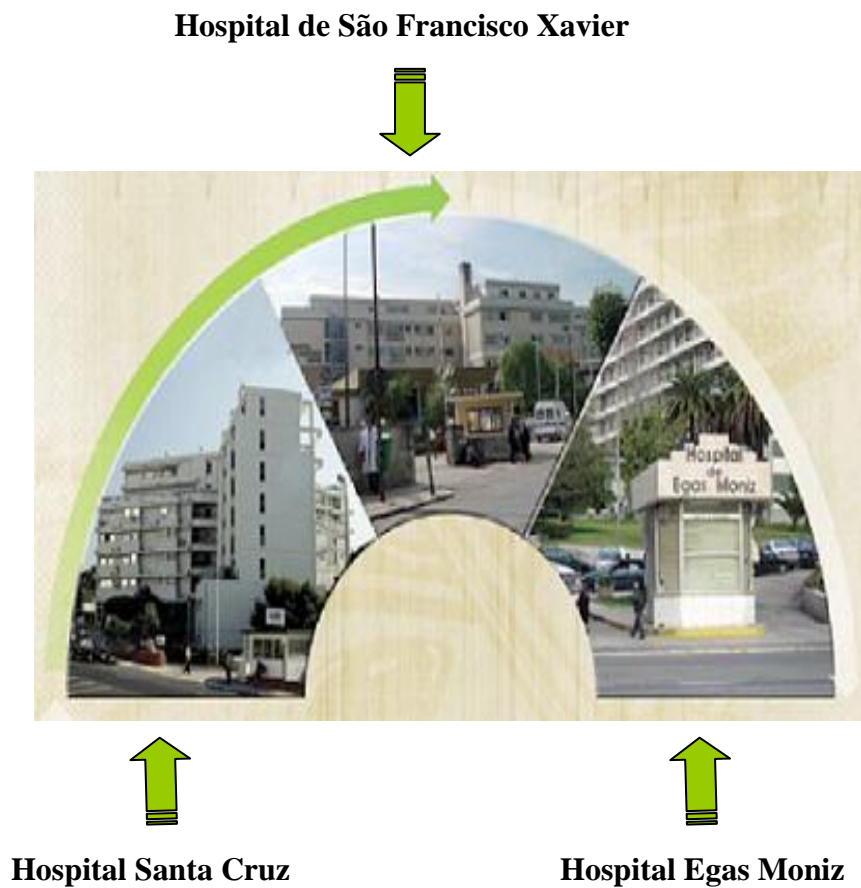
VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa:
Universidade Católica Editora, 2008. ISBN 978-972-54-0195-8, p.80.

ANEXOS

ANEXO I - Símbolos e Fotografias Relacionadas com o Módulo II

SIMBOLOS E FOTOGRAFIAS ILUSTRATIVAS RELACIONADAS COM O MÓDULO II DO ESTÁGIO

O DPSM está integrado no HSFX, que desde 2006 se juntou ao HEM e ao HSC para formarem o CHLO:



Fonte: Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes

O Centro é caracterizado pelo logótipo:



Fonte: Internet

Integrado no CHLO está o HSFX que se faz representar pelo logótipo:



Fonte: Guia de Acolhimento da UIDA

O DPSM embora directamente dependente do HSFX, fica distanciado deste aproximadamente 2,5km. Localiza-se na Calçada da Tapada, nº 155.

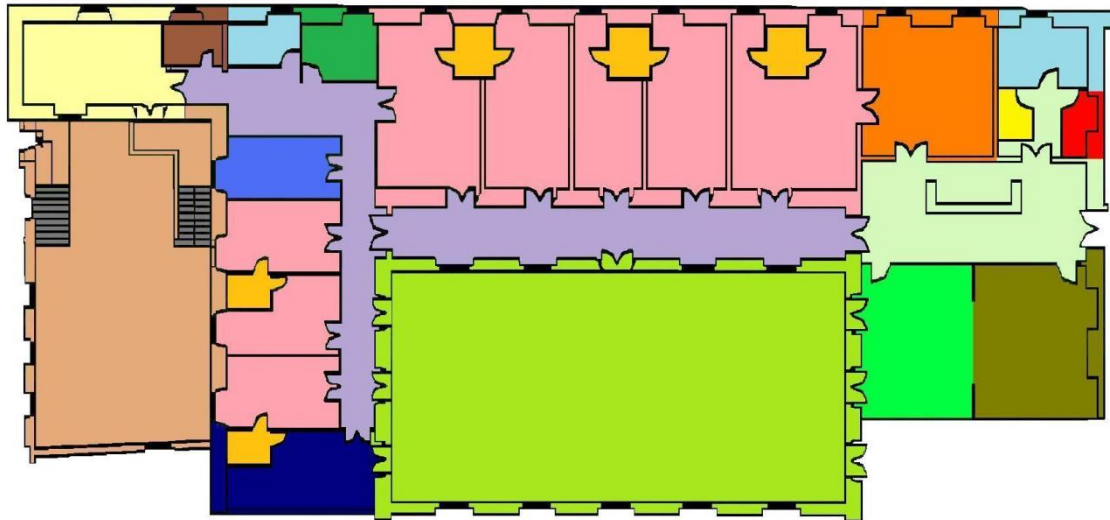
Em termos de internamento de doentes agudos, o Departamento, tem dois serviços: um que se localiza no R/C do edifício com capacidade para 22 mulheres; e outro no 1º Andar com uma lotação para 22 homens.

Algumas imagens do edifício do DPSM e seus terrenos circundantes:





No sentido de dar a conhecer melhor o Internamento do R/C Mulheres, passo a expor a planta do Serviço:

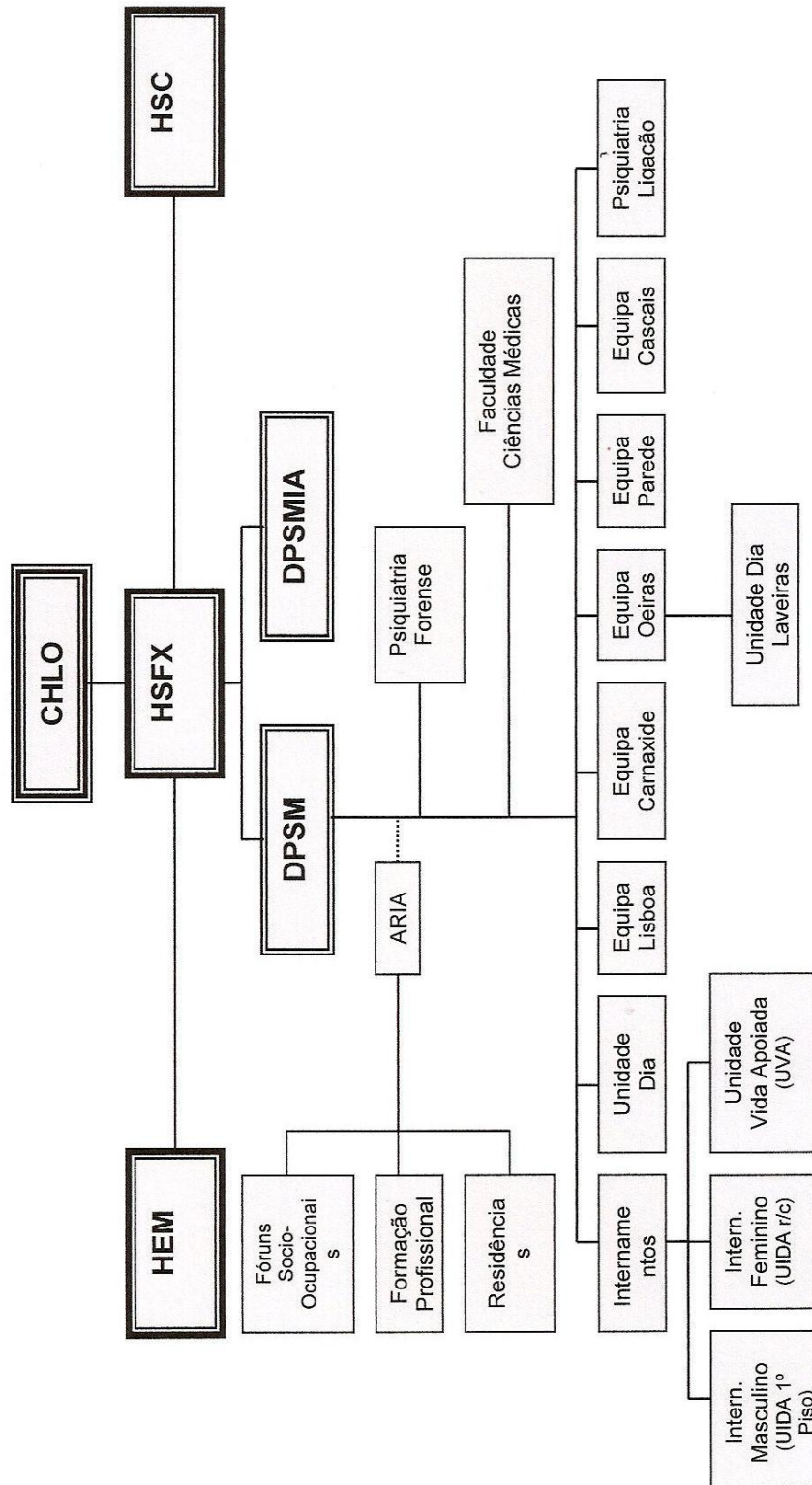


Legenda:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ■ Sala de Reuniões | ■ Arrecadação |
| ■ Pátio Interior (Área Descoberta) | ■ Jardim Interior (Área Descoberta) |
| ■ Sala de Sujos | ■ Sala de Estar/Televisão |
| ■ Gabinete Médico | ■ Sala de Actividades |
| ■ Gabinete Enfermeiro Chefe | ■ Hall de Entrada/Copa |
| ■ Corredor | ■ Sala de Refeições das Utes |
| ■ Sala Trabalho dos Enfermeiros | ■ Casa de Banho dos Funcionários |
| ■ Quartos | ■ Sala de Espólios |
| ■ Casas Banho dos Quartos das Utes | |

Fonte: Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes

Vou terminar, deixando o Organograma com a Estrutura Organizacional do CHLO, mas com uma incidência específica no DPSM que é a estrutura que me interessa caracterizar:



Fonte: Guia de Integração para Enfermeiros/Estudantes

ANEXO II - Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados no
Módulo I e Respectiva Avaliação

Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados ⇨ Justificação

Ao longo do Estágio procurei desenvolver actividades que permitissem concretizar os objectivos específicos e consequentemente o geral.

a) Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora numa visita à estrutura física da UCC Cuidar+, e ouvi as suas explicações acerca da estrutura funcional e organizacional ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV); (cf. ANEXO III);

b) Consultei os manuais de normas e protocolos em vigência na UCC, utilizados pelos enfermeiros ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

c) Telefonei e reuni-me por diversas vezes com a Sra. Enf.^a Orientadora, no sentido de serem esclarecidas dúvidas ⇨ Pontos 3.1 e 3.3 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

d) Conheci os membros da Equipa Multidisciplinar e estabeleci com eles um bom relacionamento ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV); (cf. ANEXO III);

e) Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora nas actividades e projectos desenvolvidos ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

f) Identifiquei o papel e importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, na Equipa Multidisciplinar ⇨ Ponto 3.1 do Relatório;

g) Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora ao Centro de Dia da Associação APOIO na Outurela ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

h) Conheci os profissionais que trabalham na APOIO ⇨ Ponto 3.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

i) Realizei pesquisa bibliográfica sobre “A Depressão” e respectivas intervenções de enfermagem ⇨ Ponto 3.2.1.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV); A Depressão e o Trabalho que Pretendemos Desenvolver (cf. ANEXO IX);

j) Identifiquei pessoas idosas deprimidas e pessoas com defeito cognitivo, através da aplicação da GDS e MMSE, aos utentes do Centro de Dia da APOIO ⇨ Ponto 3.2.1 e 3.2.3 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV);

k) Realizei entrevistas de ajuda a algumas das pessoas identificadas e procurei desenvolver com elas estratégias de intervenção terapêutica, a fim de estabilizar ou reverter o seu quadro ⇨ Ponto 3.2.2 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV); Dados mais Relevantes das Entrevistas (cf. ANEXO XII);

l) Realizei uma Acção de Formação sobre “A Depressão”, dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO ⇒ Ponto 3.2.3 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XV).

Avaliação

- a) Realiza reflexões críticas;
- b) Identifica sinais de depressão nas pessoas idosas;
- c) Avalia o impacto do transtorno depressivo na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa sinalizada, com ênfase na funcionalidade e autonomia;
- d) Respeita a liberdade de escolha e decisão das pessoas sinalizadas;
- e) Fornece orientações às pessoas idosas identificadas e respectivos profissionais do Centro de Dia, a fim de promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de transtornos depressivos;
- f) Planeia e implementa projectos de promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos depressivos na pessoa idosa;
- g) Utiliza intervenções de enfermagem na promoção da saúde mental das pessoas idosas deprimidas;
- h) Avalia, detecta e encaminha situações de maior gravidade psiquiátrica, na área da depressão;
- i) Promove a articulação com outros técnicos da Equipa Multidisciplinar e/ou com outras estruturas assistenciais;

ANEXO III - Informações, Símbolos e Fotografias Relacionadas com o Módulo I

INFORMAÇÕES, SIMBOLOS E FOTOGRAFIAS ILUSTRATIVAS RELACIONADAS COM O MÓDULO I DO ESTÁGIO

A UCC Cuidar+ de Oeiras Oriental caracteriza-se pelo seguinte logótipo:



Quando cheguei à UCC, para iniciar o Estágio, fui recebido pela Sra. Enf.^a Orientadora que me apresentou aos restantes elementos da Equipa e efectuou uma visita guiada pelas instalações.

Relativamente à estrutura física, embora a UCC seja uma unidade independente, está dentro das instalações físicas da USP. Dispõe de quatro gabinetes, um pertence à enfermeira chefe, um aos cuidados continuados, outro está atribuído à Saúde Escolar, e o outro à Saúde Infantil. Dispõe ainda de uma arrecadação, onde está armazenado o material da Unidade.

Esta Unidade tem por objectivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente dependente, no domicílio;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente dependente;
- Promover o desenvolvimento da gestão do auto-cuidado;
- Garantir a continuidade dos cuidados de saúde dos doentes dependentes após a alta,
- Garantir que a prestação de cuidados de saúde no domicílio, seja assegurado em Equipa Multidisciplinar.

Os cuidados, programados prestados pela Equipa, estão disponíveis das 8 às 20 horas, sete dias por semana. Aos fins-de-semana e feriados estão sujeitos a critérios da UCC e o enfermeiro que está de chamada tem o telemóvel de serviço, cujo

número é do conhecimento dos utentes/famílias assistidos, e está exposto na vitrina exterior da Unidade.

As pessoas podem ser admitidas na Cuidar+ através de:

- Contacto pessoal ou telefónico por parte do utente, familiares, amigos ou vizinhos;

- Médico de Família;

- Técnica Superior de Serviço Social;

- Instituições Particulares de Solidariedade Social;

- Hospital;

e a APOIO tem como identificação:



O Centro de Dia da Outurela, localiza-se no rés-do-chão de um edifício pertencente à Câmara de Oeiras e para o dar a conhecer de um modo mais real efectuei as seguintes fotografias:







ANEXO IV – Apresentação e Análise dos Dados Quantitativos

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

| | p. |
|--|-----|
| Gráfico 1 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a idade | 101 |
| Gráfico 2 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo o género | 101 |
| Gráfico 3 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a naturalidade | 102 |
| Gráfico 4 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a nacionalidade | 102 |
| Gráfico 5 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a profissão | 103 |
| Gráfico 6 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a situação actual | 103 |
| Gráfico 7 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo o estado civil | 104 |
| Gráfico 8 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo as habilitações literárias..... | 104 |
| Gráfico 9 – Distribuição dos filhos das peçoas inquiridas de acordo com a residência em Portugal ou no Estrangeiro | 105 |
| Gráfico 10 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo o tipo de habitação onde residem | 105 |
| Gráfico 11 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo as peçoas com quem vivem | 106 |
| Gráfico 12 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo o principal cuidador | 106 |
| Gráfico 13 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo os antecedentes peçoais | 107 |
| Gráfico 14 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo as alergias | 107 |
| Gráfico 15 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo os hábitos tabágicos | 108 |
| Gráfico 16 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo os hábitos étlicos ... | 108 |
| Gráfico 17 – Distribuição das peçoas inquiridas com hábitos étlicos segundo a quantificação dos hábitos étlicos | 109 |
| Gráfico 18 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo outros hábitos aditos (Café) | 109 |
| Gráfico 19 – Distribuição das peçoas inquiridas com hábitos aditos (café) segundo a Quantificação dos Cafés | 110 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 20 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo os resultados obtidos no MMSE | 113 |
| Gráfico 21 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo os resultados obtidos na GDS I | 115 |
| Gráfico 22 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo actividades que gostam de realizar | 117 |
| Gráfico 23 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo conflitos familiares em casa | 117 |
| Gráfico 24 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo existência problemas económicos | 118 |
| Gráfico 25 – Distribuição das peessoas inquiridas segundo os serviços prestados pela APOIO | 118 |
| Gráfico 26 – Comparação dos valores pontuais de depressão , segundo os resultados obtidos, antes e após a realização das intervenções terapêuticas | 120 |

SEQUÊNCIA DE QUADROS

| | p. |
|---|-----|
| Quadro 1 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a idade e o número de filhos | 100 |
| Quadro 2 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo os resultados obtidos no MMSE para a Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação e Linguagem | 111 |
| Quadro 3 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a escolaridade para efeitos do MMSE | 112 |
| Quadro 4 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo a pontuação da GDS I | 114 |
| Quadro 5 – Distribuição das peçoas inquiridas segundo os resultados obtidos no MMSE e no GDS I | 116 |
| Quadro 6 – Comparação dos valores pontuais de depressão , segundo os resultados obtidos, antes e após a realização das intervenções terapêuticas | 119 |

Ao longo deste Anexo pretendo efectuar a análise quantitativa dos dados, que me pareceram mais relevantes para este trabalho, recolhidos a partir do “Formulário”, do “Impresso de Registos” e da GDS II. Desta forma, acredito dar a conhecer mais aprofundadamente a população que frequenta o Centro de Dia da APOIO.

De seguida irei passar a analisar cada um dos Gráficos e Quadros elaborados, e que de uma forma rápida e prática permitem visualizar as várias distribuições das pessoas inquiridas, correspondendo à totalidade dos utentes inscritos no Centro de Dia da Instituição referida.

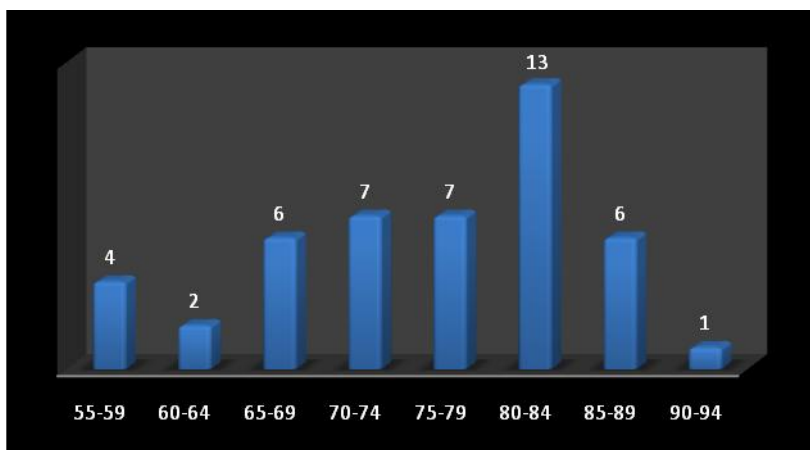
Pela análise do quadro 1, verifica-se que foram inquiridas 46 pessoas. O seu intervalo de idades situa-se entre os 56 e os 90 anos, com uma média de 75,43 anos e um desvio-padrão de 9,01 anos. Relativamente ao número de filhos, verifica-se que a média é de 2,43, mas o desvio-padrão é de 3,05 e os valores variam entre os 0 e 19 filhos.

Quadro 1 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo a idade/número de filhos

| Utente | Idade | Número de Filhos |
|--------------|-------|------------------|
| 1 | 69 | 4 |
| 2 | 69 | 2 |
| 3 | 82 | 5 |
| 4 | 87 | 4 |
| 5 | 84 | 5 |
| 6 | 63 | 2 |
| 7 | 80 | 4 |
| 8 | 68 | 5 |
| 9 | 89 | 2 |
| 10 | 64 | 2 |
| 11 | 76 | 1 |
| 12 | 71 | 4 |
| 13 | 65 | 3 |
| 14 | 82 | 1 |
| 15 | 65 | 1 |
| 16 | 80 | 6 |
| 17 | 72 | 1 |
| 18 | 84 | 0 |
| 19 | 71 | 2 |
| 20 | 73 | 0 |
| 21 | 73 | 2 |
| 22 | 70 | 1 |
| 23 | 82 | 3 |
| 24 | 76 | 3 |
| 25 | 87 | 0 |
| 26 | 58 | 7 |
| 27 | 58 | 0 |
| 28 | 77 | 1 |
| 29 | 68 | 1 |
| 30 | 89 | 2 |
| 31 | 81 | 2 |
| 32 | 80 | 4 |
| 33 | 71 | 1 |
| 34 | 57 | 0 |
| 35 | 56 | 19 |
| 36 | 82 | 5 |
| 37 | 77 | 1 |
| 38 | 81 | 0 |
| 39 | 85 | 1 |
| 40 | 79 | 0 |
| 41 | 75 | 1 |
| 42 | 88 | 1 |
| 43 | 80 | 2 |
| 44 | 80 | 1 |
| 45 | 76 | 0 |
| 46 | 90 | 0 |
| Média | 75,43 | 2,43 |
| DP | 9,01 | 3,05 |
| Max | 90 | 19 |
| Min | 56 | 0 |

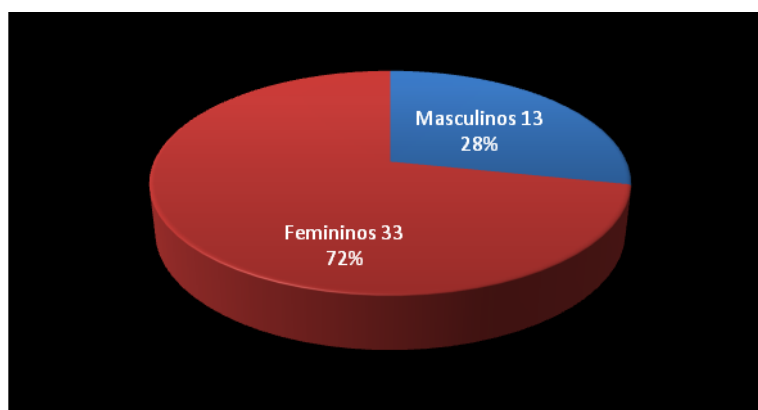
Relativamente ao gráfico1, verifica-se que 28% (13) das 46 pessoas inquiridas têm idades compreendidas entre os 80 e os 84 anos, correspondendo esta classe à moda das idades.

Gráfico 1 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo a **idade**



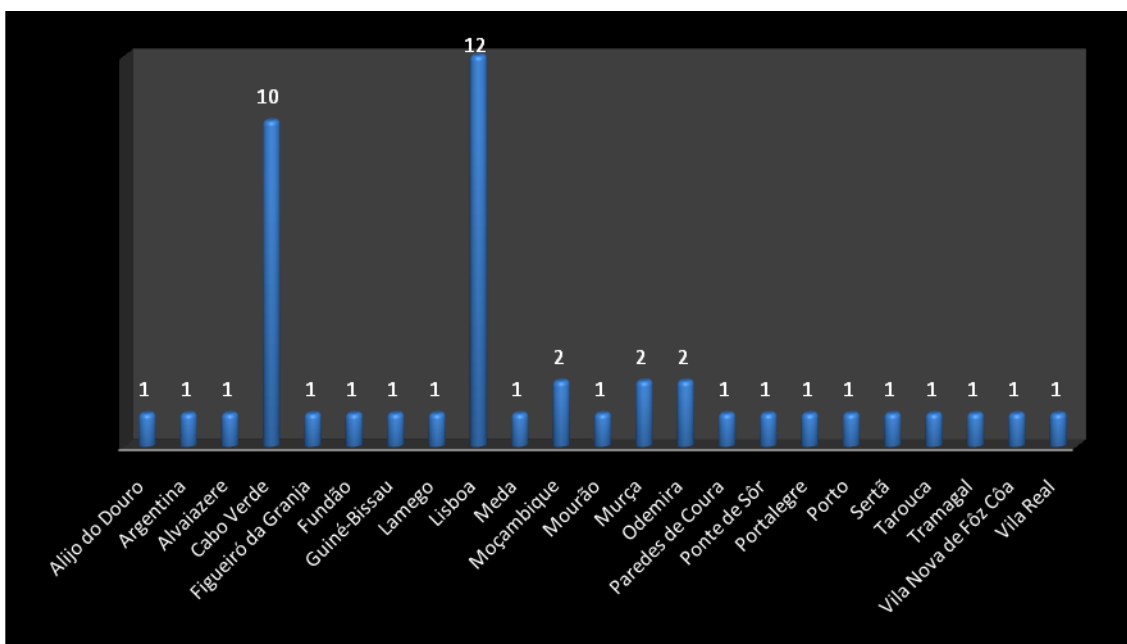
Pela análise do gráfico 2, constata-se que das 46 pessoas inquiridas, 72% (33) são do sexo feminino e 28% (13) do masculino. No nosso País, segundo os Censos de 2001, residem em Portugal 10 355 824 indivíduos, dos quais 4 999 964 eram homens e 5 355 860 eram mulheres.

Gráfico 2 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo o **género**



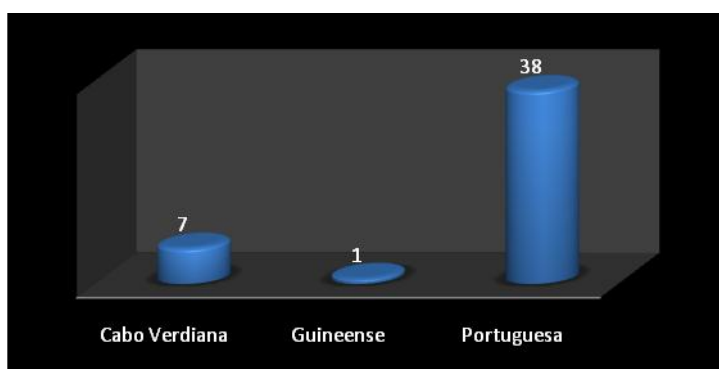
Atendendo ao gráfico 3, verifica-se que 26% (12) dos habitantes inquiridos são naturais de Lisboa, seguindo-se 22% (10) naturais de Cabo Verde.

Gráfico 3 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo a naturalidade



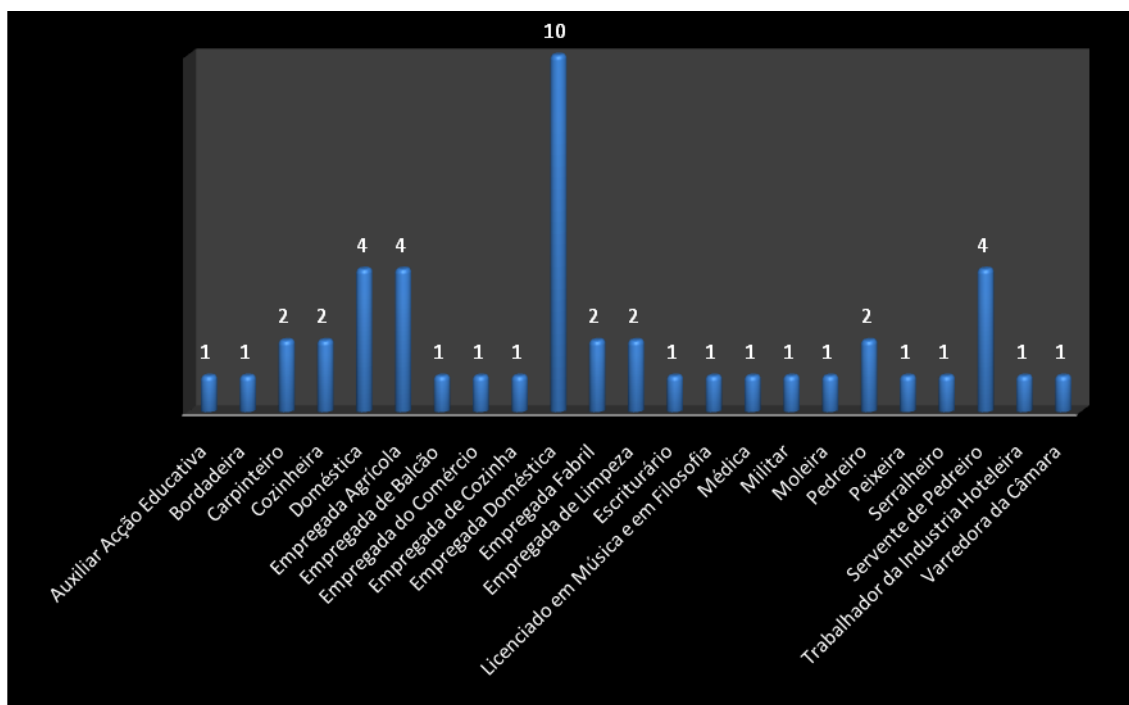
Pela análise do gráfico 4, verifica-se que 83% (38) são de nacionalidade Portuguesa e que 15% (7) são de nacionalidade Cabo Verdiana.

Gráfico 4 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo a nacionalidade



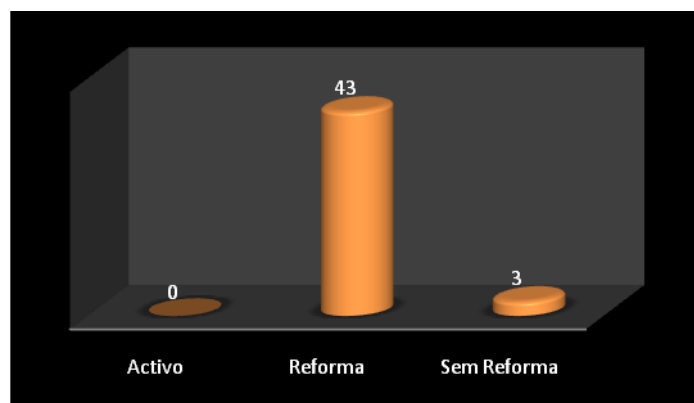
Relativamente ao gráfico 5, verifica-se que das 46 pessoas inquiridas, 22% (10) são empregadas domésticas, e que 9% (4) das pessoas que são domésticas em igual número com os empregados agrícolas e serventes de pedreiro.

Gráfico 5 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo a **profissão**



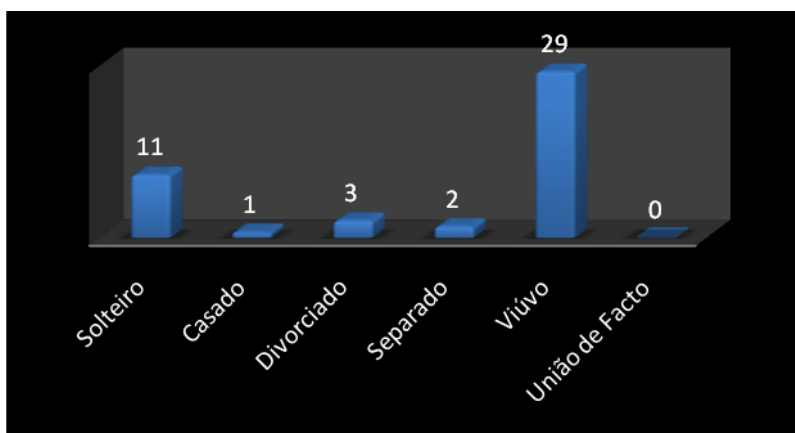
Considerando o gráfico 6, constata-se que das 46 peças inquiridas, 93% (43) são reformadas.

Gráfico 6 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo a **situação actual**



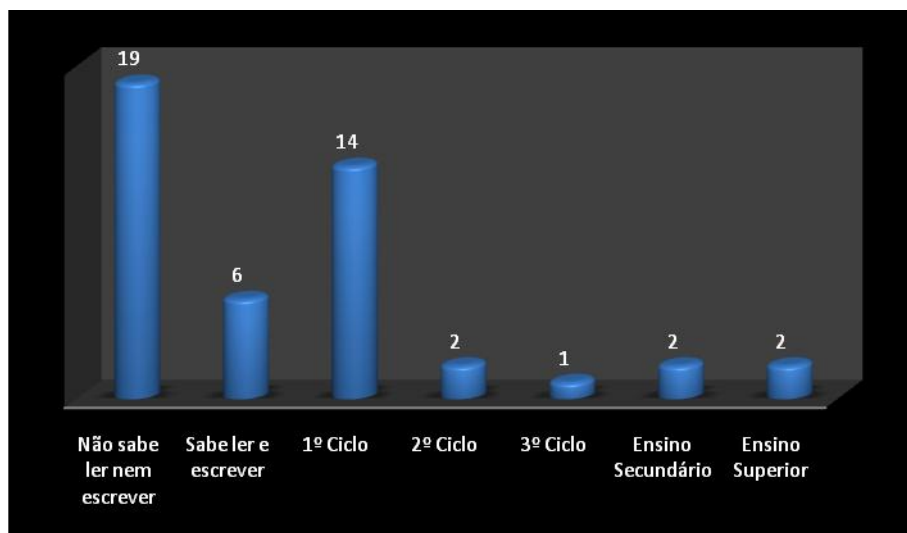
Na observação do gráfico 7, verifica-se que 63% (29) das peças inquiridas são viúvas e 24% (11) são solteiras.

Gráfico 7 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo o **estado civil**



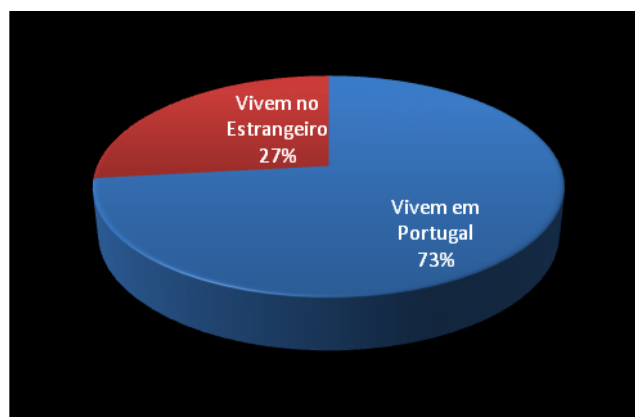
Relativamente ao gráfico 8, constata-se que das 46 peças inquiridas, 41% (19) são analfabetas, 30% (14) têm como habilitações literárias o 1º Ciclo, logo seguidas de 13% (6) que sabem ler e escrever.

Gráfico 8 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo as **habilitações literárias**



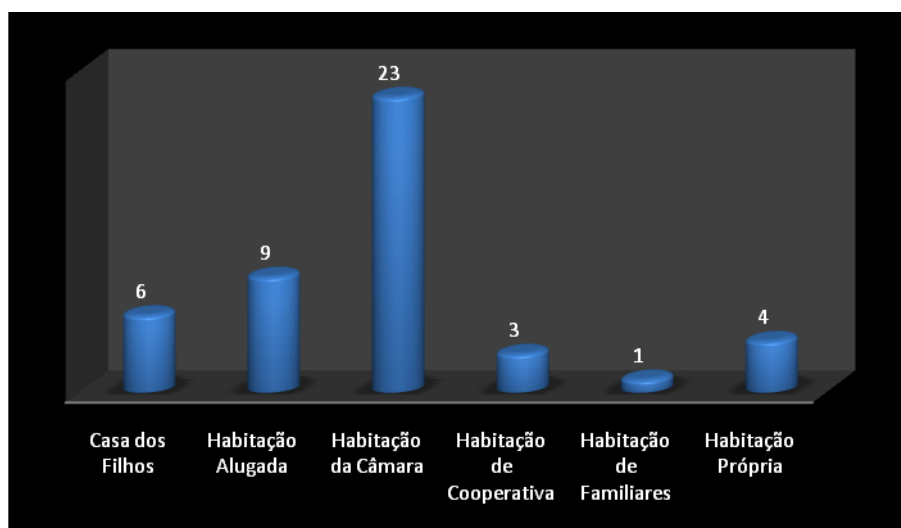
Relativamente ao gráfico 9, verifica-se que dos 100% (112) dos filhos das peças inquiridas, 73% (82) residem em Portugal e 27% (30) residem no Estrangeiro.

Gráfico 9 – Distribuição dos **filhos das pessoas inquiridas** de acordo com a **residência em Portugal ou no Estrangeiro**



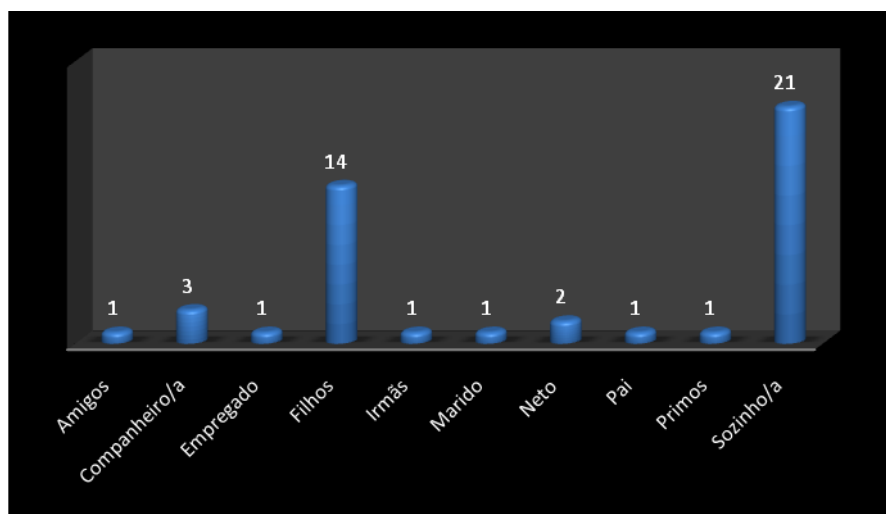
Atendendo ao gráfico 10, constata-se que 50% (23) dos inquiridos residem em habitação da câmara, 20% (9) em habitação alugada e 13% (6) residem em casa dos filhos.

Gráfico 10 – Distribuição das **peçoas inquiridas** segundo o **tipo de habitação onde residem**



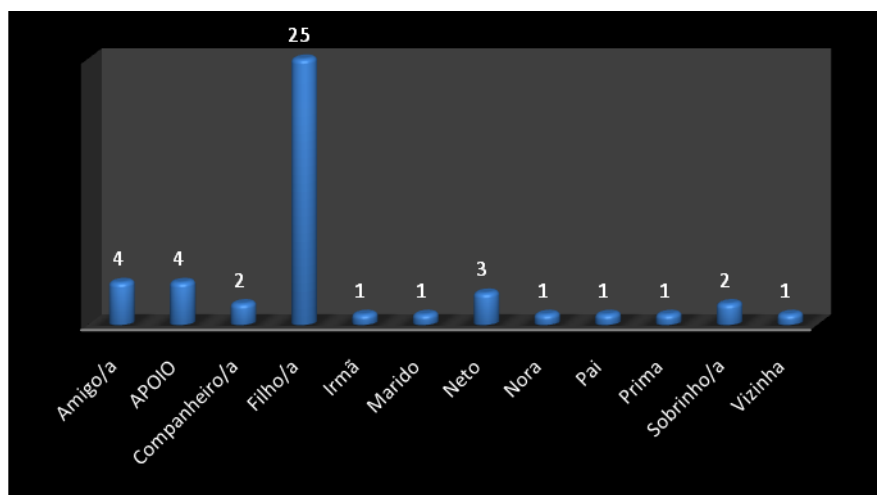
Considerando o gráfico 11, verifica-se que das 46 peçoas inquiridas, 46% (21) residem sozinhas, 31% (14) residem com os filhos e 7% (3) residem com o companheiro/a.

Gráfico 11 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo as **peças com quem vivem**



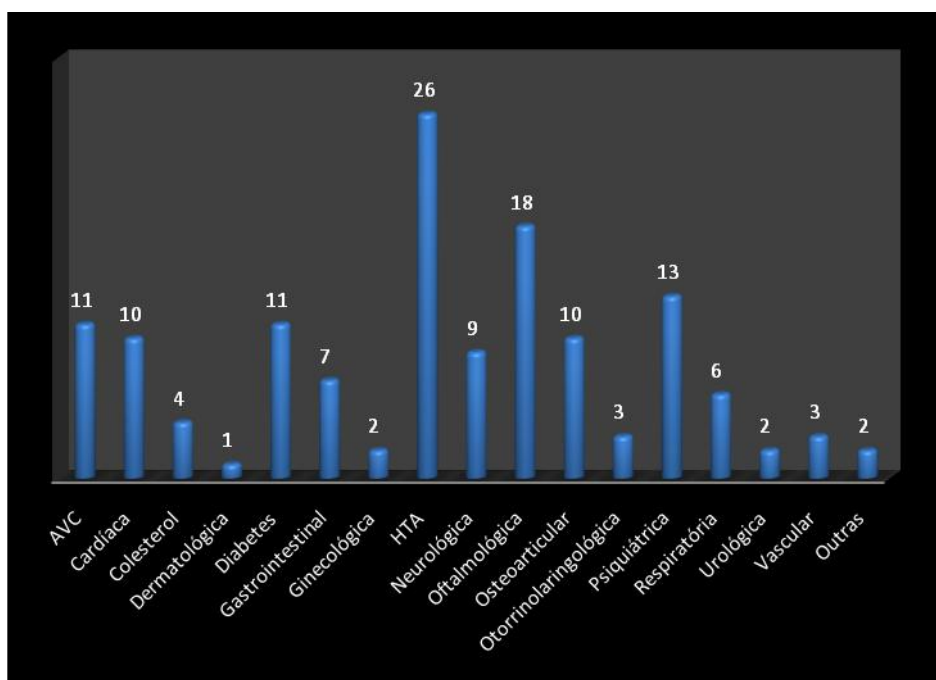
A partir do gráfico 12, constata-se que das 46 peças inquiridas, 55% (25) têm como principal cuidador os filhos, no entanto encontramos cerca de 9% (4) que têm como principal cuidador amigos em igual número com as que têm como principal cuidador a Apoio.

Gráfico 12 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo o **principal cuidador**



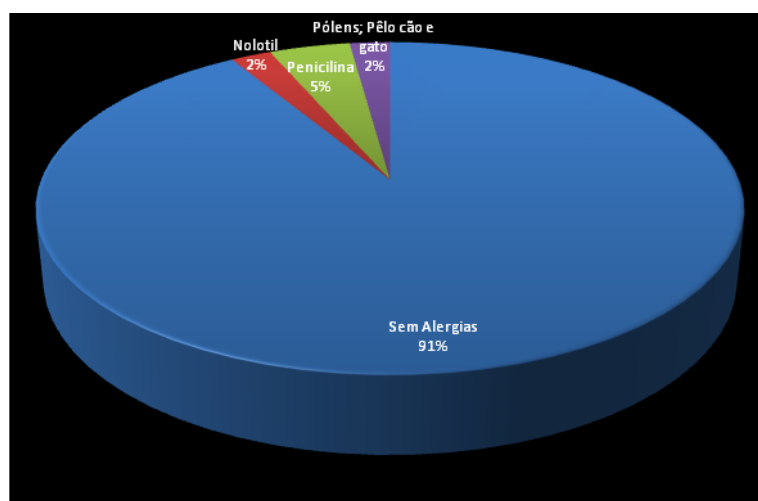
A partir do gráfico 13, verifica-se que 100 % (46) das peças inquiridas, 19% (26) têm HTA, seguidas de 13% (18) com patologia oftalmológica e 9% (13) apresentam patologia psiquiátrica.

Gráfico13 – Distribuição das **peessoas inquiridas** segundo os **antecedentes pessoais**



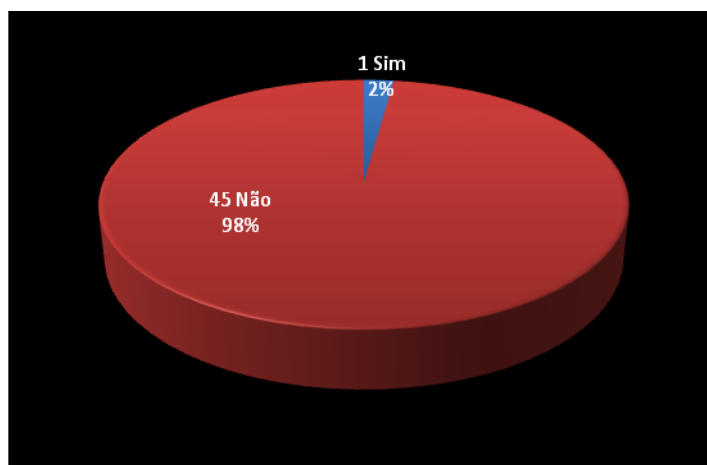
Relativamente ao gráfico 14, verifica-se que 91% (42) das pessoas inquiridas não têm alergias, seguidas de 5% (2) que têm alergia à Penicilina e 2% (1) que têm alergia ao Nolotil em igual número com alergia a poléns, pêlo do cão e gato.

Gráfico 14 – Distribuição das **peessoas inquiridas** segundo as **alergias**



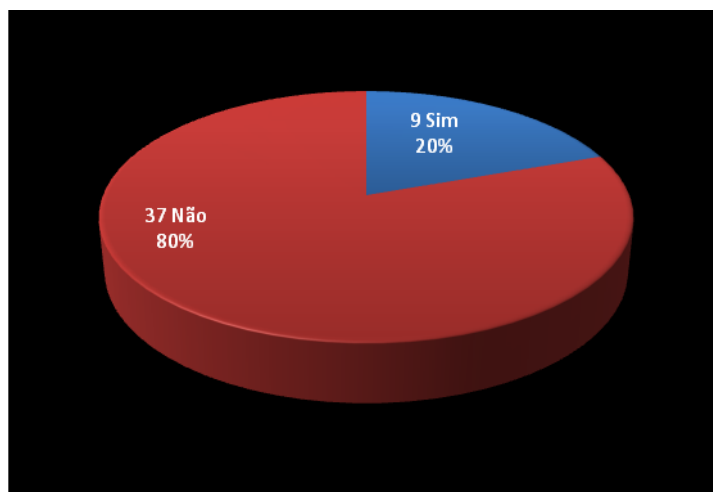
Considerando o gráfico 15, constata-se que 98% (45) das pessoas inquiridas não têm hábitos tabágicos e 2% (1) têm hábitos tabágicos.

Gráfico 15 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo os **hábitos tabágicos**



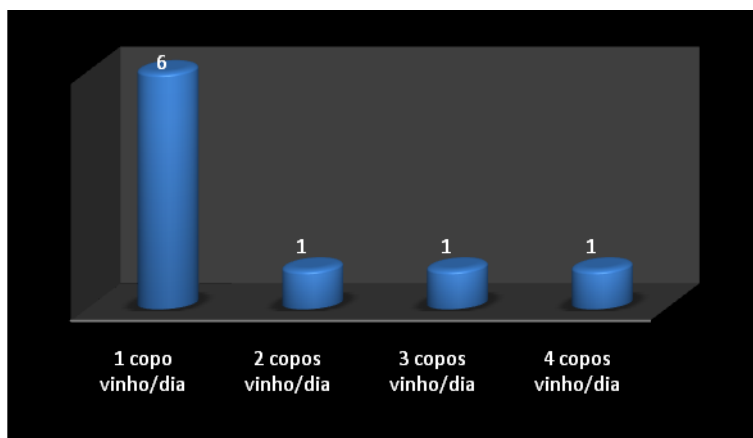
Pelo gráfico 16, verifica-se que 80% (37) das peças inquiridas não têm hábitos etílicos.

Gráfico 16 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo os **hábitos etílicos**



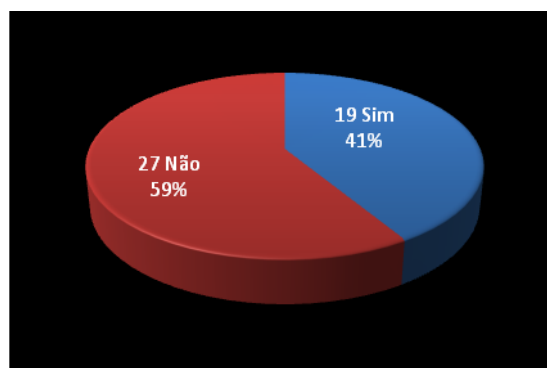
Considerando o gráfico 17, constata-se que 67% (6) ingerem 1 copo de vinho por dia e 11% (1) ingerem 4 copos de vinho por dia.

Gráfico 17 – Distribuição das **peças inquiridas com hábitos étlicos** segundo a **quantificação dos hábitos étlicos**



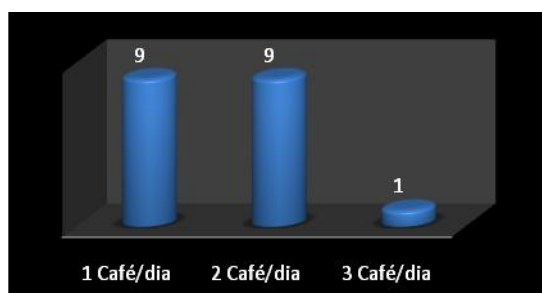
Pelo gráfico 18, verifica-se que das 46 peças inquiridas, 59% (27) não têm outros hábitos aditos e que 41% (19) têm outros hábitos aditos (café).

Gráfico 18 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo **outros hábitos aditos (Café)**



Atendendo ao gráfico 19, verifica-se que 48% (9) das peças com hábitos aditos ingerem 1 café por dia em igual número com as peças que bebem 2 cafés por dia.

Gráfico 19 – Distribuição das **peçoas inquiridas com hábitos aditos (café)** segundo a **Quantificação dos Cafés**



Através do Quadro 2, observa-se os resultados obtidos pelas pessoas inquiridas no instrumento MMSE. Optei ainda por apresentar os resultados das 5 sub-provas que o compõem, permitindo deste modo um conhecimento mais aprofundado de cada uma das pessoas. Verifica-se que a média das pontuações totais obtidas pelas pessoas inquiridas é de 21,37 pontos, com um desvio-padrão de 5,43, a variar no intervalo de 7 a 30 pontos.

Relativamente às pontuações obtidas em cada uma das sub-provas, deste instrumento, constata-se que na “Orientação” a média das respostas correctas é de 7,43 pontos, com um desvio-padrão de 2,27, a variar entre 2 e 10 (este valor corresponde à totalidade das respostas correctas nesta sub-prova). Analisando a sub-prova “Retenção”, pode-se verificar que a média das respostas correctas é de 2,72 pontos, com um desvio-padrão de 0,80, a variar entre 0 (significa que não houve nenhuma resposta correcta) e 3 (corresponde à totalidade das respostas correctas nesta sub-prova). Relativamente à sub-prova “Atenção e Cálculo”, verifica-se que a média das respostas correctas situa-se nos 2,50 pontos, com um desvio-padrão de 2,08, a variar no intervalo 0 e 5 (totalidade das respostas correctas). Relativamente à sub-prova “Evocação”, a média das respostas correctas é de 1,57 pontos, com um desvio-padrão de 1,17, a variar entre 0 e 3 (totalidade das respostas correctas). Para terminar, em relação à sub-prova “Linguagem” verificar-se que a média das respostas correctas está situada em 7,15 pontos, com um desvio-padrão de 1,23, a variar entre 2 e 9 (corresponde à totalidade das respostas correctas nesta sub-prova).

Quadro 2 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo os resultados obtidos no MMSE para a Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação e Linguagem

| Utente | Orientação | Retenção | Atenção e Cálculo | Evocação | Linguagem | Total |
|--------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|
| 1 | 5 | 3 | 0 | 1 | 7 | 16 |
| 2 | 10 | 3 | 4 | 3 | 9 | 29 |
| 3 | 10 | 3 | 2 | 2 | 7 | 24 |
| 4 | 10 | 3 | 2 | 2 | 8 | 25 |
| 5 | 10 | 3 | 0 | 2 | 7 | 22 |
| 6 | 10 | 3 | 4 | 2 | 9 | 28 |
| 7 | 7 | 3 | 5 | 0 | 7 | 22 |
| 8 | 10 | 3 | 4 | 3 | 6 | 26 |
| 9 | 6 | 2 | 0 | 3 | 6 | 17 |
| 10 | 6 | 3 | 0 | 3 | 7 | 19 |
| 11 | 6 | 3 | 0 | 0 | 7 | 16 |
| 12 | 9 | 3 | 1 | 1 | 7 | 21 |
| 13 | 10 | 3 | 2 | 2 | 7 | 24 |
| 14 | 10 | 3 | 5 | 1 | 8 | 27 |
| 15 | 10 | 3 | 5 | 2 | 8 | 28 |
| 16 | 7 | 3 | 0 | 1 | 7 | 18 |
| 17 | 6 | 3 | 0 | 3 | 7 | 19 |
| 18 | 7 | 3 | 3 | 0 | 7 | 20 |
| 19 | 9 | 3 | 5 | 1 | 8 | 26 |
| 20 | 4 | 3 | 5 | 1 | 7 | 20 |
| 21 | 6 | 3 | 0 | 3 | 7 | 19 |
| 22 | 10 | 3 | 5 | 3 | 7 | 28 |
| 23 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 |
| 24 | 7 | 3 | 3 | 0 | 8 | 21 |
| 25 | 2 | 3 | 2 | 0 | 7 | 14 |
| 26 | 10 | 3 | 5 | 3 | 8 | 29 |
| 27 | 10 | 3 | 5 | 3 | 9 | 30 |
| 28 | 3 | 0 | 0 | 0 | 7 | 10 |
| 29 | 10 | 3 | 0 | 3 | 7 | 23 |
| 30 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 12 |
| 31 | 6 | 3 | 5 | 2 | 8 | 24 |
| 32 | 9 | 3 | 4 | 3 | 6 | 25 |
| 33 | 7 | 3 | 3 | 2 | 7 | 22 |
| 34 | 10 | 3 | 4 | 3 | 8 | 28 |
| 35 | 9 | 2 | 1 | 2 | 5 | 19 |
| 36 | 10 | 3 | 5 | 3 | 7 | 28 |
| 37 | 8 | 3 | 5 | 1 | 9 | 26 |
| 38 | 4 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9 |
| 39 | 6 | 3 | 5 | 1 | 7 | 22 |
| 40 | 5 | 3 | 2 | 2 | 7 | 19 |
| 41 | 4 | 3 | 0 | 3 | 7 | 17 |
| 42 | 7 | 3 | 0 | 1 | 7 | 18 |
| 43 | 6 | 3 | 4 | 1 | 9 | 23 |
| 44 | 8 | 3 | 5 | 0 | 8 | 24 |
| 45 | 6 | 3 | 1 | 0 | 9 | 19 |
| 46 | 7 | 3 | 4 | 0 | 6 | 20 |
| Total | 342 | 125 | 115 | 72 | 329 | 983 |
| Média | 7,43 | 2,72 | 2,50 | 1,57 | 7,15 | 21,37 |
| DP | 2,27 | 0,80 | 2,08 | 1,17 | 1,23 | 5,43 |
| Max | 10 | 3 | 5 | 3 | 9 | 30 |
| Min | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 |

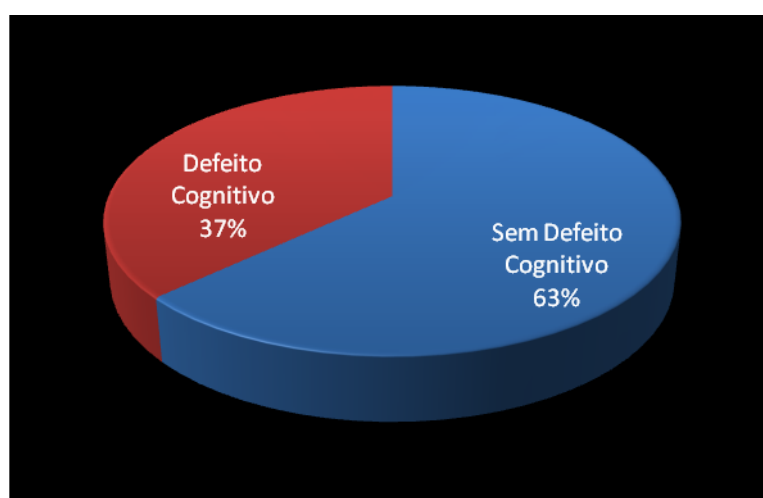
Quadro 3 – Distribuição das **peças inquiridas** segundo a **escolaridade** para efeitos do **MMSE**

| Utente | Analfabetos | 1 a 11 anos de Escolaridade | > 11 anos de Escolaridade |
|----------------|-------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1 | X | | |
| 2 | | X | |
| 3 | X | | |
| 4 | | X | |
| 5 | X | | |
| 6 | | X | |
| 7 | X | | |
| 8 | X | | |
| 9 | X | | |
| 10 | X | | |
| 11 | | X | |
| 12 | X | | |
| 13 | | X | |
| 14 | | X | |
| 15 | | X | |
| 16 | X | | |
| 17 | X | | |
| 18 | | X | |
| 19 | | X | |
| 20 | | X | |
| 21 | X | | |
| 22 | | X | |
| 23 | X | | |
| 24 | X | | |
| 25 | X | | |
| 26 | | X | |
| 27 | | | X |
| 28 | X | | |
| 29 | | | X |
| 30 | | X | |
| 31 | | X | |
| 32 | X | | |
| 33 | | X | |
| 34 | | X | |
| 35 | | X | |
| 36 | X | | |
| 37 | | | X |
| 38 | X | | |
| 39 | | | X |
| 40 | X | | |
| 41 | | X | |
| 42 | | X | |
| 43 | | X | |
| 44 | | X | |
| 45 | | X | |
| 46 | | X | |
| Total | 19 | 23 | 4 |
| Média % | 41% | 50% | 9% |

De acordo com a análise do quadro anterior, verifica-se que 50% (23) das pessoas inquiridas, para efeitos de MMSE, têm de 1 a 11 anos de escolaridade, seguidas de 41% (19) analfabetas e de 9% (4) com mais de 11 anos de escolaridade.

Pela análise do gráfico 20, constata-se que 63% (29) dos inquiridos apresentam-se sem defeito cognitivo e que 37% (17) apresentam defeito cognitivo.

Gráfico 20 – Distribuição das **peçoas inquiridas** segundo os **resultados obtidos no MMSE**



Analisando o quadro 4, pode-se verificar as pontuações obtidas, na GDS aplicada no primeiro Módulo de Estágio, por cada uma das pessoas inquiridas e a respectiva situação a que corresponde.

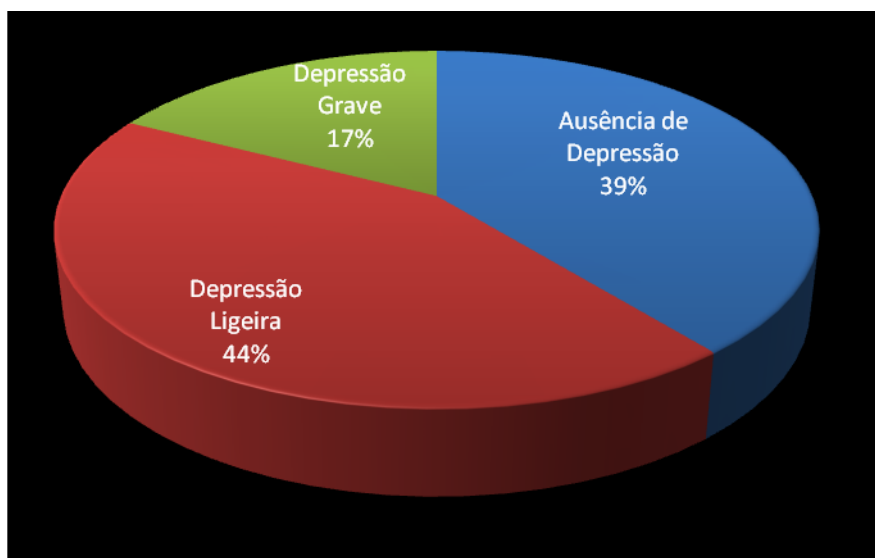
Assim, pelo quadro 4, verifica-se que a média das respostas dadas pelas pessoas inquiridas é de 12,35 pontos, o que corresponde a depressão ligeira de acordo com os pontos de corte definidos pelo instrumento. O desvio-padrão é de 7,71, e está a variar no intervalo de 0 a 28 pontos.

Quadro 4 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo a pontuação da GDS I

| Utente | GDS I | Conclusão |
|--------------|--------------|-----------------------|
| 1 | 22 | Depressão Grave |
| 2 | 6 | Ausência de Depressão |
| 3 | 1 | Ausência de Depressão |
| 4 | 1 | Ausência de Depressão |
| 5 | 19 | Depressão Ligeira |
| 6 | 8 | Ausência de Depressão |
| 7 | 21 | Depressão Grave |
| 8 | 2 | Ausência de Depressão |
| 9 | 19 | Depressão Ligeira |
| 10 | 6 | Ausência de Depressão |
| 11 | 17 | Depressão Ligeira |
| 12 | 20 | Depressão Ligeira |
| 13 | 12 | Depressão Ligeira |
| 14 | 9 | Ausência de Depressão |
| 15 | 8 | Ausência de Depressão |
| 16 | 22 | Depressão Grave |
| 17 | 11 | Depressão Ligeira |
| 18 | 22 | Depressão Grave |
| 19 | 28 | Depressão Grave |
| 20 | 16 | Depressão Ligeira |
| 21 | 14 | Depressão Ligeira |
| 22 | 3 | Ausência de Depressão |
| 23 | 0 | Ausência de Depressão |
| 24 | 11 | Depressão Ligeira |
| 25 | 19 | Depressão Ligeira |
| 26 | 4 | Ausência de Depressão |
| 27 | 2 | Ausência de Depressão |
| 28 | 28 | Depressão Grave |
| 29 | 16 | Depressão Ligeira |
| 30 | 12 | Depressão Ligeira |
| 31 | 5 | Ausência de Depressão |
| 32 | 1 | Ausência de Depressão |
| 33 | 20 | Depressão Ligeira |
| 34 | 11 | Depressão Ligeira |
| 35 | 14 | Depressão Ligeira |
| 36 | 4 | Ausência de Depressão |
| 37 | 25 | Depressão Grave |
| 38 | 7 | Ausência de Depressão |
| 39 | 13 | Depressão Ligeira |
| 40 | 16 | Depressão Ligeira |
| 41 | 21 | Depressão Grave |
| 42 | 8 | Ausência de Depressão |
| 43 | 13 | Depressão Ligeira |
| 44 | 2 | Ausência de Depressão |
| 45 | 16 | Depressão Ligeira |
| 46 | 13 | Depressão Ligeira |
| Total | 568 | |
| Média | 12,35 | |
| DP | 7,71 | |
| Max | 28 | |
| Min | 0 | |

Considerando o Gráfico 21, verifica-se que a depressão foi identificada em 61% (28) dos utentes. Destes 44% (20) apresentava depressão ligeira e 17% (8) depressão grave.

Gráfico 21 – Distribuição das **peçoas inquiridas** segundo os **resultados obtidos na GDS I**



O quadro 5 permite verificar, em relação a cada uma das peçoas, qual a sua situação em relação aos resultados obtidos no MMSE e na GDS I. A fim de evidenciar os respectivos resultados, optei por preencher o rectângulo com a cor azul no caso das peçoas com “Defeito Cognitivo”, vermelha para as situações de “Depressão Grave” e amarela para as “Depressões Ligeiras”.

Quadro 5 – Distribuição das pessoas inquiridas segundo os resultados obtidos no MMSE e na GDS I

| Utente | MMSE | GDS I |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 2 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 3 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 4 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 5 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 6 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 7 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 8 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 9 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 10 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 11 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 12 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 13 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 14 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 15 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 16 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 17 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 18 | Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 19 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 20 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 21 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 22 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 23 | Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 24 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 25 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 26 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 27 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 28 | Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 29 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 30 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 31 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 32 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 33 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 34 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 35 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 36 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 37 | Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 38 | Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 39 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 40 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 41 | Defeito Cognitivo | Depressão Grave |
| 42 | Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 43 | Sem Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 44 | Sem Defeito Cognitivo | Ausência de Depressão |
| 45 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |
| 46 | Defeito Cognitivo | Depressão Ligeira |

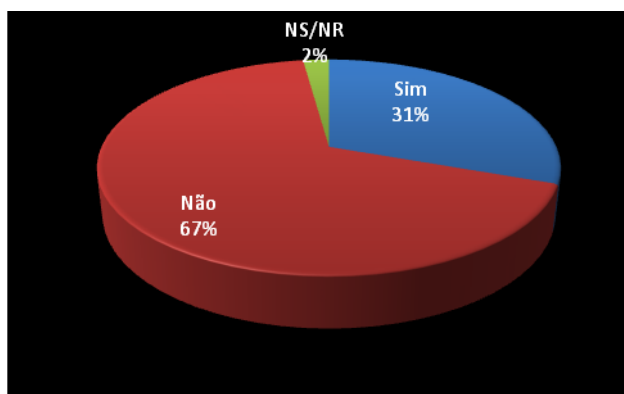
De acordo com o gráfico 22, constata-se que foram identificadas 5 actividades que as 46 pessoas inquiridas gostam de realizar. Constata-se que 25% (23) dos inquiridos gostam de cantar, seguindo-se 24% (22) que gostam de viajar e 20% (18) que gostam de praticar desporto. Fazem referência à prática religiosa e/ou espiritual 18% (17) dos inquiridos e 13% (12) gostam de pintar. Salienta-se o facto das 46 pessoas inquiridas fazerem referência a mais do que uma actividade que gostam de realizar pelo que não temos igual número de actividades, mas a referência a 82.

Gráfico 22 – Distribuição das **peessoas inquiridas** segundo **actividades que gostam de realizar**



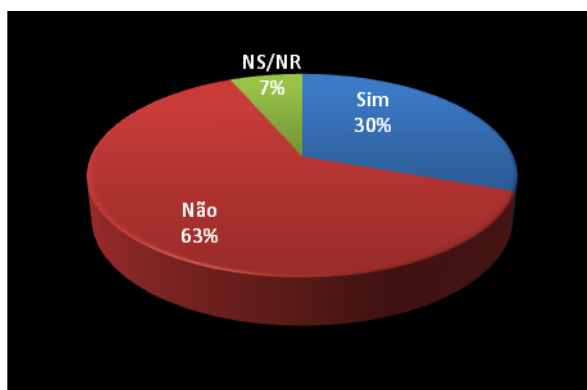
Relativamente ao gráfico 23, verifica-se que 67% (31) das pessoas inquiridas considera que não têm conflitos familiares em casa, seguindo-se 31% (14) que referem que têm conflitos familiares em casa.

Gráfico 23 – Distribuição das **peessoas inquiridas** segundo **conflitos familiares em casa**



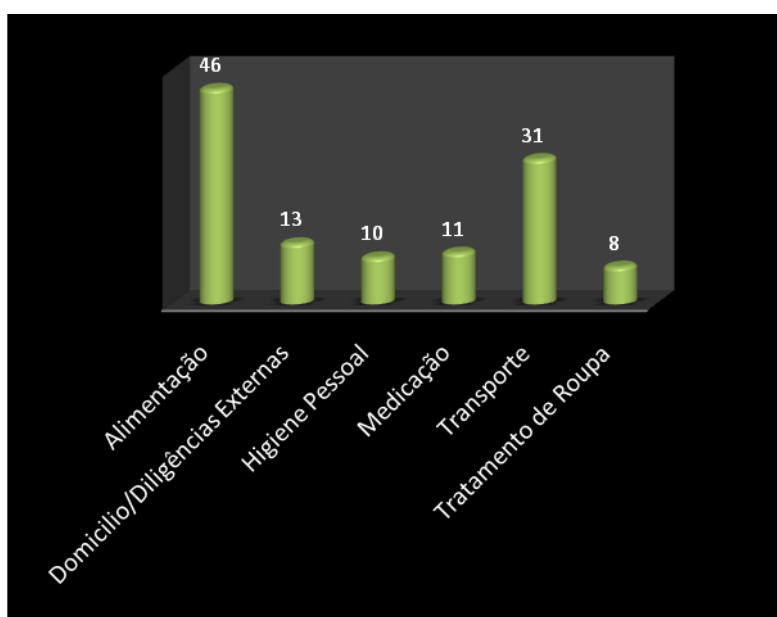
Considerando o gráfico 24, constata-se que 63% (29) das pessoas inquiridas referem não ter problemas económicos, seguindo-se 30% (14) com problemas económicos e 7% (3) não sabem ou não respondem à questão.

Gráfico 24 – Distribuição das **pessoas inquiridas** segundo **existência problemas económicos**



Pela análise do gráfico 25, verifica-se que 46 pessoas, ou seja a totalidade dos inquiridos, recebem apoio em termos de alimentação. Destas, 31 também necessitam de transporte fornecido pela APOIO e 13 necessitam de apoio no âmbito do Domicílio/Diligências Externas.

Gráfico 25 – Distribuição das **pessoas inquiridas** segundo os **serviços prestados pela APOIO**



O quadro 6, permite comparar os valores de depressão, em relação a cada uma das pessoas que obtiveram uma GDS I (pretendo deixar claro que designo este instrumento por GDS I porque foi aplicado no início do Estágio) compatível com “Depressão Ligeira” e um MMSE compatível com “Sem Defeito Cognitivo” e que foram integradas no estudo, com os valores obtidos na GDS II (mais uma vez, saliento que o instrumento é o mesmo, só o designamos de II porque foi aplicado no final do Estágio).

Dentro de um ambiente que se pretendeu terapêutico, foram realizadas várias entrevistas, a uma população de seis pessoas.

Pela análise do quadro 6, verifica-se que na GDS I as pessoas identificadas obtiveram uma média de 15,17 pontos (valor compatível com “Depressão Ligeira” de acordo com os pontos de corte definidos pelo instrumento em questão), com um desvio padrão de 3,44, a variar no intervalo de 11 a 20.

As mesmas pessoas, após as intervenções terapêuticas, pela aplicação da GDS II apresentaram uma média de 10,17 pontos (este valor continua nos parâmetros de “Depressão Ligeira”, embora menos acentuada), com um desvio-padrão de 2,61, a variar entre 7 e 13 pontos.

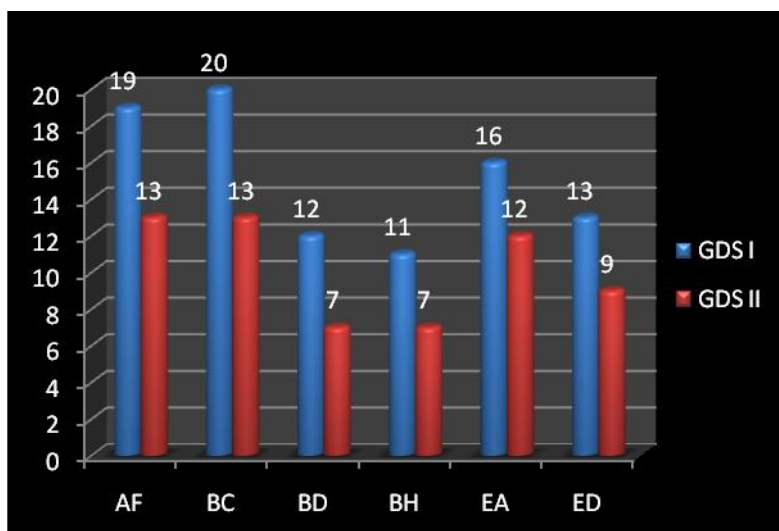
Em jeito de conclusão poderei referir que globalmente consegui obter um valor médio de melhoria, junto das pessoas em questão, de 5 pontos, com um desvio-padrão de 1,15, a variar num intervalo de 4 (valor mínimo de melhoria conseguida) e 7 (valor máximo de melhoria conseguida) pontos.

Quadro 6 – Comparação dos **valores pontuais de depressão**, segundo os resultados obtidos, **antes e após** a realização das **intervenções terapêuticas**

| Utente | GDS I | GDS II | Valor de Melhoria |
|---------------|--------------|---------------|--------------------------|
| AF | 19 | 13 | 6 |
| BC | 20 | 13 | 7 |
| BD | 12 | 7 | 5 |
| BH | 11 | 7 | 4 |
| EA | 16 | 12 | 4 |
| ED | 13 | 9 | 4 |
| Total | 91 | 61 | 30 |
| Média | 15,17 | 10,17 | 5 |
| DP | 3,44 | 2,61 | 1,15 |
| Máx | 20 | 13 | 7 |
| Min | 11 | 7 | 4 |

Analisando o gráfico 26, consegue-se de um modo rápido e fácil, uma visualização da melhoria verificada em termos de pontos da GDS. Gostaria de salientar que de acordo com os pontos de corte definidos por este instrumento, os valores de 0 a 10 correspondem a “Ausência de Depressão” e de 11 a 20 a “Depressão Ligeira”

Gráfico 26 – Comparação dos **valores pontuais de depressão**, segundo os resultados obtidos, **antes e após** a realização das **intervenções terapêuticas**



ANEXO V - Impreso de Registros

ANEXO VI - Formulário

**UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
DE
OEIRAS ORIENTAL**



FORMULÁRIO

EM COLABORAÇÃO COM:



**Linda-a-Velha
Maio/Junho 2010**

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
FORMULÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO

Nome: _____

Nome pelo qual gosta de ser chamado/a: _____

Morada: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

USF/UCSP: _____

Médico de Família: _____

Nº Assistência Médica: _____ Subsistema: _____

Data Nascimento: _____

1) Idade: _____

2) Sexo

Masculino

Feminino

3) Naturalidade: _____

4) Nacionalidade: _____

5) Profissão: _____

5.a) Situação Actual

Activo

Reforma

Sem Reforma

6) Estado Civil

Solteiro

Separado

Casado

Viúvo

Divorciado

União de Facto

7) Habilitações Literárias:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outros Especificar: _____

8) Nº de Filhos: _____ Obs. _____

9) Onde vive (ex: habitação própria; habitação alugada; casa dos filhos; lar; etc.):

10) Com quem vive: _____

11) Principal Cuidador (Nome): _____

11.1) Relação (ex: filho/a; empregado/a; etc.): _____

11.2) Telefone: _____ Telemóvel: _____

II – ANTECEDENTES PESSOAIS

1) Patologias

- AVC Obs. _____
- Cardíaca Obs. _____
- Colesterol Obs. _____
- Dermatológica Obs. _____
- Diabetes Obs. _____
- Gastrointestinal Obs. _____
- Ginecológica Obs. _____
- HTA Obs. _____
- Neurológica Obs. _____
- Oftalmológica Obs. _____
- Osteoarticular Obs. _____
- Otorrinolaringológica Obs. _____
- Psiquiátrica Obs. _____
- Respiratória Obs. _____
- Urológica Obs. _____
- Vascular Obs. _____
- Outras Especificar: _____ Obs. _____

2) Alergias: _____

3) Hábitos Tabágicos

- Não Sim Quantifique: _____

4) Hábitos Etílicos

- Não Sim Quantifique: _____

5) Outros hábitos aditos:

- Sim Especificar: _____ Quantifique: _____
- Não

III – AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

1) ORIENTAÇÃO

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

- a) Em que ano estamos? _____
- b) Em que mês estamos? _____
- c) Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
- d) Em que estação do ano estamos? _____
- e) Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
- f) Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
- g) Em que Distrito vive? _____
- h) Em que Terra vive? _____
- i) Em que casa estamos? (Como se chama a casa onde estamos?) _____
- j) Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2) RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe 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”. As palavras são:

Pêra: _____ Gato: _____ Bola: _____

Nota: _____

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

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 um 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

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?”

Nota: _____

b) Mostrar um lápis.

Como se chama isto?”

Nota: _____

c) Repetir a frase: “O rato rói 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).

(Dar um ponto por cada realização correcta).

Fechou os olhos

Nota: _____

f) “Escreva uma frase”.

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

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

Nota: _____

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

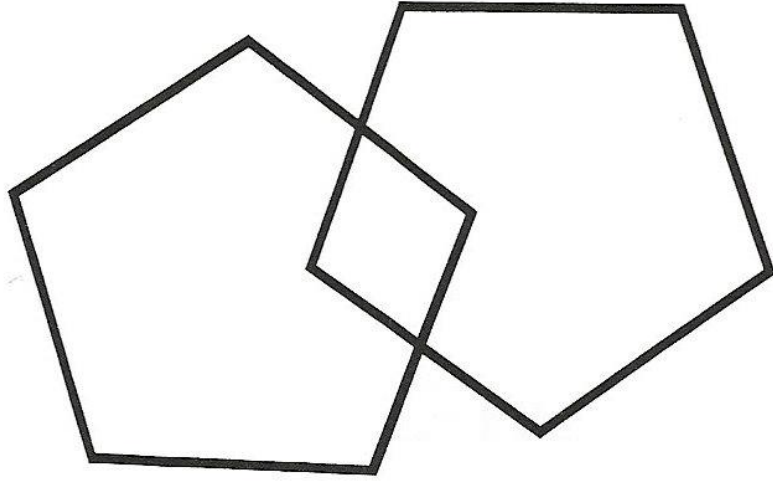
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha).

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

Nota: _____

Nota Ponto 5: _____

NOTA TOTAL: _____



Data da Avaliação Breve do Estado Mental: _____ Enfermeiro: _____

PONTOS DE CORTE

(Idade Superior a 40 anos)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- ▶ Analfabetos ≤ 15
- ▶ 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- ▶ Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

IV - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | |
| 5) Tem esperança no futuro? | | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | |
| 7) Está bem disposto/a maior parte do tempo? | | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | | |
| 17) Sente-se inútil? | | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | |
| 19) Acha a vida interessante? | | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | |

Pontuação: _____

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS: _____ Enfermeiro: _____

Pontuação:

- 1 Ponto por cada resposta **SIM** nas questões: 2 – 4; 6,8,10 – 14, 16 – 18, 20, 22 – 26, 28.
- 1 Ponto por cada resposta **NÃO** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

| Interpretação dos resultados | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 0 – 10 | Ausência de depressão |
| 11 – 20 | Depressão ligeira |
| 21 – 30 | Depressão grave |

V – GENERALIDADES

1) Actividades que gosta de realizar

- Cantar
- Desporto
- Pintura
- Prática religiosa e/ou espiritual
- Viajar
- Outra

Especificar: _____

2) Na sua casa há conflitos familiares

- Sim Não NS/NR

3) Considera que tem problemas económicos

- Sim Não NS/NR

4) Existe algum aspecto que queira referir e que não foi abordado ao longo da realização do formulário?

Data da Colheita dos Dados: _____ **Enfermeiro:** _____

ANEXO VII - Registo de Actualizações do Formulário

ANEXO VIII – Sessão de Formação sobre “A Depressão”

Plano da Acção

Tema:

"A Depressão"

Local e data de apresentação:

15/06/10- Apoio - Associação de Solidariedade Social.

A quem se destina:

Ajudantes de Acção Directa da Apoio -Associação de Solidariedade Social.

Objectivos:

- ★ Melhorar os conhecimentos das Ajudantes sobre a Depressão;
- ★ Identificar as Principais Características da Depressão;

| | Conteúdos | Metodologias | Tempo | Observações |
|-----------------|--|---------------------------|--------------|----------------------|
| Introdução | -Apresentação; -Tema; | Expositiva | 5 min | Enf.º Manuel Dias |
| Desenvolvimento | - Conceito e incidência da Depressão; -Tipos, Sintomas e Complicações da Depressão; | Expositiva Interactiva | 5 min | Enf.º Manuel Dias |

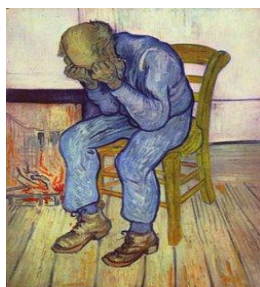
| | | | | |
|-----------|---|---------------------------|--------|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Causas da Depressão; - Tratamento da Depressão; -Características Principais da Depressão; | Expositiva Interactiva | 15 min | Enf.º Manuel Dias |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Episódio Depressivo Ligeiro; -Episódio Depressivo Moderado; -Episódio Depressivo Grave; | Expositiva | 15 min | Enf.º Manuel Dias |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Resumo das Características da Depressão; -Papel das Ajudantes ao intervir junto de pessoas com Depressão | Expositiva Interactiva | 15 min | Enf.º Manuel Dias |
| | | | | |
| Avaliação | Questionário | | 5 min | Enf.º Manuel Dias |

Depressão



Realizado por:
Enfº Discente: Manuel Dias
Enfº Orientadora: Olga Carmona

Junho de 2010



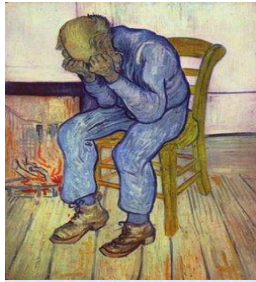
Depressão

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Quem sou

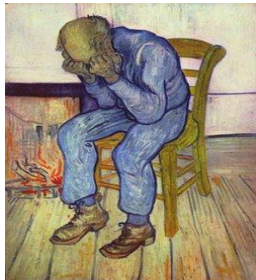
Objectivo

Partilha de Conhecimentos/Experiências



Porquê a **Depressão**?

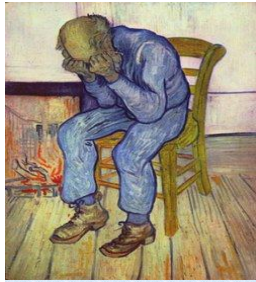
- Grande Interesse por esta área/aprofundar conhecimentos;
- Principal Causa Médica de Incapacidades;
- Afecta 20% da população Portuguesa;
- Pode levar ao Suicídio;



Perturbações do Humor – quadros caracterizados por alterações anormais no estado emocional, em especial nos sintomas associados ao humor, como tristeza e euforia.

Depressão – caracterizada por persistente estado de ânimo baixo, tristeza ou perda generalizada de interesse ou prazer, acompanhados por uma serie de sintomas, como perturbações do sono, do apetite, do peso ou da actividade psicomotora.

Mania – caracterizada por energia aumentada, excesso de actividade, desinibição, distração, necessidade reduzida de comer e de dormir, aumento do interesse sexual e extravagância financeira.



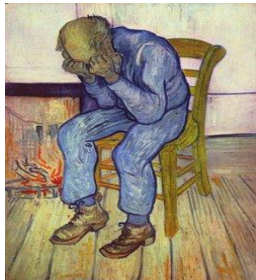
Depressão

Factores de Risco

Idade: Pode ocorrer em qualquer idade, mas tende a tornar-se mais frequente com o avançar da mesma. É o distúrbio psiquiátrico mais comum nos idosos;

Raça: Não interfere com o diagnóstico das perturbações do humor;

Sexo: A doença depressiva é diagnosticada duas vezes mais nas mulheres;

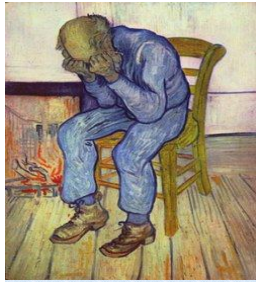


Estado Civil:

Homens – os índices de depressão são mais baixos para os casados do que para os solteiros, viúvos ou divorciados;

Mulheres – o efeito protector do casamento é menos marcante. Mulheres solteiras têm baixos índices de depressão.

Classe social e ocupação: os inquéritos realizados na comunidade encontram taxas mais elevadas de depressão entre os grupos socioeconómicos mais baixos.



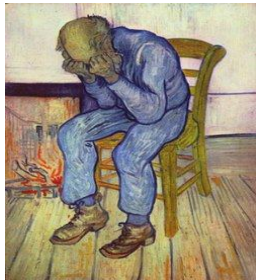
Depressão

Causas:

► Não se conhece a causa das Perturbações do Humor

► Factores Predisponentes:

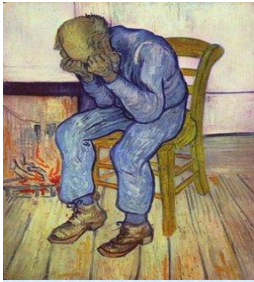
- Biológicos
- Genéticos
- Psicossociais



Depressão

Tratamento:

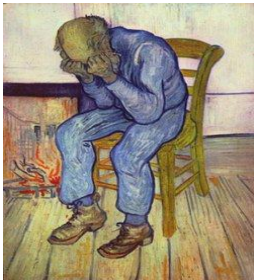
- Fármacos
- Electroconvulsivoterapia
- Métodos Psicológicos



Depressão

Características Principais

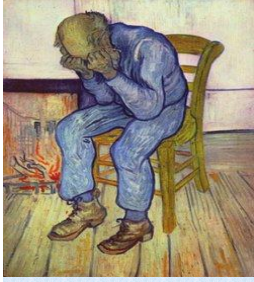
- **Depressão do Humor (tristeza);**
- **Pensamento pessimista;**
- **Anedonia;**
- **Energia reduzida;**
- **Lentificação psicomotora;**
- **Diminuição da concentração;**
- **Baixa auto-estima.**



Depressão

Quanto à Gravidade:

- 1 - Episódio Depressivo Ligeiro;**
- 2 - Episódio Depressivo Moderado;**
- 3 - Episódio Depressivo Grave.**

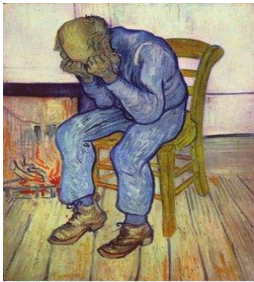


Depressão

1 - Episódio Depressivo Ligeiro

Características:

- Depressão do humor (se houver variação é com agravamento nocturno);
- Astenia;
- Anedonia;
- Alteração do padrão do sono (geralmente a insónia é inicial ou intermédia);
- Pode ser acompanhado por ansiedade.

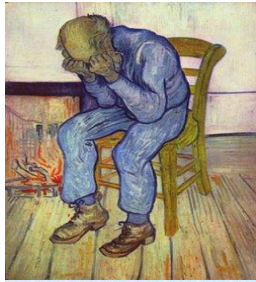


Depressão

2 - Episódio Depressivo Moderado

Características:

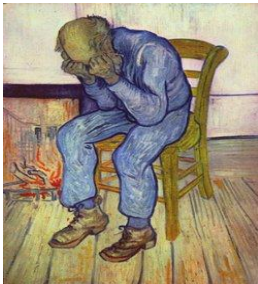
- Depressão do humor (com agravamento matinal);
- Ansiedade e irritabilidade frequentes;
- Astenia;
- Anedonia;
- Isolamento social;
- Lentificação psicomotora;
- Aspecto pouco cuidado;



Depressão

- Fácies triste;
- Pode ocorrer agitação psicomotora;
- Atenção e concentração diminuídas;
- Podem ocorrer queixas físicas (obstipação, dores, desconforto);

- Pensamento depressivo (culpabilidade, desesperança, morte, hipocondria).
- Alteração do padrão do sono (insónia terminal);
- Perda do apetite;
- Perda de peso;
- Perda de libido;
- Amenorreia.

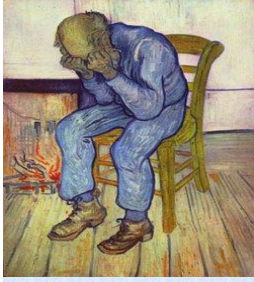


Depressão

3 - Episódio Depressivo Grave

Características:

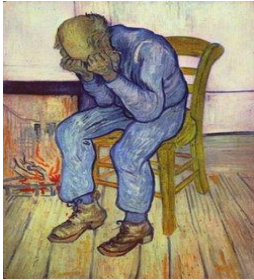
- Iguais às do episódio moderado, mas com maior gravidade;
- Podem existir ideias delirantes (ruína, culpa, hipocondríacas, persecutórias);
- Podem também ocorrer alterações da percepção (Alucinações Auditivas e/ou Visuais).



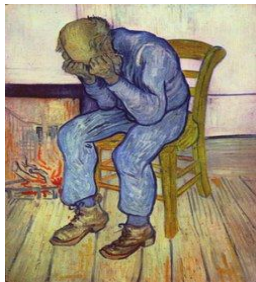
Depressão

Resumo das Características:

- **Expressão de incapacidade em fazer as coisas e em ultrapassar as dificuldades**
- **Ideias pessimistas**
- **Perda de interesse por tudo**
- **Falta de apetite**
- **Fadiga**
- **Fácies triste**
- **Ideias de Culpa**
- **Lentificação psicomotora**



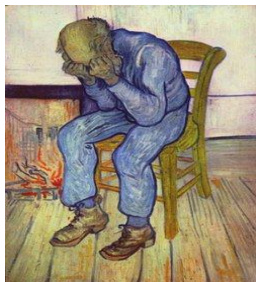
- **Dependência excessiva**
- **Desinteresse pela higiene pessoal**
- **Sentimentos de desesperança**
- **Sentimentos de inutilidade**
- **Insónia**
- **Isolamento**
- **Ideias suicidas**



Intervenções

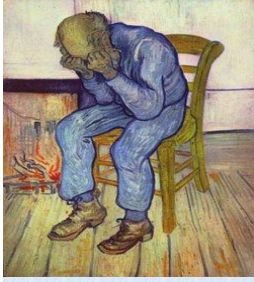
- ◆ Sempre que oportuno, dar-lhe reforços positivos
- ◆ Proporcionar um ambiente calmo e seguro
- ◆ Respeitar o seu silêncio

- ◆ Dar-lhe a saber que estamos disponíveis para os ouvir
- ◆ Mostrar calma e um comportamento caloroso
- ◆ Conversar com os utentes, focando assuntos da actualidade que eles não sintam como ameaçadores
- ◆ Evitar as falsas garantias e os encorajamentos fáceis
- ◆ Encaminhamento



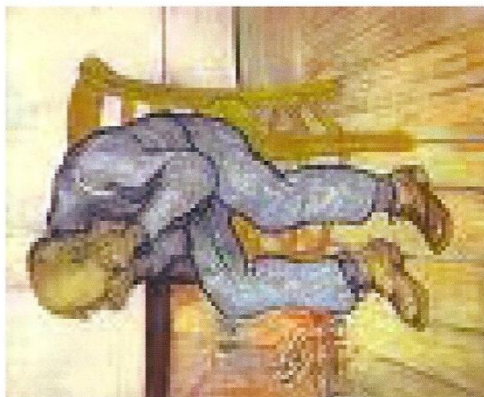
Bibliografia:

- ◆ BARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – Bases da Psiquiatria Moderna. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1997. ISBN 972-97250-3-9;
- ◆ BLAZER, Dan – Depressão em Idosos. 3ª ed. São Paulo: Andrei Editora, 2003. ISBN 978-85-7476-293-7;
- ◆ CABALLO, Vicente E. – Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais. 2ª reimpressão. São Paulo: Santos Editora, 2008. ISBN 978-85-7288-447-1;
- ◆ FERNANDES, Purificação – A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto, 2000. ISBN 972-8535-61-9;
- ◆ FONSECA, A. F. – Psiquiatria e Psicopatologia. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. ISBN 972-31-0757-0;
- ◆ KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack A. – Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. ISBN 85-7307-211-3;
- ◆ ROACH, Sally – Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. ISBN 85-277-0860-4;



Obrigado...

DEPRESSÃO



Agrupamento de Centros de Saúde
de
Oeiras Oriental



Unidade de Cuidados na Comunidade
Cuidar +



REALIZADO POR:

Enf.º Discente: Manuel Dias
Enf.ª Orientadora: Olga Carmona



A Depressão é...

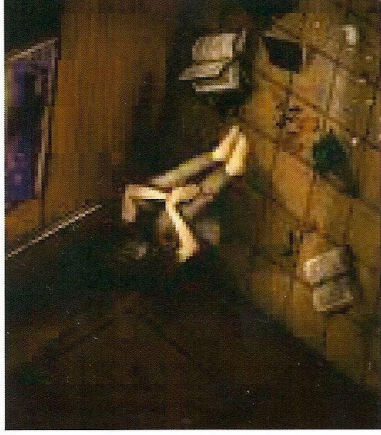
Viver na solidão...

Caminhar no escuro...

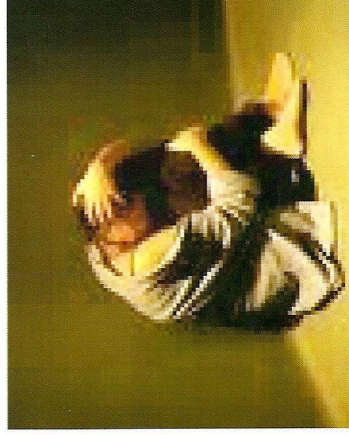
Encontrar a Luz da Esperança...

Características da Depressão

- ⇒ Ideias pessimistas;
- ⇒ Perda de interesse por tudo;
- ⇒ Falta de apetite;
- ⇒ Fadiga;
- ⇒ Fácies triste;
- ⇒ Ideias de culpa;
- ⇒ Desinteresse pela higiene;
- ⇒ Desespero;
- ⇒ Insónia;
- ⇒ Isolamento;
- ⇒ Ideias suicidas.



Depressão



Como Ajudar:

- ⇒ Proporcionar um ambiente calmo e seguro;
- ⇒ Respeitar o seu silêncio;
- ⇒ Mostrar calma e um comportamento caloroso;
- ⇒ Evitar as falsas garantias e os encorajamentos fáceis;
- ⇒ Dar reforços positivos, sempre que oportuno;
- ⇒ Mostrar disponibilidade para ouvir;
- ⇒ Encaminhar.

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE
DE
OEIRAS ORIENTAL
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE CUIDAR +



“DEPRESSÃO”

Questionário de Avaliação da Formação

Idade _____ Sexo M F

1-Perda de interesse por tudo, cansaço, fácies triste, poderão ser características de depressão?

- Verdadeiro
 Falso

2-Uma pessoa que não quer tomar banho, que não se preocupa com a roupa que veste e que se isola socialmente pode estar deprimida?

- Verdadeiro
 Falso

3-A alegria é uma característica da depressão?

- Verdadeiro
 Falso

4-Respeitar o silêncio, proporcionar um ambiente calmo e seguro e conversar com os utentes fazem parte das intervenções dos cuidadores?

- Verdadeiro
 Falso

Obrigado pela colaboração!

APOIO – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL



CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE _____ ESTEVE PRESENTE NUMA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “A DEPRESSÃO”, NESTA INSTITUIÇÃO NO DIA 15 DE JUNHO DE 2010, COM A DURAÇÃO DE UMA HORA E TRINTA MINUTOS.

OUTURELA, 15 DE JUNHO DE 2010

A Coordenadora do Departamento de Acção Social

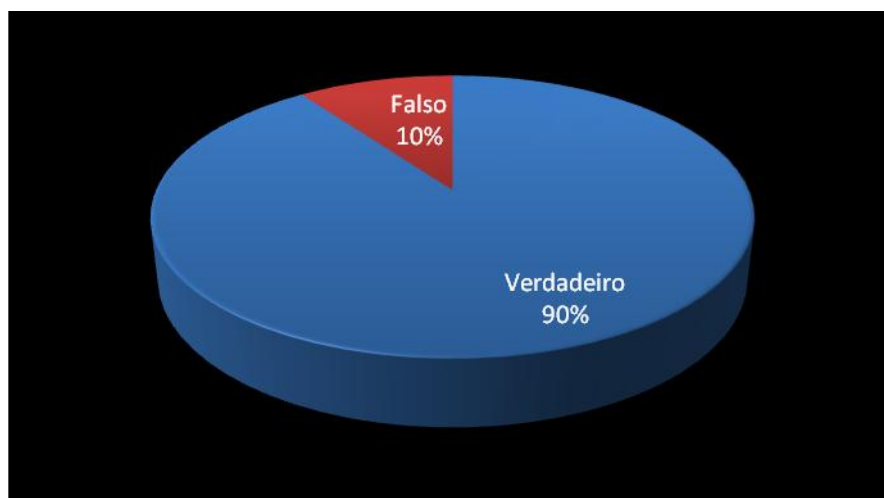
Dra. Dulce Pereira

Sessão de Formação sobre “A Depressão”

Participaram 10 pessoas na formação acerca da depressão.

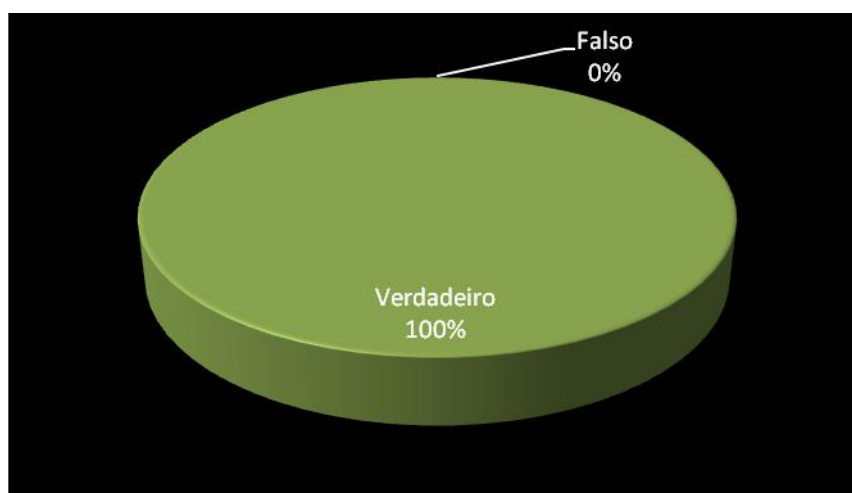
Analisando o Gráfico 1, relativo à pergunta 1, verifica-se que 90% (9) responderam verdadeiro e que 10% (1), respondeu falso. A resposta correcta é a verdadeira.

Gráfico 1



Relativamente ao gráfico 2, constata-se que 100% (10) responderam acertadamente à 2ª questão. A resposta correcta era a verdadeira.

Gráfico 2



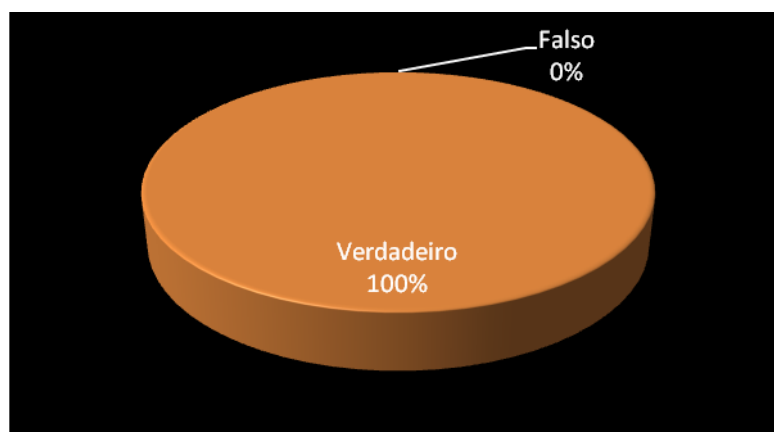
De acordo com o Gráfico 3, relativo à pergunta 3, verifica-se que 90% (9) dos formandos responderam falso e que 10% (1) respondeu verdadeiro. A resposta correcta era a falsa.

Gráfico 3



Relativamente ao Gráfico 4, verifica-se que 100% (10) responderam correctamente à pergunta 4, com a resposta verdadeiro.

Gráfico 4



Em jeito de resumo elaborei o Quadro 1, onde é dada uma panorâmica geral das respostas de cada um dos formandos.

Os questionários foram numerados aleatoriamente, para posterior análise.

Como se pode verificar, das 40 perguntas ou seja 10 questionários com 4 questões cada, foram respondidas acertadamente a 38, o que permite afirmar que globalmente obteve-se, com a formação, um sucesso de 95%. Será ainda de salientar que as duas questões respondidas incorrectamente, foram por pessoas diferentes.

Quadro 1 – Distribuição das **questões** colocadas, segundo as respostas dos **formandos**

| Formandos | Questões | | | | | | | | Total de Respostas Correctas |
|-----------|----------|---|----|---|---|---|----|---|------------------------------|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | |
| | V | F | V | F | V | F | V | F | |
| 1 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 2 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 3 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 4 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 5 | | X | X | | | X | X | | 3 |
| 6 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 7 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 8 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| 9 | X | | X | | X | | X | | 3 |
| 10 | X | | X | | | X | X | | 4 |
| Total | 9 | 1 | 10 | 0 | 1 | 9 | 10 | 0 | 38 |

Legenda:

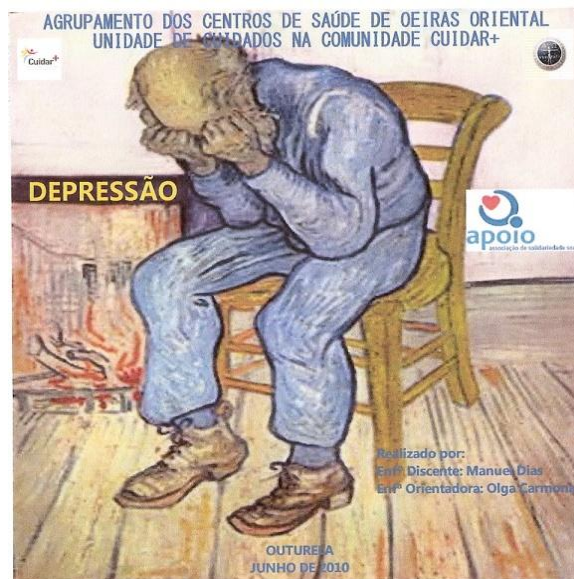
V – Verdadeiro

F – Falso

 - Resposta Correcta

X – Resposta dada a cada questão

De seguida dou a conhecer a capa, do CD que elaborei e ofereci à Sra. Enf.^a Orientadora, com todos os conteúdos da formação, a fim de que futuramente possa ser usado nesta ou noutras instituições.



ANEXO IX - A Depressão e o Trabalho que Pretendemos Desenvolver

A DEPRESSÃO E O TRABALHO A DESENVOLVER

Os transtornos depressivos estão enquadrados dentro das perturbações do humor e representam actualmente um grave problema de saúde mental. De acordo com dados da Enciclopédia Concisa de Psiquiatria "...a doença depressiva é uma doença corrente que se deve situar em quarto lugar na escala das principais causas de estados mórbidos graves, logo após as doenças coronárias, a hipertensão e a bronquite crónica" (citado por FERNANDES, 2000, p.60).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a depressão foi reconhecida como um grave problema de Saúde Pública, ao afectar cerca de 20% da população e com tendência para aumentar.

Pode-se caracterizar, os transtornos depressivos, por uma alteração do humor em que o paciente cai numa tristeza profunda, associada a sentimentos de abandono, perda e baixa da auto-estima. Numa fase inicial a pessoa ainda luta para tentar resolver os seus problemas, aliviando o seu sofrimento, contudo à medida que a situação se vai agravando começa a interiorizar que não irá melhorar e que já não há nada a fazer. A pessoa deprimida sente-se incapaz de resolver os seus problemas, sente que ninguém pode ajudá-la e não se sente em segurança.

Na depressão grave é necessário considerar também aspectos somáticos tais como acordar cedo, variação diurna do humor, anorexia, anedonia, astenia, diminuição do peso, etc. e pode-se chegar a ter aspectos psicóticos tais como delírios e/ou alucinações. Este tipo de depressão, é uma doença que pode ter um desfecho trágico, ou seja, terminar em suicídio (KAPLAN [et al.], 2002, p.500).

Já em 1997, estudos realizados na comunidade apontavam para que cerca de 10% da população reunia os critérios de diagnóstico num determinado momento, e que durante o tempo de vida de um indivíduo, pelo menos 20% tinham um ou mais episódios depressivos (BARRACLOUGH & GILL, 1997, p.43).

KAPLAN [et al.] (2002, p.507) referem que "a depressão é mais comum nos idosos do que na população em geral" e reportando-se a dados estatísticos que correlacionam a depressão e o suicídio, escreveram que "cerca de dois terços dos pacientes deprimidos pensa em se matar e 10 a 15% cometem o suicídio".

Relativamente ao tratamento da doença depressiva, BARRACLOUGH&GILL (1997, p. 51) consideram que “a maior parte dos episódios depressivos que se apresentam na prática clínica, (...), podem ser tratados com êxito com uma combinação de aconselhamento breve e fármacos antidepressivos”. Em caso de situações mais graves, os doentes têm de ser referenciados a Psiquiatras e em situações muito graves poderá ser necessário o internamento hospitalar. Nem sempre estas pessoas têm consciência da gravidade da sua situação, pelo que recusando o internamento, pode ter de ser despoletado o internamento compulsivo de acordo com a Lei de Saúde Mental nº 36/98, de 24 de Julho.

Se atendermos ao prognóstico, KAPLAN [et al.] (2002, p.513) afirmam que a duração das perturbações do humor é longa e os doentes têm tendência para apresentar recaídas.

O primeiro episódio tem frequentemente causas psicossociais, contudo após este ter ocorrido a pessoa fica com maior predisposição para o surgimento de novos episódios, independentemente da etiologia.

Estudos realizados mostram que cerca de 50% dos doentes, apresentam uma considerável sintomatologia depressiva, antes do aparecimento do primeiro episódio depressivo major. Os doentes internados em consequência de um primeiro episódio depressivo major, têm 50% de probabilidade de recuperarem no primeiro ano. Dos que não recuperam muitos vão ficar com uma perturbação distímica. Cerca de 25% vão recair nos 6 meses seguintes, após a data da alta hospitalar, cerca de 30 a 50% nos dois primeiros anos, e 50 a 75% nos 5 anos subsequentes. O número de recaídas é menor nos pacientes que se mantêm a fazer tratamento psicofarmacológico profilático. Por norma, quanto maior for o número das recaídas, menor é o intervalo entre elas e maior é a sua gravidade.

Pelo exposto anteriormente, tendo também em atenção o agravamento dos problemas sociais associados às graves dificuldades económicas que muitas famílias portuguesas têm vindo a atravessar e, ao isolamento a que frequentemente os idosos são sujeitos, considero que como Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e desenvolvendo uma Enfermagem Avançada poderei vir a ter um papel preponderante ao procurar intervir ao nível dos transtornos depressivos nos idosos.

Procurarei identificar idosos com este tipo de problemas, fazer com eles um levantamento das suas necessidades e desenvolver em conjunto estratégias de coping para os ultrapassar ou atenuar, não esquecendo nunca que “o idoso é uma pessoa com VIDA, ainda com muito para oferecer, isto se lhe proporcionarmos um envelhecimento activo, que minimize o desenvolvimento de sintomatologia depressiva” (RENCA, 2008, p.49).

Uma vez referenciados, idosos com este tipo de patologias, procurarei ainda acompanhá-los, ou encaminhá-los para outros técnicos quando as situações ultrapassarem a minha área de competência. Isto contribuirá certamente para o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico e a este respeito TAYLOR (1992, p. 315) considera que “o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com uma pessoa idosa deprimida permitirá que o indivíduo comece a expressar e explorar sentimentos e restabeleça um senso de valor próprio. O indivíduo deve sentir-se seguro e confortável e o ambiente deve transmitir empatia e preocupação”.

ANEXO X - Sessão de Formação sobre “A Demência”

Plano da Sessão

Tema:

"A Demência"

Local e data de apresentação:

17/11/10- Apoio - Associação de Solidariedade Social.

A quem se destina:

Ajudantes de Acção Directa da Apoio -Associação de Solidariedade Social.

Objectivos:

- ★ Melhorar os conhecimentos das Ajudantes sobre a Demência;
- ★ Identificar as Principais Características da Demência;
- ★ Aquisição de Conhecimentos sobre Técnicas de Estimulação.

| | Conteúdos | Metodologias | Tempo | Observações |
|-----------------|---|--------------|--------|----------------------|
| Introdução | -Apresentação; -Tema; | Expositiva | 5 min | Enf.º Manuel Dias |
| Desenvolvimento | -Definir o conceito de Demência; - Causas da | Expositiva | 10 min | Enf.º Manuel Dias |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| | <p>Demência;</p> <p>- Sinais e Sintomas da Demência;</p> | | | |
| | <p>- Principais demências nos idosos;</p> <p>- Comportamento das pessoas com doença de Alzheimer;</p> <p>- Possíveis Perturbações das pessoas com doença de Alzheimer;</p> | <p>Expositiva Interactiva</p> | <p>10 min</p> | <p>Enf.º Manuel Dias</p> |
| | <p>- Actividades de Estimulação;</p> <p>- Condições a respeitar nas actividades de estimulação;</p> <p>-Papel das Ajudantes ao intervir junto de pessoas com Demência</p> | <p>Expositiva Interactiva</p> | <p>20 min</p> | <p>Enf.º Manuel Dias</p> |

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---------------------------|--------|----------------------|
| | | | | |
| | - Filme; - Reflexão. | Expositiva Interactiva | 10 min | Enf.º Manuel Dias |
| | | | | |
| Avaliação | - Questionário | | 5 min | Enf.º Manuel Dias |



DEMÊNCIA

Realizado por:
Enf^o Discente: Manuel Dias
Enf^a Orientadora: Ana Simões

Novembro de 2010

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objectivo da Sessão

Partilha de Conhecimentos/Experiências

Reflexão



Demência

“Conjunto de sintomas caracterizados por uma mudança de personalidade, de humor e de comportamento, assim como pela perda das faculdades intelectuais de reflexão, de memória e de raciocínio suficiente para comprometer a vida cotidiana”

Margot Phaneuf, 2010

Causas de Demência

▶ Demências Primárias (irreversíveis)

- Degenerativas
- Vasculares

▶ Demências Secundárias

- Infecções
- Hidrocefalia de Pressão Normal
- Tumores
- Traumatismos
- Carência de Vit. B₁₂
- Hipotireoidismo
- Associadas ao Álcool
- Pseudodemência
- Outras

Demência

Caracteriza-se por um ou mais dos seguintes sintomas:

- Afasia (distúrbio da linguagem)
- Apraxia (Comprometimento da capacidade de realizar actos intencionais)
- Agnosia (comprometimento da capacidade de reconhecer objectos ou pessoas)
- Dificuldade progressiva de interagir adequadamente num ambiente social ou ocupacional
- Declínio progressivo na memória
- Dificuldade em aprender sobre um assunto novo
- Esquecem o que foi aprendido anteriormente

Demência

Sinais e sintomas (exemplos práticos):

- Perder objectos como chaves, carteira, etc.
- Esquecer de fechar a porta, torneiras
- Esquecer a comida a cozinhar no fogão
- Esquecer o dia do casamento, do aniversário
- Despir-se em público
- Agressividade verbal e/ou física
- Fazer perguntas repetidas
- Pode ser incapaz de encontrar o caminho de casa, de reconhecer os filhos, ou o próprio rosto num espelho

Nos idosos:



Doença de Alzheimer ↔ 50% das demências

Demência Vascular ↔ 20% das demências

Possível **Comportamento** das pessoas que sofrem da Doença de Alzheimer

- ▶ Agitado
- ▶ Agressivo (verbal, físico; auto/heteroagressividade)
- ▶ Perturbador (gritar, sexualmente inadequado, falar continuamente, seguidor, perseverante, roubo, etc.)
- ▶ Fugas
- ▶ Vagueação

Possível Perturbação das pessoas que sofrem da Doença de Alzheimer

- ◆ Perturbação da percepção (ilusões, alucinações, delírios)
- ◆ Perturbação da identidade (deixam de se reconhecer ao espelho, acabam por esquecer tudo até a sua própria identidade,)

Actividades de Estimulação

- ☀ Todas as actividades do quotidiano podem servir para a estimulação
- ☀ Jogos de cartas, de damas, etc.
- ☀ Falar do campo pode ser muito estimulante para qualquer pessoa, especialmente para quem é oriundo da província
- ☀ Falar do tempo, da estação do ano, do mês, do local onde se encontram, etc.

Estimulação

Exercícios que podem acompanhar as actividades do Dia

o Refeições

- Perguntar ao utente o nome dos utensílios e a sua função
- Perguntar o nome dos alimentos, o seu gosto e características (salgado, saboroso, doce, frio, gordo, etc.)
- Perguntar-lhe qual o prato que mais gosta e pedir-lhe para falar acerca dele
- Pedir-lhe para dizer nomes de frutos, de sobremesas, etc.
- Perguntar-lhe o que comeu no dia anterior

Estimulação

Exercícios que podem acompanhar as actividades do Dia

o Banho

- Perguntar o nome dos utensílios para o banho, a sua cor e textura
- Perguntar se a água está quente ou fria e se lhe está a saber bem
- Fazê-lo sentir o gel de banho, perguntar-lhe se o cheiro é agradável, e o que é que lhe faz lembrar
- Perguntar-lhe se gosta mais de banho de banheira ou duche; se já tomou banho numa piscina, na praia; solicitar que fale das suas experiências
- Perguntar-lhe como gosta de se pentear, falar dos cuidados que tem com o cabelo

Estimulação

Exercícios que podem acompanhar as actividades do Dia

o Despir e Vestir

- Perguntar por que sequência se deve despir e vestir, isto à medida que o vai fazendo
- Deixar a utente fazer aquilo que conseguir, completando se for mesmo necessário
- Perguntar-lhe a cor da roupa, a sua textura, se é confortável, etc.

Actividades de Estimulação Condições a Respeitar

- ☺ Expectativas modestas
- ☺ Tirar partido das capacidades restantes (ex. se a pessoa se consegue levantar sozinha, devemos deixa-la fazer essa tarefa)
- ☺ Não se apressar (deixar a pessoa seguir o seu próprio ritmo. Insistir ou apressar pode induzir-lhe grandes níveis de ansiedade)

- ☺ Não fazer censuras, comentários trocistas ou descorteses (devemos antes elogiá-lo por cada esforço ou sucesso)
- ☺ Deixar o doente fazer o que ele pode (evitar substituímo-nos a ele)
- ☺ Preservar a capacidade de decisão da pessoa (Solicitar e encorajar a pessoa a participar em actividades, não lhas impor)
- ☺ Não ser perfeccionista (ex. se a pessoa doente faz mal a cama é preferível, posteriormente sem que o doente o saiba, retoca-la)

- ☺ Seleccionar actividades adaptadas ao estado de evolução da doença (não devem ser muito difíceis de compreender e realizar, mas também não devem ser infantilizantes)
- ☺ Adequar o ambiente (ex. colocar fechos nos armários para impedir o doente de os abrir)
- ☺ Não ficar frustrado pelo comportamento regredido do doente (perceber que à medida que a doença evolui o comportamento da pessoa fica mais desorganizado, diminuem as suas inibições e as capacidades de realizar tarefas, ...)

DEMÊNCIAS

... um envelhecimento...

...perturbado...



para reflectir...

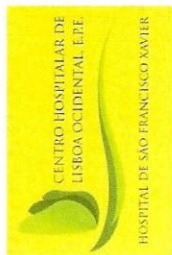
Bibliografia:

- ◆ BARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – Bases da Psiquiatria Moderna. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1997. ISBN 972-97250-3-9
- ◆ FIRMINO, Horácio – Psicogeriatría. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. ISBN 989-20-0314-4
- ◆ PHANEUF, Margot – O envelhecimento perturbado – A Doença de Alzheimer. 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN 978-989-8075-27-7
- ◆ ROACH, Sally – Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. ISBN 85-277-0860-4



OBRIGADO

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Hospital de São Francisco Xavier



Departamento de Psiquiatria e Saúde
Mental

Universidade Católica Portuguesa



Instituto de Ciências da Saúde

REALIZADO POR:

Enf.º Discente: Manuel Dias
Enf.ª Orientadora: Ana Simões



DEMÊNCIA



A Demência é...

Viver na solidão...

Caminhar no escuro...

Um Envelhecimento Perturbado...

Características da Demência

- ⇒ Perda de Objectos;
- ⇒ **E s q u e c i m e n t o** de acontecimentos importantes;
- ⇒ Fazer perguntas repetidas;
- ⇒ **Agressividade verbal e/ou física;**
- ⇒ **Desorientação no tempo, espaço e pessoa;**
- ⇒ **Dificuldade na interacção com o meio envolvente;**
- ⇒ **Declínio progressivo das suas capacidades;**
- ⇒ **Medo;**

Demência

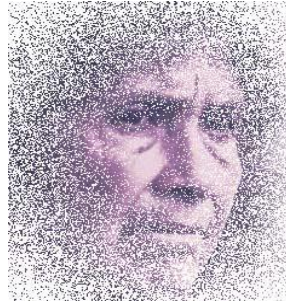


Como Ajudar:

- ⇒ Proporcionar um ambiente calmo e seguro;
- ⇒ Entender as alterações de comportamento;
- ⇒ Mostrar calma e um comportamento caloroso;
- ⇒ Estimular e valorizar as actividades quotidianas ;
- ⇒ Dar reforços positivos, sempre que oportuno;
- ⇒ Respeitar a capacidade de decisão da pessoa;
- ⇒ Encaminhar.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



“DEMÊNCIA”

Questionário de Avaliação da Formação

Idade _____ Sexo M F

1- Perder objectos, esquecer datas importantes e agressividade verbal e física podem ser sintomas de demência.

Verdadeiro

Falso

2- Na doença de Alzheimer as pessoas podem ter comportamentos agitados, agressivos e perturbadores.

Verdadeiro

Falso

3- Nas refeições, no banho e nas actividades de despir e vestir o utente pode ser estimulado.

Verdadeiro

Falso

Obrigado pela colaboração!



CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE _____ ESTEVE PRESENTE NUMA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “A DEMÊNCIA”, NESTA INSTITUIÇÃO NO DIA 17 DE NOVEMBRO DE 2010, COM A DURAÇÃO DE UMA HORA.

OUTURELA, 17 DE NOVEMBRO DE 2010
A Coordenadora do Departamento de Acção Social

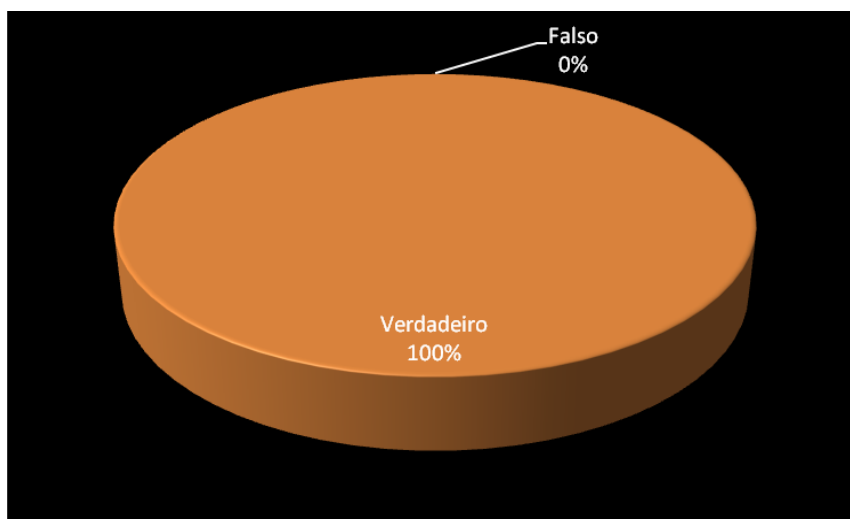
Dra. Dulce Pereira

Sessão de Formação sobre “A Demência”

Participaram 9 pessoas na formação acerca da demência.

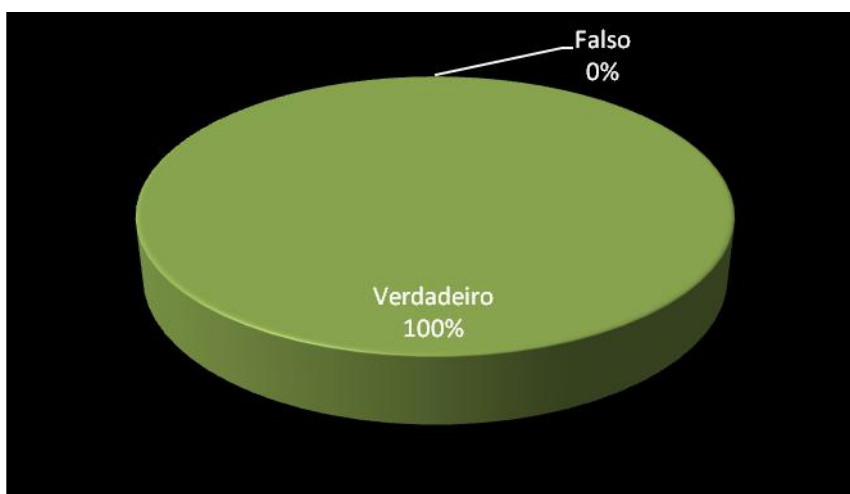
Analisando o Gráfico 1, relativo à pergunta 1, verifica-se que 100% (9) responderam verdadeiro. A resposta correcta é a verdadeira.

Gráfico 1



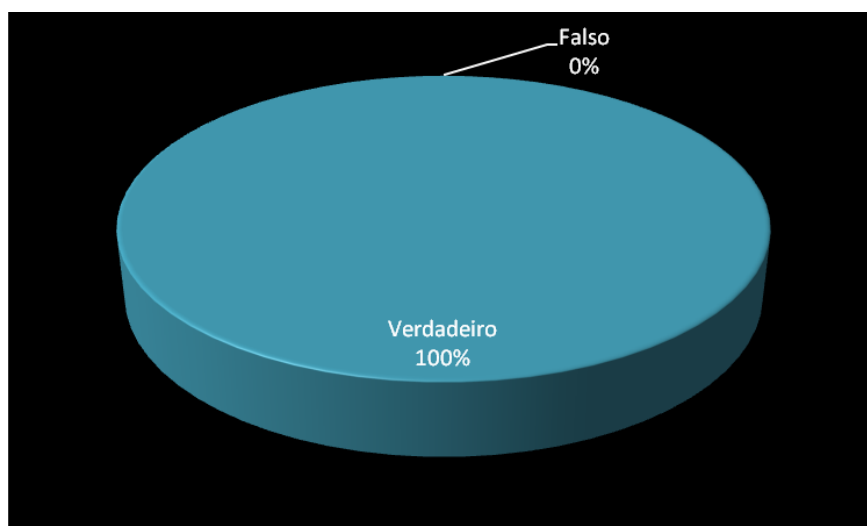
Relativamente ao Gráfico 2, constata-se que 100% (9) responderam acertadamente à 2ª questão. A resposta correcta era a verdadeira.

Gráfico 2



De acordo com o Gráfico 3, relativo à pergunta 3, verifica-se que 100% (9) dos formandos responderam verdadeiro. A resposta correcta era a verdadeiro.

Gráfico 3



Em jeito de resumo elaborei o Quadro 1, onde é dada uma panorâmica geral das respostas de cada um dos formandos.

Os questionários foram numerados aleatoriamente, para posterior análise.

Pode-se verificar que das 27 perguntas, ou seja 9 questionários com 3 questões cada, foram respondidas acertadamente a 27, o que permite afirmar que globalmente obtive, com a formação, um sucesso de 100%.

Quadro 1 – Distribuição das **questões** colocadas, segundo as respostas dos **formandos**

| Formandos | 1 | | 2 | | 3 | | Total de Respostas correctas |
|-----------|---|---|---|---|---|---|------------------------------|
| | V | F | V | F | V | F | |
| 1 | X | | X | | X | | 3 |
| 2 | X | | X | | X | | 3 |
| 3 | X | | X | | X | | 3 |
| 4 | X | | X | | X | | 3 |
| 5 | X | | X | | X | | 3 |
| 6 | X | | X | | X | | 3 |
| 7 | X | | X | | X | | 3 |
| 8 | X | | X | | X | | 3 |
| 9 | X | | X | | X | | 3 |
| Total | 9 | 0 | 9 | 0 | 9 | 0 | 27 |

Legenda:

V – Verdadeiro

F – Falso

 - Resposta Correcta

X – Resposta dada a cada questão

De seguida passo a apresentar a capa, do CD que elaborei e ofereci à Sra. Enf.^a Orientadora, com todos os conteúdos da formação, a fim de que futuramente possa ser usado nesta ou noutras instituições.



ANEXO XI - Pedido de Autorização para Aplicar o Formulário

À Coordenação do
Departamento de Acção Social da
APOIO

Manuel Maria Gameiro Dias, Enfermeiro a realizar um Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e estando a estagiar nesta Instituição, vem solicitar autorização para aplicar um formulário de colheita de dados, já previamente dado a conhecer, a fim de elaborar um processo, para cada utente, com particular interesse para a UCC Cuidar +, e que ficará fisicamente na APOIO.

Solicitamos ainda autorização para efectuar entrevistas de ajuda, a uma amostra de utentes, posteriormente seleccionada.

Sem mais de momento, agradecendo toda a atenção e disponibilidade dispensada, pede deferimento.

Outurela, 12 de Maio de 2010

Autorizado
13 de Maio de 2010

[Handwritten signature]



Atenciosamente

[Handwritten signature]

Manuel Dias

Enf.º

ANEXO XII - Entrevistas Realizadas no Módulo I

ALGUNS DOS DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS MAIS SIGNIFICATIVAS, REALIZADAS NO MÓDULO I

Sr. BJ

1ª Entrevista (06/05/2010):

O Sr. BJ, referiu que ouviu dizer que eu era Enf.º e que necessitava de falar comigo.

Começou por dizer que se sentia muito triste, pois a sua esposa tinha falecido há cerca de 3 anos e agora estava a viver em casa da filha. Diz que não consegue dormir e que nos últimos dias tem pensado em pôr fim há vida, que é uma ideia que não lhe sai da cabeça. Referiu que tem seriamente pensado em como acabar com o seu grande sofrimento.

Tem problemas de artroses, particularmente nos dedos das mãos e os polegares estão deformados. Por isto teve de deixar de conduzir, o que para ele correspondeu a uma grande limitação. Referiu: *“repare nestas mãos...agora tenho de andar de transportes públicos...”* (sic).

Já foi seguido na Reumatologia do HMP, mas por tomar muita medicação tinha problemas gástricos, o que levou ao abandono da terapêutica e das consultas.

Também já foi seguido na Consulta de Psiquiatria do mesmo Hospital, mas também abandonou a consulta por achar que tomava muitos medicamentos e que não o faziam sentir melhor, *“sabe o médico receitava-me tantos medicamentos e eu continuava a sentir-me triste...já não confiava nele...eu ia lá e ele queria era despachar-me nem estava muito interessado em ouvir-me...passava-me as receitas e pronto! Se fosse possível eu gostava de ser seguido no seu hospital...”* (sic).

Verbalizou ainda que depois de ter sido seguido na psiquiatria do HMP, já tinha tido um psiquiatra no privado, mas que também não gostava dele, que não o achava de confiança e que há muito que não ia à consulta, pelo que estava sem medicamentos da psiquiatria. A agravar a situação refere *“tenho tanto azar que nem médico de família tenho atribuído”* (sic).

Intervenção:

Pela verbalização da tentativa de suicídio, por dizer que tem andado a pensar em como o fazer, por ter uma postura sugestiva de estar deprimido, pelo seu discurso ser característico e por verbalizar que gostava de ser seguido na Equipa Comunitária do DPSM do HSFX, foi contactada a Enf.^a da Equipa de Carnaxide. Foi decidido contactar a Assistente Social responsável pela APOIO, no sentido de ser contactada a principal cuidadora do utente a fim de que o mesmo pudesse ser observado e medicado no Serviço de Urgência do HSFX, uma vez que o utente em causa referiu que também já não tinha medicação psiquiátrica, e desta forma seria encaminhado para a Equipa.

No dialogo com o utente, procurei que ele fosse efectivamente ao SU, e que caso as ideias de suicídio ficassem mais acentuadas e antes de tomar qualquer atitude irremediável deveria falar com alguém da sua confiança, como por exemplo a filha ou a responsável pela Apoio que tem o meu número de telemóvel, a fim de que fosse tomada uma decisão mais concreta se necessário, e em equipa.

No dia 7/5/2010, fui informado que o utente não tinha ido ao SU, mas que foi procurar o psiquiatra que o seguia no privado.

Sra. BD

1ª Entrevista (06/05/2010):

Observei que a Sra. BD estava com fâcias triste. Abordei-a e apresentei-me, em conjunto com a Sra. Enf.^a Orientadora.

Perguntei-lhe com quem vivia, tendo começado a chorar, disse que morava com o filho, empregado da construção civil, mas presentemente desempregado. Passava os dias em casa, e não conseguia entender que ela já não tinha as forças de antigamente. As suas pernas também lhe dificultavam a mobilidade, e tudo isso deixava-a muito triste, e incapaz de não chorar quando falava da sua vida.

No final acabou a pedir desculpa, por nos estar a “fazer perder tempo” com os seus problemas.

Intervenção:

Ouvimos a Sra. BD, respeitámos o seu choro e dissemos-lhe que iríamos estar frequentemente no Centro pelo que sempre que quisesse poderia bater à porta e nós, dentro das possibilidades, procuraríamos ajuda-la.

Procurámos ainda, faze-la sentir que ajuda-la era tudo menos perder tempo.

Sra. CI**1ª Entrevista (06/05/2010):**

Em conjunto com a Sra. Enf.^a Orientadora, fomos abordados pela responsável pelo Centro, referindo que havia uma utente que não se alimentava convenientemente, que tinha uma úlcera ao nível do trocanter esquerdo e que tinha um “alto” no ânus.

A Sra. CI tinha muita dificuldade em deambular, o discurso era muito pobre e o tom de voz era baixo.

Intervenção:

Inicialmente, procurámos estabelecer com a utente uma relação de empatia. Depois de nos termos apresentado, verificámos que o “alto” no ânus eram fezes. Assim, explicámos que iríamos ter de efectuar uma pesquisa de fecalomas e dissemos-lhe em que consistia. Esta intervenção foi realizada com efeitos muito positivos. De seguida efectuámos o penso da úlcera do trocanter.

Tentámos estabelecer um diálogo com a utente mas ela mostrava-se muito renitente ao discurso e não ia muito além de respostas por monossílabos.

Dissemos-lhe que estaríamos disponíveis para a ajudar, e que se necessitasse de algo, que estivesse ao nosso alcance, poderia procurar-nos.

Sr. BJ**2ª Entrevista (10/05/2010):**

O Sr. BJ procurou-me para dizer que continua muito triste mas que acabou por procurar o psiquiatra que o seguia no privado. Refere que não acredita que a medicação vá resultar, que o médico até lhe passou menos medicação do que aquela que seria

necessária até a próxima consulta *“repare ele ganha tanto dinheiro, estou lá pouco tempo, passa-me uma receita e nem tem atenção à quantidade de medicamentos que me passa...reparei nisso quando cheguei a casa...não sei se posso confiar nele...”* (sic).

Intervenção:

Escutei o Sr. BJ, permitindo que pudesse expressar os seus receios, que sentisse que não estava sozinho. Procurei desenvolver com ele estratégias de coping, a fim de que caminhasse no sentido de conseguir confiar no seu médico. Perguntei-lhe se é frequente o médico enganar-se na medicação que lhe prescreve? Referiu que não sabe, mas que lhe receita tantos medicamentos... e ele nunca mais se sente melhor. Acabou por verbalizar *“talvez não se tenha enganado nos medicamentos, talvez tenha sido só na quantidade...ele até me passou os mesmos da última vez...já eram tantos e ainda me aumentou mais a quantidade de um deles”* (sic).

Devido à sua dificuldade em aderir à terapêutica, foi-lhe explicada a necessidade de seguir as indicações do médico, até porque tem andado com ideias de pôr termo há vida e que isso provavelmente estará na razão do aumento da dosagem da medicação.

Sra. BD

2ª Entrevista (17/05/2010)

Por motivos de uma ferida, a Sra. BD procurou-me para solicitar a realização de um penso, uma vez que o mesmo tinha caído durante o fim-de-semana.

Solicitou também que lhe avaliasse a glicemia capilar, pois tem tido valores elevados e isso deixa-a particularmente preocupada e sem saber o que fazer.

Intervenções

Após a realização do penso, a utente agradeceu a preocupação demonstrada.

Efectuei-lhe ensinamentos acerca da importância de ter uma alimentação adequada, e qual o tipo de alimentação que deveria fazer.

Sra. DH

1ª Entrevista (20/05/2010)

Fui abordado por uma técnica do Centro de Dia, referindo que a Sra. DH era asmática e que dizia estar com “falta de ar”. À observação estava eupneica, embora muito ansiosa e a referir que necessitava de ir ao hospital. Acabou por fazer duas inalações de ventilan, que a Sra. tem prescrito em SOS e que fez muita questão em administrar.

Durante a entrevista com a Sra. DH, verbalizou que tinha muitos problemas de relacionamento com o filho. Referiu que este também estava com problemas familiares, uma vez que estava em processo de divórcio, tinha 3 filhos e a ex-mulher só os deixava estar com ele um fim-de-semana de 15 em 15 dias. Diz que o filho tem um consultório e que vivia sem qualquer dificuldade económica mas que o número de clientes tem diminuído e quando deixou de ter capacidade para fazer face ao nível de vida que mantinham a sua nora saiu de casa levando com ela os três filhos. Toda esta situação causa-lhe grande tristeza e sofrimento. *“Acabei por ter de vender a minha própria casa para poder ajudar o meu filho no pagamento das suas dívidas, agora não tenho nada... nem casa, nem dinheiro, nem mesmo qualquer reforma. É muito triste olhar para trás, ter vivido sem qualquer dificuldade e agora não ter nada...”* (sic).

Vive na casa do filho, é ele que a sustenta, mas quase não se falam. Ele está frequentemente de mau humor, e mesmo no fim-de-semana em que os netos estão com eles, saem, vão passear mas ela fica sempre em casa, nunca a convidam para nada.

Após a entrevista, a utente ficou mais calma, agradeceu o facto de a ter ouvido e referiu estar muito melhor, da parte respiratória, pelo que já não via qualquer necessidade em ir ao Hospital.

Ao concluir a entrevista disponibilizei-me para a ouvir sempre que necessitasse de falar, ou para qualquer outro tipo de ajuda em que me fosse possível intervir.

Sr. AC

1ª Entrevista (24/05/2010)

O Sr. AC é natural de Cabo Verde, solteiro, tem dois filhos que vivem no estrangeiro e tem como profissão servente de pedreiro.

Vive em Portugal com uma companheira e refere que o seu principal problema é não conseguir trabalhar por ter dificuldades respiratórias.

Não tem reforma embora tenha o processo em curso, despoletado pela Assistente Social do Centro de Dia. Presentemente o atraso da situação prende-se com documentos do SEF que estão em falta.

O Sr. AC é uma pessoa bem-disposta, optimista e que refere gostar de viver.

Sra. AJ

1ª Entrevista (24/05/2010)

A Sra. AJ tem 89 anos de idade e vive com um neto. Quando era mais nova trabalhava na agricultura, e no “tempo da azeitona”, também trabalhava num lagar de azeite. Descreveu-nos, com uma certa emoção espelhada no seu rosto e no tom de voz, como se processava o circuito da azeitona até dar origem ao azeite.

A dada altura acabou por referir que actualmente não tem problemas familiares relevantes, mas no passado já esteve de relações cortadas com a esposa do neto, o que a deixava muito triste por sentir que não era compreendida.

Sr. CC

1ª Entrevista (26/05/2010)

O Sr. CC é invisual mas transmite uma contagiante boa disposição e alegria de viver. É um homem optimista e sempre disposto a ajudar as pessoas mais dependentes.

Refere que gosta muito de estar no Centro de Dia, pelo convívio e pelas actividades desenvolvidas habitualmente pela Animadora Sociocultural.

É diabético e diz que foi por isso que ficou cego. Afirma preocupar-se com o controlo da sua diabetes, daí que embora costume avaliar a glicemia em sua casa pergunta se pode vir ter comigo a fim de confrontar os valores dados pela sua máquina com os da minha.

Intervenção:

Foi incentivado a continuar com a sua atitude positiva em relação à forma como encara a vida.

Sra. DD**1ª Entrevista (26/05/2010)**

Fui chamado à Sala Polivalente porque a Sra. DD estava muito agitada, ansiosa, verbalizando palavras pouco simpáticas para com os outros utentes. Abordei-a e convidei-a a acompanhar-me à Sala onde efectuo as entrevistas. Aceitou e começou por dizer que tem andado muito enervada por causa dos vizinhos que querem que ela se desfaça da sua cadela, uma vez que à noite faz muito barulho incomodando-os.

Ela acha que são eles que são pessoas más e que não gostam de animais. Apercebi-me que a utente tem uma diminuição da acuidade auditiva e confrontei-a com o facto. A Sra. confirmou que realmente não ouve muito bem.

Disse também que a cadela é a sua única companhia, gosta de a levar a passear todos os dias e que está há muitos anos em sua casa. Acabou por referir que se tiver de ficar sem ela, não sabe o que será de si.

Intervenção:

Foram desenvolvidas estratégias de coping, com a utente, para procurar resolver a situação. Conversámos sobre o seu passado e ela verbalizou-me a grande mulher que tinha sido. Fiquei muito satisfeito por ter conseguido que uma pessoa que entra no gabinete a chorar compulsivamente e extremamente irritada com outras pessoas tenha saído com um sorriso nos lábios. Referiu que ia falar com a Assistente Social para que pudessem encontrar uma solução viável para todos.

Acredito ter conseguido estabelecer uma boa relação com esta Sra. Aborda-me frequentemente e com um sorriso nos lábios pergunta como estou e como é que a minha família tem passado.

Sra. DG

1ª Entrevista (27/05/2010)

A Sra. DG é uma pessoa bem-disposta, gosta de contar anedotas e manifesta um enorme desejo em conversar.

Começou por dizer que teve uma vida muito difícil. Para criar cinco filhos teve de trabalhar arduamente como empregada doméstica e nunca teve grande apoio do marido.

Sofreu um grande desgosto, quando: *“numa das noites em que estava a dormir, acordei e apercebi-me que o meu marido se levantou. Como estava a demorar levantei-me e ouvi barulho no quarto da minha filha mais nova...o meu marido estava a abusar da minha filha, tinha ela 13 anos de idade. Nunca lhe perdoei, mas também não o podia deixar, a vida era tão difícil... Nunca desprezei a minha filha por ter estado com o pai, mas ele para mim era um mostro”* (sic). O marido já morreu e a Sra. DG referiu que nunca lhe desejou a morte, porque é algo que não se deseja a ninguém, mas sentiu um alívio quando ele faleceu.

Considera que nunca teve uma vida tão boa como aquela que tem actualmente. Tem comida, não necessita de trabalhar, gosta de realizar as actividades propostas e diverte-se muito no Centro de Dia com os outros utentes.

No final da entrevista, referiu que a única coisa que a deixa entristecida é o facto de os filhos não lhe darem grande apoio.

Sra. CB

1ª Entrevista (27/05/2010)

Esta Sra. é divorciada e vive com o seu filho adoptivo. Tem um filho mais velho, já casado, e tem netos mas não se relacionam. Isso deixa-a muito triste e embora já tenha efectuado algumas tentativas de reaproximação têm-se mostrado infrutíferas.

Sra. CA

1ª Entrevista (27/05/2010)

A Sra. CA, ao longo da entrevista tinha dificuldade em concentrar-se e esquecia-se facilmente da temática que estava a ser abordada. Trocou várias vezes o nome do médico de família e mostrou dificuldade na orientação em termos de tempo e espaço.

Sr. DF

2ª Entrevista (27/05/2010)

Neste dia o Sr. DF abordou-me referindo que necessitava de falar comigo pois andava com valores de glicemia muito alterados e isso estava a deixá-lo extremamente preocupado, ao ponto de andar com dificuldade em dormir.

Na 1ª entrevista, verifiquei que os valores de glicemia estavam elevados, e o Sr. DF referiu-me que era seguido numa Consulta de Diabetes, mas que provavelmente a medicação não estava a ser a mais adequada.

O utente foi aconselhado a procurar o médico que habitualmente o segue na consulta, a fim de lhe expor a situação.

Sr. BJ

5ª Entrevista (31/05/2010)

O Sr. BJ continua numa grande desesperança.

Hoje vai a uma consulta de psiquiatria, no médico privado que o segue habitualmente. Continua a mostrar grande instabilidade e dificuldade em tomar decisões. *“Não sei se faço bem ou mal, vou pagar muito dinheiro e provavelmente o psiquiatra no HMP fazia-me o mesmo e não pagava nada”* (sic). O Sr. BJ, já tinha sido seguido na consulta de psiquiatria do HMP, mas por achar que não lhe faziam nada mudou para um psiquiatra privado.

Considera que tudo na sua vida é mau, até o facto de não ter médico de família *“Sr. Enf.º, está a ver não tenho mesmo sorte nenhuma, nem sequer tenho um médico de família como as outras pessoas”* (sic). Refere que ao longo da sua vida só teve azar e

que acha que tem uma situação de vida pior que os outros. No entanto acaba por reconhecer que tem uma situação geral melhor do que muitas pessoas que frequentam o Centro. Após ser muito estimulado acaba por participar nas actividades do Centro de Dia e faz parte do Grupo de Cantares, tal como o Sr. CC de quem é inseparável.

No final da entrevista, saiu do gabinete aparentemente menos tenso, e a perguntar se na próxima semana poderá vir novamente falar comigo.

Intervenções:

Foi questionado acerca dos motivos que o levaram a abandonar a consulta do HMP, referindo que o médico não lhe fazia nada, nem sequer se preocupava muito com ele, *“sabe como é...médicos na tropa querem é despachar, para irem para os consultórios privados”* (sic).

Em relação ao facto de não ter médico de família, foi confrontado e informado que muitas pessoas não têm e isso era um problema de muitas pessoas. Foi-lhe mesmo dito que no Centro de Dia existia um grande número de pessoas sem M médico de família, ao que o Sr. BJ, adoptando uma postura mais curvada, respondeu em tom de voz baixo e prolongado: *“não sei, não...eu não tenho mesmo sorte nenhuma...”* (sic).

Procurei estabelecer com o utente estratégias de coping, no sentido de que ele conseguisse lidar melhor com a sua desesperança. Para tal, falei das coisas boas que tinha conseguido ao longo da vida e das coisas que ainda faz de um modo autónomo apesar dos seus problemas osteoarticulares que o impedem de conduzir, mas nos transportes públicos vai para onde quer e é perfeitamente autónomo.

Falámos das suas habilitações literárias, do facto de ter tido a possibilidade de estudar, da sua cultura que é relevante e que o próprio reconhece pois refere: *“eu sei que à minha volta há muitas pessoas que não sabem ler nem escrever, que necessitam de muito mais ajudas do que eu, mas eu sinto-me muito triste, desde que a minha mulher morreu comecei a sentir-me perdido, estar em casa dos filhos não é fácil eles têm as suas vidas, têm pouco espaço nas suas casas e eu sei que estou lá a atrapalhar...mas eles tratam-me bem. Já pensei em ir para o IASFA, mas o valor que tenho de pagar é muito elevado”* (sic).

Procurei que o Sr. BJ reflectisse na importância que tem para outros utentes, mais dependentes. Passa muito tempo com o Sr. CC, que é invisível e a quem dá muito apoio, nomeadamente quando este necessita de se deslocar no Centro.

Sr. DC**1ª Entrevista (31/05/2010)**

Esta foi uma entrevista para colheita de dados. A Sra. DC é uma pessoa bem-disposta e satisfeita com a sua vida. Vive com um dos filhos, com quem tem uma relação muito boa, não só com ele mas também com a sua nora e neto.

Durante a entrevista aparenta estar bem globalmente e com uma atitude positiva perante si e perante a vida que tem.

Sra. BG**1ª Entrevista (31/05/2010)**

A Sra. BG considera-se útil, pois vive com o filho, solteiro, pessoa a quem ainda ajuda e a quem considera fazer falta. Refere que desde que o seu marido faleceu, há cerca de 3 anos, a sua alegria de viver diminuiu, estava muito habituada a ele e a passarem o dia juntos. Agora, para não ficar sozinha, frequenta o Centro de Dia, mas muitas vezes tem mais vontade de ficar em casa. Por vezes, sente que no Centro há muita confusão e barulho, e ela gosta particularmente de ficar sossegada, no seu canto. Refere também que não se sente ainda bem integrada, uma vez que só está no Centro há cerca de 15 dias.

Sra. EB**1ª Entrevista (31/05/2010)**

A utente centraliza todos os seus problemas na sua situação de saúde que se prende, na sua opinião, com as suas doenças gastrointestinais. Refere que já está assim há 3 anos, embora já tenha feito medicação para o problema em causa. Referiu que tem prevista consulta no médico de família no mês de Junho.

Sra. CI**3ª Entrevista (31/05/2010)**

Esta Sra. usa um tom de voz muito baixo, ao ponto de ser necessário estar constantemente a clarificar o que quer dizer. O discurso é pobre falando por monossílabos e só após ser muito estimulada. Negativista, acha que nada vale a pena.

Foi possível observar que no dia-a-dia, procura a dependência e em relação às AVD's é necessário ser frequentemente estimulada para as realizar. Foi necessário apoiá-la para a trazer ao gabinete para a entrevista, no entanto após o término da mesma foi para a sala polivalente sem qualquer ajuda.

Durante a entrevista esteve pouco colaborante e raramente me olhou nos olhos.

Sra. ED**1ª Entrevista (31/05/2010)**

A Sra. ED era empregada de comércio e trabalhava numa sapataria. Verbaliza que a sua principal dificuldade se prende com a marcha. Considera que a sua dificuldade na marcha tem a ver com o facto de ter “passado muito” quando era jovem: *“sabe naqueles tempos a vida era muito difícil. O dinheiro era pouco...ganhava-se muito pouco...e eu tinha de percorrer grandes distâncias a pé, para ir trabalhar e para poder poupar algum dinheirito”* (sic).

Sra. DA**1ª Entrevista (01/06/2010)**

A Sra. DA refere ser uma pessoa muito nervosa, mas satisfeita com a sua vida. Deixa-a triste, os conflitos que tem na casa da sua filha mas, durante a entrevista centra os seus principais problemas numa equimose que tem na perna esquerda, resultante de uma pancada.

Sr. BE

1ª Entrevista (01/06/2010)

O Sr. BE é uma pessoa bem-disposta, e refere que o seu principal problema é a solidão que sente quando não vem ao Centro de Dia. Tem uma filha que tem a sua vida e não lhe pode dar o apoio e atenção que ele gostaria de ter, pelo que se sente muitas vezes desamparado.

Sr. CG

1ª Entrevista (01/06/2010)

O Sr. CG refere ter sido seguido na consulta de psiquiatria do Dr. JC, mas teve alta e agora sente-se bem. Refere desconhecer o motivo pelo qual era seguido na psiquiatria, mas diz que toma haldol. Ao tentar aprofundar a questão acabou por dizer que haviam pessoas que lhe queriam fazer mal, *“dizem que tenho a mania da perseguição”* (sic), mas não especifica quem é que diz isso, ficando calado.

É uma pessoa que dificilmente interage com os outros utentes, e mesmo com os técnicos somente se necessita de algo ou se for muito estimulado.

Sra. CE

1ª Entrevista (01/06/2010)

A Sra. CE é uma pessoa de 76 anos de idade, que vive sozinha e perfeitamente independente. Considera que o seu principal problema é o facto de estar muito esquecida. Verbaliza ainda que: *“gostava de ter uma reforma maiorzita, a vida está muito cara e é muito difícil faze-la chegar até ao final do mês”* (sic).

Sra. CD

1ª Entrevista (02/06/2010)

A Sra. CD tem uma grande diminuição da acuidade auditiva, pelo que a entrevista foi demorada e de difícil realização. Foi questionada acerca do motivo pelo qual não tem aparelho auditivo, tendo respondido que não quer aparelho, nem quer ser operada.

Sra. CF

1ª Entrevista (02/06/2010)

A Sra. CF refere que está muito esquecida.

Disse várias vezes que vive com o marido, contudo efectivamente é viúva e tinha um filho que também faleceu. Cerca das 10:30 horas entrou no gabinete com um cesto, referindo que são as coisas para ir embora, para sua casa, uma vez que tem o marido à espera. Embora a Sra. CF, já me tivesse visto no Centro de Dia e já tivéssemos falado previamente disse: *“tenho a impressão que já o vi, mas não me lembro de onde”* (sic). Voltei-me a apresentar e a expor os motivos da entrevista. Perguntei-lhe se podia falar um pouco com ela e fazer-lhe algumas perguntas? A Sra. aderiu mas repetiu que não tinha muito tempo, porque tinha o marido à sua espera. Note-se que a Sra. CF, almoça no Centro e só vai para casa pelas 17 horas nos transportes da APOIO.

De um modo geral, apresenta-se desorientada no tempo e no espaço. Quando terminou a entrevista perguntei-lhe se sabia quem eu era, tendo respondido: *“não me lembro muito bem”* (sic).

Sra. AG

1ª Entrevista (02/06/2010)

Pessoa muito bem-disposta ao entrar no gabinete. Sorridente, cordial, fâcies aberto e expressivo. Refere que o seu grande problema é a dificuldade em ver devido à diminuição do campo de visão, causada pela retinose pigmentar. Diz que tem um marido que a trata muito bem e é muito preocupado com ela, e isso deixa-a muito feliz.

Costuma ter os filhos em sua casa ao fim-de-semana e fazem habitualmente uns churrascos.

Mas, passado um período de silêncio...começou a chorar e a dizer que teve uma vida muito difícil. Teve um marido que a abandonou e ela, sentiu-se totalmente perdida. Nunca tinha trabalhado fora de casa e não sabia fazer mais nada a não ser a vida doméstica. Veio para Lisboa e começou a trabalhar como empregada de limpezas...mas passou por um período de uma grande depressão...passava dias a chorar sem saber como dar a volta à sua vida..., refere que a sua doença oftalmológica foi agravada pelos antidepressivos que teve de tomar. Por ter muita dificuldade em ver acabou por ter de deixar de trabalhar e agora está no Centro de Dia “*a aprender a ser idosa*” (sic). A sua grande ajuda é o marido que quando pode, de manhã deixa-a no Centro e quando vem do trabalho passa por cá e leva-a para casa.

Refere que no dia-a-dia é bem-disposta e que gosta de estar no Centro, pelo convívio, para não passar os dias em casa sozinha e pelo facto de ter aqui alimentação e transportes que a levam e trazem quando o marido não o pode fazer.

Sra. EE

1ª Entrevista (02/06/2010)

A Sra. EE é uma pessoa bem-disposta, com grande força de viver.

Refere que tem uma filha, que foi de uma relação com um namorado. Mais tarde acabou por casar, mas o marido faleceu há cerca de 4 anos. Ele também tinha 3 filhos de uma primeira relação. Verbaliza que veio para o Centro para não se sentir tão sozinha e porque gosta de conviver. Refere que gostava que o Centro estivesse aberto aos fins-de-semana e feriados, pois embora por vezes saia com amigos, de modo geral quando não vem para o Centro passa muito tempo sozinha.

Sr. BJ

6ª Entrevista (09/06/2010)

O Sr. BJ procurou-me referindo que gostava de falar comigo. Convidei-o a entrar no gabinete e puxei-lhe a cadeira para que se pudesse sentar. De seguida mostrei-

me disponível para o ouvir, e o Sr. BJ disse-me que foi à Consulta de Psiquiatria e o médico aumentou-lhe a terapêutica. Atribui a isso, o facto de se sentir mais adormecido e sem forças.

Mostrou-me o resultado de umas análises de sangue que tinha realizado: *“já sei que devem estar muito mal, nem estou há espera de outra coisa”* (sic). Quando lhe disse que efectivamente estavam completamente normais, limitou-se a esboçar um pequeno sorriso e a passar a mão pela cabeça.

Pedi desculpa pelo incómodo, tendo-lhe sido respondido que sempre que estivesse no Centro poderia procurar-me, pois estava disponível para o ajudar naquilo que estivesse ao meu alcance.

Tendo terminado a entrevista, acompanhei-o à Sala Polivalente.

Sra. DB

1ª Entrevista (09/06/2010)

A Sra. DB é uma pessoa bem-disposta, colaborante e com um contacto agradável. Verbalizou que gosta muito de conversar e que se orgulha muito do seu passado. Trabalhou como empregada doméstica na casa de um Juiz e diz que sempre foi muito bem tratada pela respectiva família. Verbalizou: *“o Sr. Juiz já faleceu, mas ainda hoje a sua filha continua muito minha amiga, e vem-me visitar frequentemente, trazendo-me sacos cheios de mercearias”* (sic).

Refere: *“gosto de estar no meu cantinho, ...de me levantar mais tardito, mas também gosto muito de vir para o Centro e de estar com outras pessoas”* (sic).

Sra. DD

2ª Entrevista (09/06/2010)

A Sra. DD andava a passear o seu cão, quando escorregou e caiu. Da queda resultou uma ferida na região supraciliar, sem outras consequências aparentes. A responsável pelo Centro de Dia, perguntou-me se poderia ver a Sra. DD, ao que acedi prontamente. Foi feita a desinfecção e limpeza da ferida, unimos os respectivos bordos com steri-strip e foi realizado o penso.

A Sra. referiu: “*fiquei tão nervosa...até estou toda a tremer*” (sic). Disse que já não era a primeira vez que tropeçava e caía, mas nunca se tinha magoado desta maneira. Estava verborreica e a tremer.

Intervenção:

Foi efectuada uma observação neurológica e realizado o respectivo penso. Procurei acalmar a Sra., deixando-a falar e ouvindo-a. Falámos de diversos assuntos, a utente distraiu-se, tendo ficado mais calma e quando saiu do gabinete já expressava um sorriso nos lábios. Foi confirmado que a utente tinha a vacina do tétano em dia.

Sr. DF

3ª Entrevista (09/06/2010)

O Sr. DF abordou-me referindo que andava muito preocupado com os valores elevados da sua glicemia capilar. Referiu que tinha consulta com a sua médica no dia 17 de Junho.

Intervenção:

Foram-lhe feitos ensinamentos acerca da diabetes, do tipo de alimentação que deveria seguir e da importância do exercício físico. Foi aconselhado a ter um registo regular e actualizado dos valores de glicemia a fim de que a sua médica mais facilmente pudesse ajustar a terapêutica.

Mostrei-me disponível para lhe avaliar a glicemia.

Sra. DJ

1ª Entrevista (09/06/2010)

A Sra. DJ é uma pessoa com diminuição da acuidade visual, situação que considera ser o maior problema da sua vida. Refere que embora não viva com a sua filha, é muito dependente dela e é ela que lhe dá apoio. Diz ainda que também ajuda a filha economicamente.

Triste...refere que ela e a filha têm feitios muito diferentes, razão pela qual têm muitos conflitos. *“Sabe Sr. Enf.º, como a minha filha é muito nervosa, eu tenho de me calar...é ouvir e calar, e eu..., há coisas que também não gosto de ouvir”* (sic).

Verbaliza que gosta de viver, mas a sua vida é pouco interessante. E, embora a filha lhe dê apoio, ela sente-se frequentemente desamparada.

Intervenção:

Mostrei-me disponível para ouvir a Sra. DJ, falámos do seu passado, das dificuldades que conseguiu superar. Acabou por dizer que a vida antigamente era muito mais difícil, que hoje consegue viver sem grandes dificuldades económicas e é até ela que ainda ajuda a sua filha...no final diz que para as pessoas mais novas a vida também não está nada fácil.

Sra. EC

1ª Entrevista (09/06/2010)

Esta Sra. é uma pessoa muito bem-disposta, mostra-se preocupada com a auto-imagem, e diz que considera que foi e é uma mulher feliz.

Refere que é uma mulher divertida que gosta de cantar, dançar e fazer teatro. Disse-nos também que o seu pai era músico, e ela começou a cantar com 10 anos de idade. Mais tarde, começou a cantar fado e a fazer teatro em Sociedades Recreativas.

É uma pessoa muito colaborante e disponível, apresenta um fâcies aberto e de sorriso fácil. Faz parte do grupo de cantares do Centro de Dia.

Sra. BD

4ª Entrevista (11/06/2010)

A Sra. BD procurou-me referindo que estava preocupada com os valores elevados da glicemia, pelo que solicitou que lhe efectuasse uma avaliação. Embora tenha efectuado a respectiva avaliação foi-lhe explicado que o valor não seria muito fiável uma vez que não estava em jejum. Assim, o ideal seria procurar-me um dia em que estivesse em jejum e aí esse valor seria muito mais fidedigno.

No final acabou por verbalizar que ao fim-de-semana por vezes faz um bolito mas depois fica muito preocupada.

Intervenção:

Foram-lhe efectuados ensinamentos acerca da diabetes, da importância de seguir uma alimentação adequada e da necessidade de fazer exercício físico, que por exemplo pode ser andar.

No final da entrevista mostrou-se agradecida pelos ensinamentos efectuados e eu acompanhei-a à Sala Polivalente.

Pelo fôlego e pela expressão, acredito que foi mais calma para as actividades realizadas pela Sra. Animadora Sociocultural. Esteve participativa nos ensaios de canto, para ir com o grupo de cantares, do Centro de Dia, actuar ao DPSM do HSF.

Sr. EG

1ª Entrevista (11/06/2010)

O Sr. EG estava à porta do gabinete à espera que terminasse a entrevista com a Sra. BD para poder falar comigo. Pedi-lhe para esperar mais um pouco enquanto acompanhava a Sra. BD à Sala Polivalente. De seguida, convidei-o a entrar e preparei-lhe uma cadeira para se sentar. Tem grande dificuldade na mobilização.

A fim de evitar a existência de barreiras entre os intervenientes, nunca me sentava a trás da secretária, optando por ficar frente a frente e quando tinha a necessidade de tomar notas fazia-o com a secretária ao lado.

Deparei-me com uma pessoa que demonstrava uma grande vontade de falar acerca do seu passado e das dificuldades que teve de superar. Referiu: *“oh...Sr. Enf.º, a vida naqueles tempos era muito dura! Comecei a ir à escola quando tinha 10 anos, mas não haviam aulas todos os dias, a professora só lá ia de vez em quando...eu levantava-me muito cedo, pelas 3 horas da manhã, para preparar a forja, e quando ia para a escola já tinha várias enxadas feitas”* (sic). Descreveu como é que reparava as enxadas e inclusive através de um desenho explicou o que fazia para as reparar.

Trabalhou também nas minas do Penhascoso, tinha por volta dos 12 anos. Levantava-se muito cedo, pois tinha de percorrer uma distância muito grande para lá chegar e ia a pé. O trabalho era muito duro e muitas das vezes era obrigado a trabalhar

dentro de água. “...*agora a vida é muito mais fácil e...embora tenha uma reforma baixa, se não tivesse de pagar os medicamentos...é que era bom. Gasto todos os meses muito dinheiro em remédios*” (sic).

Intervenções:

Utilizei a escuta activa, procurei proporcionar ao Sr. EG um ambiente calmo e tranquilo para que pudesse falar mais descontraidamente e incentivei-o a falar da sua história de vida.

No final da entrevista agradeci-lhe a sua disponibilidade e fiz questão de o acompanhar à Sala Polivalente.

Sra. EA

2ª Entrevista (11/06/2010)

A Sra. EA refere que está um bocadinho esquecida, no entanto o seu pensamento em relação ao passado está mantido.

Referiu que sente muito a falta do seu marido. É viúva há 17 anos e verbalizou: “*tenho tantas saudades do meu marido, da sua companhia e daquilo que passámos juntos*” (sic), acabou por começar a chorar... “*nunca tivemos filhos...não tenho o meu marido e sinto-me tão só já há 17 anos*” (sic). ...a chorar, refere ainda que só pode contar com uma amiga e com a APOIO.

Sra. EF

1ª Entrevista (11/06/2010)

A Sra. EF é uma pessoa que ao primeiro contacto é bem-disposta, apresenta um fâcies aberto, mas refere que se sente muito esquecida.

A sua memória passada está mantida referindo que é filha de pai incógnito e que a mãe faleceu quando ela tinha 1 ano de idade. Foi criada pelos avós e frequentou a escola tendo feito a 4ª classe. Tem memória de levar pancada da professora que a obrigava a escrever com a mão direita, quando ela é esquerdina. Recorda-se que o marido da professora, que vivia às suas custas e que estava num quarto ao lado da sala

de aulas dizia *“ou tu bates nessa burra que não é capaz de escrever com a mão direita, ou tenho eu de ir ai bater nas duas”* (sic).

Mais tarde começou a viver com uns primos e há cerca de duas semanas o primo faleceu com um tumor na “garganta”, tendo a relação com a prima ficado mais complicada desde então.

Ficam a ver televisão na mesma sala, mas praticamente não dizem nada uma à outra.

Refere que sente a sua vida vazia.

Disse que embora nunca tenha casado, teve um grande amor por um rapaz da sua terra que foi a grande paixão da sua vida. É um ano mais velho, chegou a ser seu namorado mas depois acabou por casar, por interesse, com outra mulher de quem teve filhos. Contudo, refere que lhe telefona habitualmente para saber como é que ela está. Acabou por me dizer que embora tenha tido aquele namorado, e que ele lhe liga e até já se encontrou com ele, nunca fizeram nada, *“sou virgem e assim espero morrer”* (sic).

Sra. BD

5ª Entrevista (15/06/2010)

A Sra. BD espreitou pela porta entreaberta do gabinete. Perguntei-lhe se necessitava de alguma coisa? Acabou por entrar e convidei-a a sentar-se. Começou por referir que por vezes ela e o filho, que vive consigo, se zangam... *“ele não vê que eu já não tenho a força que tinha antigamente, que com a idade já me custa mais fazer as coisas...”* (sic). As lágrimas começaram a escorrer-lhe pela face e verbalizou: *“às vezes sinto-me tão triste...”* (sic).

Acabou por limpar as lágrimas e verbalizar que gosta muito de estar no Centro, de ter companhia e de poder participar nas actividades que lhe são propostas.

Quando saiu do gabinete pediu desculpa por ter incomodado.

Intervenção:

Abordei a sua história de vida, e a sua boa disposição a que habitualmente assisto no Centro de Dia.

No final da entrevista acompanhei-a à Sala Polivalente mostrando a minha disponibilidade para a ouvir sempre que necessitasse.

ANEXO XIII - Apresentação e Análise dos Dados Trabalhados Qualitativamente

ANÁLISE QUALITATIVA SEGUNDO BARDIN

Considerando que seria importante, analisar de forma mais específica a opinião dos 46 inquiridos, quanto à existência de algum aspecto que quisessem referir e que não tivesse sido abordado ao longo da realização do formulário, obtiveram-se respostas abertas que foram analisadas qualitativamente através da análise de conteúdo.

Seguidamente são descritas as respostas obtidas em cada um dos formulários relativas à questão, “Existe algum aspecto que queira referir e que não foi abordado ao longo da realização do formulário?”, tendo-se obtido as seguintes respostas:

“Gostava de ter mais roupa” (Q1)

“Gostava de ter uma reforma” (Q2)

“Gostava de aprender a ler e escrever e gosto de fazer teatro e de recitar poesia” (Q3)

“Gostava de construir molduras e modelos de barcos” (Q8)

“Gostava de fazer renda” (Q9)

“Gostava de conseguir trabalhar” (Q10)

“Gostava de saber ler e escrever e gosto de fazer tarefas domésticas” (Q12)

“Sinto-me desamparado pela minha filha que não vejo há muitos anos, pois vive em São Tomé e Príncipe” (Q17)

“Gosto muito de ler, tocar guitarra e compor música” (Q27)

“Sente-se só e desamparada pelo filho” (Q33)

“Gostava de ter mais apoio dos filhos” (Q36)

“Gostava de ser seguida na Consulta de Psiquiatria. Gosto de ler, escrever e cozinhar” (Q37)

“Gostava de não pagar os medicamentos” (Q46)

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

FORMULÁRIOS

ÁREA 1 – GENERALIDADES

CATEGORIA 1A – Existe algum aspecto que queira referir e que não foi abordado ao longo da realização do formulário

SUB-CATEGORIA

- 1A1 – Roupa
- 1A2 – Reforma
- 1A3 – Ler e Escrever
- 1A4 – Actividades Lúdicas/Domésticas
- 1A5 – Trabalho
- 1A6 – Apoio Filhos
- 1A7 – Consulta de Psiquiatria
- 1A8 – Medicamentos

GRELHAS DE ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA

ÁREA 1 – GENERALIDADES

| | | |
|----------------------|---|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A1 – Roupas |
| Questionário | 1 | Gostava de ter mais roupa |

| | | |
|----------------------|---|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A2 – Reforma |
| Questionário | 2 | Gostava de ter uma reforma |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A3 – Ler e Escrever |
| Questionário | 3 | Gostava de aprender a ler e escrever... |
| | 12 | Gostava de saber ler e escrever... |
| | 27 | Gosto muito de ler... |
| | 37 | ...gosto de ler, escrever... |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A4 – Actividades Lúdicas/Domésticas |
| Questionário | 3 | ...gosto de fazer teatro e de recitar poesia |
| | 8 | Gostava de construir molduras e modelos de barcos |
| | 9 | Gostava de fazer renda |
| | 12 | ...gosto de fazer tarefas domésticas |
| | 27 | ...gosto de tocar guitarra e de compor música |
| | 37 | ...gosto de cozinhar |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A5 – Trabalho |
| Questionário | 10 | Gostava de conseguir trabalhar |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A6 – Apoio Filhos |
| Questionário | 17 | Sinto-me desamparado pela minha filha que não vejo há muitos anos, pois vive em São Tomé e Príncipe |
| | 33 | Sinto-me só e desamparada pelo meu filho |
| | 36 | Gostava de ter mais apoio dos filhos |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A7 – Consulta de Psiquiatria |
| Questionário | 37 | Gostava de ser seguida na Consulta de Psiquiatria |

| | | |
|----------------------|----|---|
| CATEGORIA | | 1A – EXISTE ALGUM ASPECTO QUE QUEIRA REFERIR E QUE NÃO FOI ABORDADO AO LONGO DA REALIZAÇÃO DO FORMULÁRIO |
| Sub-Categoria | | 1A8 – Medicamentos |
| Questionário | 46 | Gostava de não pagar os medicamentos |

**QUADRO-SÍNTESE DA ÁREA TEMÁTICA POR CATEGORIA
E SUB-CATEGORIAS**

| Área Temática | Categoria | Sub-Categorias | Frequência por Sub-Categoria | Frequência das Sub-Categorias por Categoria |
|-------------------------|---|---|-------------------------------------|--|
| 1 -Generalidades | 1A – Existe algum aspecto que queira referir e que não foi abordado ao longo da realização do formulário | 1A1 – Roupas | 1 | |
| | | 1A2 – Reforma | 1 | |
| | | 1A3 – Ler e escrever | 4 | |
| | | 1A4 – Actividades Lúdicas/Domésticas | 6 | |
| | | 1A5 – Trabalho | 1 | |
| | | 1A6 – Apoio Filhos | 3 | |
| | | 1A7 – Consulta de Psiquiatria | 1 | |
| | | 1A8 – Medicamentos | 1 | |
| | | | | 18 |

De acordo com o Quadro acima exposto, verifica-se que a Sub-Categoria mais abordada é a que se reporta a Actividades Lúdicas/Domésticas, com 6 referências.

Constata-se ainda que dos 46 utentes só 18 responderam a esta questão.

ANEXO XIV - Número de Entrevistas Realizadas no Módulo I

Número de Entrevistas Realizadas

1º Módulo

| | |
|-------------------------------|----|
| Primeiras Entrevistas | 46 |
| Entrevistas de Acompanhamento | 22 |
| Total | 68 |

Descriminação das Entrevistas Realizadas por Utente e por Dias

1º Módulo

| Utente | Maio Dias | Junho Dias | Total Entrevistas |
|--------|--------------|---------------|----------------------|
| 1 | 17. | | 1 |
| 2 | 24; 26. | | 2 |
| 3 | 17; 26. | | 2 |
| 4 | 19. | | 1 |
| 5 | 20. | | 1 |
| 6 | | 2. | 1 |
| 7 | 20. | | 1 |
| 8 | 24. | | 1 |
| 9 | 24. | | 1 |
| 10 | 24; 26. | | 2 |
| 11 | 24. | | 1 |
| 12 | 26. | | 1 |
| 13 | 6; 17; 26. | 11; 15. | 5 |
| 14 | | 1. | 1 |
| 15 | 26. | | 1 |

| | | | |
|--------------|--------------------|-----------|-----------|
| 16 | 31. | | 1 |
| 17 | 12; 19; 20. | | 3 |
| 18 | 26. | | 1 |
| 19 | 6; 10; 20; 24; 31. | 9. | 6 |
| 20 | 27. | | 1 |
| 21 | 27. | | 1 |
| 22 | 20; 24; 26. | | 3 |
| 23 | | 2. | 1 |
| 24 | | 1. | 1 |
| 25 | | 2. | 1 |
| 26 | | 1. | 1 |
| 27 | 24. | | 1 |
| 28 | 6; 17; 31. | | 3 |
| 29 | | 1. | 1 |
| 30 | | 1. | 1 |
| 31 | | 9. | 1 |
| 32 | 31. | | 1 |
| 33 | 26. | 9. | 2 |
| 34 | | 9. | 1 |
| 35 | 20; 27. | 9. | 3 |
| 36 | 27. | | 1 |
| 37 | 20. | | 1 |
| 38 | | 15. | 1 |
| 39 | | 9. | 1 |
| 40 | 20. | 11. | 2 |
| 41 | 31. | | 1 |
| 42 | | 9. | 1 |
| 43 | 31. | | 1 |
| 44 | | 2. | 1 |
| 45 | | 11. | 1 |
| 46 | | 11. | 1 |
| Total | 46 | 22 | 68 |

ANEXO XV – Reflexões Semanais do Módulo I

REFLEXÕES SEMANAIS DO MÓDULO I

1ª Semana (19 a 23 Abril 2010)

O início desta semana implicou alguma ansiedade pois, ia-me deparar com uma nova situação e com pessoas que não conhecia. Era necessário integrar-me numa Equipa e não sabia como me iria acolher, bem como numa área geográfica completamente desconhecida.

Acabou por se revelar muito mais fácil do que inicialmente tinha imaginado, e as pessoas receberam-me com a máxima cordialidade, mostrando-se disponíveis, conseguiram fazer-me sentir que estava a chegar mas que já pertencia àquela Equipa. Disponibilizaram-se para que os acompanha-se para deste modo, conhecer mais facilmente o seu trabalho e a própria área geográfica coberta por esta UCC.

Integrei-me sem dificuldades de maior na Equipa da UCC, Cuidar+ do ACES de Oeiras Oriental.

A Sra. Enf.^a Orientadora além de me ter apresentado à Equipa referida anteriormente, apresentou-me também ao Médico Responsável e efectuou comigo uma visita pelo espaço físico onde actualmente está sediada a UCC. Deu-me a conhecer também a forma como a Equipa está organizada e como os utentes podem ter acesso aos seus serviços.

A fim de ficar a conhecer os Projectos em Curso ou em fase de implementação tive a possibilidade de ler o Manual de Candidatura à UCC Cuidar+.

Ainda durante esta semana acompanhei uma Equipa da UCC na visitação domiciliária e colaborei, dentro do possível, na realização das suas diversas actividades.

2ª Semana (26 a 30 Abril 2010)

Durante esta semana, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca do trabalho dos enfermeiros da Unidade e de conhecer melhor a sua área de influência continuei a acompanhar as Equipas de “rua” na visitação domiciliária. Tive a oportunidade de colaborar com os Srs. Enfermeiros na execução de pensos e no apoio psicológico aos utentes abordados. Durante os cuidados domiciliários, quando era apresentado como

enfermeiro a efectuar a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica as pessoas apressavam-se a dizer que os seus problemas não eram de cabeça. Houve um utente que perguntou à enfermeira da Equipa, porque motivo agora também ia um enfermeiro de Saúde Mental pois, apesar de todos os seus problemas ainda não estava “doido”.

Tive a possibilidade de constatar que os colegas além da realização dos diversos tratamentos físicos, tinham a preocupação de falar com as pessoas, de procurar conhecer as suas necessidades, os seus medos e anseios. Ou seja, têm o cuidado de observar a pessoa como um todo, que vai muito além daquele motivo primário que despoletou os serviços da Unidade como por exemplo uma injeção ou um penso, mas há uma preocupação com as condições de vida daquela pessoa e dos seus cuidadores informais, quando existem, e com o estado da própria saúde mental.

É registado o trabalho realizado e efectuada uma colheita de dados a fim de que na Unidade haja um processo tão completo quanto possível daquela pessoa e dos seus cuidadores.

Fui convidado, pelos Enf.ºs da Equipa, a assistir a uma Acção de Formação, apresentada por um deles, abordando a temática das demências, na Associação Apoio localizada no Edifício da Residência Madre Maria Clara na Outurela e dirigida às Ajudantes de Acção Directa.

Ainda nesta semana tive a oportunidade de assistir a um Congresso em Oeiras em que a temática versava os problemas relacionados com a idade. Neste evento participaram dois Enfermeiros da UCC, que abordaram a Intervenção em Cuidados Continuados.

Foi-me dada a possibilidade de assistir a diversas reuniões, efectuadas no sentido de discutir alguns dos casos clínicos seguidos pela Equipa.

3ª Semana (3 a 7 de Maio de 2010)

Nesta semana fui com a Sra. Enf.ª Orientadora ao Centro de Dia da Associação APOIO, que se localiza no Edifício da Residência Madre Maria Clara, na Outurela.

Embora já tivesse estado naquele local e já conhecesse, de vista, algumas pessoas não foi suficiente para impedir que a expectativa de ir começar a trabalhar num

sítio novo, se envolvesse em alguma ansiedade. Era a incerteza motivada pelo desconhecido.

Fui apresentado à Sra. Dra. DP, Assistente Social, responsável pelo Departamento de Acção Social e à Dra. DM, responsável pelo Centro de Dia. Apresentei-lhes, em colaboração com a Sra. Enf.^a Orientadora, de um modo informal os objectivos do Estágio e o modo como estava a perspectivar concretizá-los.

Tive ainda a possibilidade de conhecer outras pessoas que trabalham na Instituição, tais como outra Assistente Social, Ajudantes de Acção Directa, Administrativo, responsável pelo Departamento de Serviços Administrativos e Financeiros, responsável pelo Departamento de Serviços Básicos, Animadora Sociocultural, entre outras pessoas. Foram-me apresentados também alguns utentes.

Fui contactado pela responsável do Centro, porque tinham uma Utente muito lentificada, que se andava a alimentar muito mal, que já não evacuava há vários dias, que tinha um “alto” ao nível do ânus e que por vezes tinham de lhe fazer pesquisa de fecalomas. Acabei, com a colaboração da Sra. Enf.^a Orientadora, por realizar a pesquisa, tendo-se revelado extremamente eficaz.

Fui abordado por um senhor que referiu não ter médico de família e que gostava de saber quais seriam as possibilidades de se envidarem esforços no sentido de lhe ser atribuído um. Após alguns momentos de diálogo acabou por verbalizar que tem andado muito triste com uma desesperança total e que tem andado inclusivamente a pensar acabar com a vida, pois acreditava que para ele não havia qualquer futuro. Após ter verbalizado que já tinha sido seguido na psiquiatria do HMP e posteriormente no privado mas que já não ia lá há muito tempo, que a sua medicação ou já tinha acabado ou estava a acabar e que necessitava de ajuda para “arranjar” outro psiquiatra, foram mobilizados esforços no sentido de o encaminhar rapidamente para cuidados especializados. Foi incentivado a procurar ajuda no SU do HSFX para depois ser, eventualmente, encaminhado para a ESMCC. Com o conhecimento do utente, esta situação foi também transmitida à Sra. Dra. DP no sentido da família ser informada da situação.

4ª Semana (10 a 14 de Maio de 2010)

Foi uma semana que decorreu, sem grandes situações dignas de particular relevo.

Realizei entrevistas, colaborei com a Animadora Sociocultural em algumas actividades, nomeadamente exercícios físicos, a fim de estimular a mobilidade e a interacção entre os Utentes, e em exercícios de partilha de conhecimentos.

No final da semana, já me sentia “quase em casa”. As pessoas já me conheciam e comecei a sentir-me útil naquele local.

5ª Semana (17 a 21 de Maio de 2010)

Foi uma semana em que saí da Associação a reflectir acerca da vida. Nas várias entrevistas que realizei, para colheita de dados, encontrei pessoas que se apresentavam com uma vontade de viver resplandecente, com vontade de viajar, de cantar, de participar em peças de teatro, com uma forma de ver o mundo simplesmente admirável e verbalizavam sentirem-se felizes. Por exemplo, segundo uma delas, está sempre à procura de uma vida activa e ocupada, porque assim nem tem tempo para pensar nas dores: *“sabe Sr. Enfermeiro...também as tenho, mas não deixo que tomem conta da minha vida que é tão bela e quando era nova nunca tive as oportunidades de me divertir como agora...era necessário trabalhar muito e começava-se cedo...quando comecei a trabalhar ainda era uma criança...”* (sic).

A situação relatada no parágrafo anterior contrasta com a de outra pessoa, que embora tenha uma idade semelhante e uma infância idêntica, vê o mundo de uma forma totalmente diferente, sem esperança, sem vontade de fazer nada, de fâcias triste...

Reflectindo sobre as minhas vivências no Centro de Dia, tenho de dizer que fui muito bem recebido por todos os elementos que trabalham na Instituição bem como pelos Utentes. Procurei sempre, como pessoa e como enfermeiro, corresponder às expectativas das pessoas que me rodeavam e acredito ter conseguido estabelecer com elas uma excelente relação.

Era frequentemente chamado a dar a minha opinião, como enfermeiro, acerca de situações que ocorreram a vários utentes.

Surgiu uma situação em que fui contactado porque uma utente não conseguia respirar. Era asmática, e tinha com ela ventilan prescrito em SOS, fez dois puffs como faz habitualmente nestas situações e de seguida verificando que estava perfeitamente eupneica convidei-a a sentar-se e a conversar comigo. Verbalizou toda a tristeza em que vive, na vida com muita qualidade que teve no passado, sem necessidades, sempre teve dinheiro e agora está sem dinheiro, sem casa e com uma relação pouco cordial com o filho. Chorou durante longos momentos...escutei-a. No final da entrevista referiu que se sentia melhor só por ter desabafado e agradeceu-me o facto de ter estado ali com ela, acompanhando-a no seu sofrimento. Disse-lhe que me poderia procurar sempre que quisesse e assim o tem feito por diversas vezes...

6ª Semana (24 a 28 de Maio de 2010)

Nesta semana destaco uma situação que ocorreu na Sala Polivalente do Centro, em que fui chamado a intervir pelas profissionais da Instituição uma vez que tinham uma Utente completamente agitada e não lhe sabiam o que fazer. Abordei a Sra., apresentei-me e convidei-a a conversar um pouco comigo num local mais calmo. Chorosa, agitada, ansiosa, verbalizando palavras pouco simpáticas para outros utentes, foi-me dizendo que tem andado muito enervada por causa dos vizinhos que querem que ela se desfaça da sua cadela porque à noite faz muito barulho incomodando-os. Ela acha que são eles que são pessoas más e que não gostam de animais. Apercebi-me que a Utente tem uma diminuição da acuidade auditiva e confrontei-a com o facto. A Sra. confirmou que realmente não ouve muito bem.

Disse-me também que a cadela é a sua única companhia, que a leva a passear todos os dias, que já a tem há muitos anos e que se fica sem ela não sabe o que será de si. Foram desenvolvidas estratégias de coping, com a utente, para procurar resolver a situação. Abordei o seu passado e ela verbalizou-me a grande mulher que tem sido... Fiquei muito satisfeito por ter conseguido que uma pessoa que entra no Gabinete a chorar compulsivamente e extremamente irritada, com outras pessoas, tenha saído com um sorriso nos lábios a referir que ia falar com a Assistente Social para que se tentasse uma solução viável para todos.

Fiquei com uma boa relação com esta Sra., ao ponto de me procurar frequentemente e somente para saber como é que eu estava...

7ª Semana (31 de Maio a 4 de Junho de 2010)

Fui contactado pelo Sr. que verbalizou a ideação suicida, dizendo-me que gostava de falar comigo caso eu tivesse algum tempo livre. Mostrei-me totalmente disponível e acabei por realizar a colheita de dados, a fim de elaborar o seu processo do Centro de Dia. Disse-me que a vida não lhe corre bem, agora a filha está a pensar levá-lo para um lar de idosos dos militares, e diz que embora tenha boas condições é caro e a sua reforma provavelmente não irá chegar. Ao ser questionado se quer efectivamente ir para o lar, refere que está a dar muito trabalho à sua filha e que poderia ser uma forma de a aliviar. Além de o escutar, de permitir que expressa-se os seus sentimentos, receios e ansiedades procurei desenvolver com ele estratégias de coping, tendo ficado de falar com os filhos a fim de saber se estariam dispostos a ajuda-lo se fosse necessário. Colocou ainda a possibilidade de falar com a Assistente Social no sentido de saber exactamente que valores teria de suportar para ir para o referido lar.

Ao reflectir sobre este Utente sou levado a pensar que é uma pessoa que tem uma reforma razoável, comparativamente à maioria das pessoas que frequentam o Centro de Dia, mas acha que a sua situação económica é caótica.

Sendo militar, também verbalizou que o facto de ter atingido o limite de idade não tendo possibilidade de ascender a uma hierarquia superior, tem sido uma coisa que também o tem martirizado. Estudou e preparou-se para os cursos e depois não pode ingressar neles porque estava demasiado velho. Acaba a dizer que não é pelo posto mas pelo dinheiro que poderia estar a ganhar e que assim não ganha. Terminei a entrevista e o Utente foi para a Sala Polivalente agradecendo a atenção.

Não posso deixar de pensar, na necessidade que estas pessoas têm de ser escutadas. Todavia, é frustrante tomar a consciência de que sou incapaz de desenvolver todo um trabalho que muitas destas pessoas necessitariam.

8ª Semana (7 a 11 de Junho de 2010)

O mesmo Sr., nesta semana procurou-me e pediu se lhe fazia o favor de levantar análises que tinha realizado no laboratório militar. Levantei-lhe as referidas análises, reparei que não tinham alterações e chamei-o ao gabinete para lhe falar sobre as

mesmas. Disse-me de imediato: *“já sei que estão muito mal...”* (sic), quando lhe disse que pelo contrário estavam dentro de valores normais teve uma expressão triste e disse: *“não sei o que se passa, agora as análises nem têm nada...”* (sic).

Aconteceu mais um acidente, uma Utente caiu e magoou-se na cabeça apresentando uma pequena solução de continuidade de tecido. Fui chamado a intervir tendo efectuado um pequeno penso no local da ferida, que rapidamente cicatrizou.

Numa das entrevistas um Utente perguntou-me: *“Quer que lhe conte como foi a minha vida? Não tenho qualquer receio até porque o Sr. é Enfermeiro”* (sic). Então começou a relatar-me como foi a sua infância, a sua adolescência e todo o seu passado. Acabou por dizer que até gosta de falar das suas aventuras passadas mas geralmente, não tem ninguém que o queira ouvir.

Numa outra entrevista, uma Sra. também fez questão de contar a sua história de vida com os seus amores e desamores. Agora, mesmo dizendo que já é idosa, refere que ainda gosta de ouvir a voz do grande amor da sua vida ao telefone. Disse-me que ele casou com outra, por interesse, mas sempre gostaram muito um do outro. Por vezes ele visita-a quando tem algo para fazer em Lisboa. Apesar disso continua “pura”...a chorar diz: *“deveria ter lutado por ele, mas permiti que outra ficasse com ele e deixei passar a minha oportunidade de ter sido feliz ao lado do homem que amei”* (sic).

Perante pessoas que choram diante de mim, que abrem os seus corações e que verbalizam a sua tristeza, por vezes torna-se muito difícil controlar a sensação angustiante de pensar nelas e no pouco que posso fazer.

9ª Semana (14 a 18 de Junho de 2010)

Nesta semana destaco a realização da Acção de Formação dirigida às Ajudantes de Acção Directa, mas que contou também com a presença da Animadora Sociocultural, de uma Assistente Social e da Sra. Enf.^a Orientadora.

Procurei que fosse uma sessão dinâmica, e as pessoas corresponderam aos meus intentos ao serem extremamente interventivas. Deram exemplos de situações que conheciam e que acreditavam que se enquadravam nas características de depressão apresentadas; fizeram perguntas acerca da melhor forma de actuar em determinadas situações específicas; o tema proposto para a Sessão foi mesmo ultrapassado quando perguntaram quais eram algumas das características da esquizofrenia, da doença bipolar

e o que eram delírios e alucinações. Comentámos filmes que retratam doenças mentais e falámos do estigma que continua a assombrar as pessoas que têm doença mental, bem como as respectivas famílias e de como isto leva a que muitas vezes as pessoas se escondam e não peçam ajuda.

Inicialmente esta era para ser uma formação exclusivamente direccionada para a depressão do idoso, mas como nem todas as pessoas acompanhadas pela APOIO são idosas, foi decidido abordar a temática da depressão de um modo mais alargado e durante a apresentação fui especificando o que era mais característico nos idosos.

Elaborei e distribuí, aos presentes, um folheto em que de modo resumido, está impressa a informação que me pareceu ser mais importante reterem.

Assistiram à Sessão 10 pessoas e no final, foi distribuído um Questionário de Avaliação que foi preenchido pelos presentes, tendo sido obtida uma taxa global de respostas correctas de 95%, o que me leva a concluir que consegui fazer passar a mensagem.

Considerando que a Sra. Enf.^a Orientadora pretende dar continuidade ao meu trabalho, após o término deste estágio no âmbito da UCC Cuidar+, pareceu-me útil elaborar um CD que contivesse toda a informação relativa à apresentação da Acção de Formação sobre “A Depressão” a fim de que a mesma, sempre que se vier a revelar necessária, pudesse ser usada em futuras formações.

No fundo do CD estão gravadas as palavras “top secret”. Pareceu-me adequado, pois ainda se fala frequentemente no estigma associado à doença mental, e como foi falado na formação, muitas das pessoas com este tipo de patologias escondem-se...

Para concluir, não poderei deixar de referir que ver a continuidade daquilo que iniciei e impulsionei neste Centro de Dia, seria a minha melhor recompensa pelo esforço que lhe dediquei...

ANEXO XVI - Símbolos, Fotografias e outras Informações Relacionadas
com o Módulo III

SÍMBOLOS, FOTOGRAFIAS E OUTRAS INFORMAÇÕES RELACIONADAS COM O MÓDULO III DO ESTÁGIO

A ESMCC pertence ao DPSM que está integrado no HSFX e desde 2006, juntamente com o HEM e o HSC formaram o CHLO (Cf. ANEXO I), caracterizado pelo logótipo:



A **Equipa Comunitária** está actualmente localizada na:



Nº 55, no Dafundo.

Algumas Imagens do local:





Quando me apresentei à Sra. Enf.^a Orientadora AS para iniciar Estágio, foi-me efectuada uma visita guiada pelas instalações da Equipa. Em relação aos profissionais, que lá trabalham, não houve necessidade de qualquer apresentação em virtude de já os conhecer do DPSM.

Relativamente à estrutura física, a ESMCC dispõe de novas instalações que foram inauguradas no dia 22/11/2010. É composta por um gabinete para a Enf.^a, um para os Psicólogos, dois para os Médicos, um para a Técnica Superior de Serviço Social e um gabinete extra, de apoio, que poderá ser usado por qualquer técnico. Dispõe ainda de uma copa e de duas casas de banho, sendo uma para os utentes e outra para os profissionais.

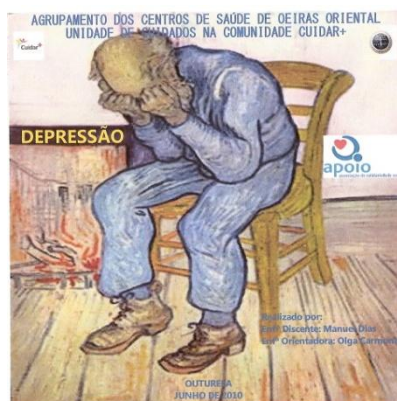
...como Enfermeiro e Estudante da Universidade Católica:



Voltei ao Centro de Dia da APOIO:



Durante a realização do Módulo I já tinha efectuado uma formação sobre “A Depressão” e para que a mesma pudesse ser usada futuramente, toda a informação relativa à mesma foi gravada num CD, a fim de ser oferecido à Sra. Enf.^a Orientadora:



Neste Módulo, efectuei uma formação subordinada ao tema “A Demência” e também procedi à gravação de um CD para oferecer à Sra. Enf.^a Orientadora:



No último dia oficial de estágio, fiz questão de levar um bolo para simbolizar a despedida. Foi partido ao lanche e fui eu que o distribui pessoa a pessoa, por utentes e funcionários:



Durante a realização do Módulo, a fim de contribuir para o ambiente terapêutico, envidei esforços no sentido de conseguir que uma fadista com o respectivo acompanhamento, um músico que toca temas clássicos e um grupo de cavaquinhos fossem ao Centro de Dia da APOIO, proporcionar umas tardes de convívio em ambiente de festa.

Pela relação que tinha previamente estabelecido, quando foram realizados os eventos, foi muito fácil fotografar e fazer pequenos filmes pois as pessoas mostravam-se descontraídas e faziam-me sentir que não estava a invadir a sua privacidade.

Para além do Estágio fui convidado, pelas responsáveis da APOIO, para assistir à Festa de Natal que foi organizada em parceria com a CMO, proprietária das instalações. No final da mesma fui convidado para participar no lanche da APOIO e posteriormente a responsável pela habitação social da Câmara também me convidou para participar num lanche organizado por si, onde sugeriu partilharmos algumas fotografias uma vez que as pessoas presentes na festa não eram somente as do Centro de Dia. Após discussão do caso com a responsável da APOIO e de no final da transmissão do filme, ter perguntado publicamente se algum dos utentes se opunha, o filme também foi oferecido à Sra. Dra. RM. Pelo referido, optei por colocar na capa do DVD também o logótipo da CMO:



Das fotografias e excertos de pequenos filmes, recorrendo ao Windows Moviemaker, realizei um **filme** com uma duração de cerca de 22 minutos para ser apresentado na APOIO. Foi gratificante verificar que os utentes adoraram ver-se na televisão, pelo que gravei um DVD para que pudesse ficar na APOIO. Desse modo poderiam visualiza-lo sempre que desejassem:



Considerando que não foi possível usar muitas das **fotografias** no filme, e que as pessoas gostavam de ter a possibilidade de as visualizar, gravei-as também num DVD para deixar na APOIO:



No decurso da realização do Estágio “...na APOIO foi assim...” *e não só*, permitiu-me “Acrescentar Qualidade aos Anos de Vida”, dos utentes com quem trabalhei.

ANEXO XVII - Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados no
Módulo III e Respectiva Avaliação

Actividades Desenvolvidas para Atingir os Objectivos Delineados ⇨ Justificação

Ao longo do Estágio procurei desenvolver actividades que permitissem concretizar os objectivos específicos, previamente definidos, e conseqüentemente o geral.

a) Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora numa visita à estrutura física da Unidade de Saúde, mais especificamente à ESMCC, sediada no Dafundo, e ouvi as suas explicações acerca da estrutura funcional e organizacional ⇨ Ponto 4.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

b) As dúvidas foram discutidas e esclarecidas pela Sra. Enf.^a Orientadora ⇨ Ponto 4.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

c) Fui “apresentado” aos membros da Equipa Multidisciplinar, que já conhecia do DPSM e estabeleci com eles um bom relacionamento ⇨ Ponto 4.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

d) Identifiquei o papel e importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Equipa Multidisciplinar ⇨ Pontos 4.1 e 4.3.2 do Relatório; Reflexões Semanais (ANEXO XXXI);

e) Conheci as actividades que a Sra. Enf.^a Orientadora desenvolve no seio da Equipa Multidisciplinar ⇨ Pontos 4.1 e 4.3 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

f) Acompanhei a Sra. Enf.^a Orientadora ao Centro de Dia da Associação APOIO, na Outurela, e mostrei-lhe a sua estrutura física ⇨ Ponto 4.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

g) Apresentei alguns dos profissionais que trabalham na APOIO à Sra. Enf.^a Orientadora ⇨ Ponto 4.1 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

h) Realizei pesquisa bibliográfica sobre intervenções terapêuticas, entrevistas e grupos de ajuda ⇨ Ponto 4.2 do Relatório; Reflexões Semanais (cf. ANEXO XXXI);

i) Certifiquei-me que todos os idosos sinalizados com depressão grave ficavam a ser seguidos por médicos ⇨ Ponto 4.2.1.1 do Relatório; Listagem de Utentes com Depressão Grave e sua Situação (cf. ANEXO XVIII);

j) Realizei entrevistas às pessoas identificadas, com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, e desenvolvi com elas estratégias de coping ⇨ Ponto 4.2.1.2 do Relatório; Dados mais Relevantes das Entrevistas (cf. ANEXOS XXIII a XXVIII);

Avaliação

- a) Realiza reflexões críticas;
- b) Identifica sinais de depressão nas pessoas idosas sinalizadas e realiza intervenções terapêuticas com vista a diminuir ou eliminá-las;
- c) Avalia o impacto do transtorno depressivo na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa sinalizada, com ênfase na funcionalidade e autonomia;
- d) Respeita a liberdade de escolha e decisão das pessoas sinalizadas;
- e) Utiliza intervenções de enfermagem para a promoção da saúde mental das pessoas idosas deprimidas;
- f) Regista as intervenções realizadas;
- g) Aplica a GDS (cf. ANEXO XXXIV) no final do estágio, a fim de perceber qual foi a evolução dos utentes identificados;
- h) Certifica-se que os casos de depressão grave, estão encaminhados para ajuda médica;
- i) Promove a articulação com outros técnicos da Equipa Multidisciplinar e/ou com outras estruturas assistenciais;

ANEXO XVIII - Listagem de Utentes com Depressão Grave e sua Situação

**Listagem de Utentes com Depressão Grave
segundo aplicação da GDS I e sua Situação**

| Utente | Pontuação GDS Módulo I | Situação |
|---------------|---------------------------------------|---|
| AB | 22 | Psiquiatra DPSM |
| AH | 21 | Psiquiatra DPSM |
| BG | 22 | Médico Família em articulação com filha |
| BI | 22 | Psiquiatra DPSM |
| BJ | 28 | Psiquiatra privado |
| CI | 28 | Psiquiatra DPSM |
| DH | 25 | Psiquiatra DPSM |
| EB | 21 | Psiquiatra privado |

ANEXO XIX - Entrevistas Realizadas a Utentes com Depressões Graves

ALGUNS DOS DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS MAIS SIGNIFICATIVAS, REALIZADAS NO MÓDULO III, A UTENTES COM DEPRESSÕES GRAVES

Sra. AB

1ª Entrevista (08/10/2010)

A Sra. AB, de acordo com a aplicação da GDS tem uma Depressão Grave e pela aplicação do MMSE não tem defeito cognitivo. Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico que é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

A Sra. AB é muito sociável, colaborante e prestável, mas está constantemente a dizer que a sua cabeça está bloqueada. Quando lhe é perguntado algo, apressa-se a dizer que não sabe, mas após ser estimulada acaba muitas das vezes por responder correctamente. Em relação à cabeça bloqueada, diz que já é um problema de família pois a sua mãe também tinha o mesmo problema mas ao contrário de si, costumava ser agressiva.

Refere que uma vez ia na rua e vieram direito a si sem razão aparente e lhe deram uma chapada e a seguir disseram “*lá vai a maluquinha*” (sic).

Durante a entrevista verbalizou que só uma vez é que se perdeu e teve de pedir ajuda para voltar para casa, mas embora tenha a “cabeça bloqueada”, não costuma ter grandes problemas em orientar-se, pois já aqui vive há muitos anos e conhece muito bem esta zona.

Embora tenha quatro filhos, e viva com um neto, queixa-se do pouco apoio que tem da sua família.

Centra os seus principais problemas na “cabeça bloqueada” e no esquecimento.

Intervenções:

Sempre que possível, procurei estimular esta Sra., fazendo-lhe perguntas e dando-lhe pistas para que consiga responder. Por exemplo: “Quem sou eu?”, obtinha imediatamente a resposta: “...ah...ah..., *tenho ideia que já o vi em algum lado, mas não sei...sabe tenho a cabeça muito fraquinha, ...está bloqueada e vazia...*” (sic), então e sabe o que é que eu faço? Resposta: “*já sei é o Sr. Enfermeiro*” (sic).

Relativamente ao episódio que descreveu de ir na rua e lhe terem batido e dito que era maluquinha, tentei apurar se estaria psicótica eventualmente na sequência de uma depressão major, mas não foi possível esclarecer mais aprofundadamente a situação e a Sra. AB referiu que foi um caso isolado.

Questionada se já alguma vez se tinha esquecido do gás ligado, referiu que não.

Situação:

A Sra. AB, está a ser seguida na Consulta de Psiquiatria do DPSM do HSFX e neste mesmo dia teve uma Consulta Médica com a Psiquiatra, consulta essa a que tive oportunidade de assistir. Esta Sra. está medicada e foi incentivada a continuar a terapêutica.

No final da entrevista tive a possibilidade de discutir o caso com a médica.

Esta Sra. tem valores da GDS que correspondem a uma Depressão Grave todavia, tal como definido nos objectivos, está a ser devidamente acompanhada.

Sra. AH

1ª Entrevista (08/10/2010)

Vi a Sra. AH na Sala Polivalente, dirigi-me na sua direcção, cumprimentei-a e perguntei-lhe como se sentia. Respondeu que não tem nada que a alegre.

Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, para efectuar a entrevista num ambiente mais acolhedor e reservado. Lá puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada à nossa frente sem qualquer barreira (secretaria), a separar-nos.

Perguntei-lhe se queria falar acerca do que se estava a passar com ela, e a Sra. AH referiu-me que tem muitas dores e dificuldades de mobilização.

Refere ainda que já não espera nada da sua vida, que a sente vazia, que já não é capaz de fazer nada e que se sente desamparada embora viva na casa dos seus filhos.

Intervenção:

Perguntei-lhe se não consegue ver nada de bom na sua vida? Foi uma pessoa que conseguiu criar 4 filhos, que trabalhou muito... referiu-me que isso era verdade mas agora sente-se só e velha. Incentivei-a a falar da sua história de vida, do seu passado..., referiu-me que gosta muito de falar do passado, mas raramente tem alguém que a ouça.

Levantava-se muito cedo, pelas 4 horas para ir comprar o peixe que vendia ao longo do dia: *“Sr. Enf.º foram tempos muito difíceis, de muito sofrimento, mas tinha saúde para poder trabalhar, era uma mulher rija. Agora venho aqui para o Centro, almoço, lanche, não tenho de trabalhar...em casa dos meus filhos, sou bem tratada...mas mesmo assim sinto-me triste...”* (sic).

Perguntei-lhe se não há nada que goste de fazer e que a anime, referiu-me que gosta de vir para o Centro, que gosta de estar acompanhada e que gosta de cantar.

Pedi-lhe para falar acerca daquilo que é capaz de fazer, como resposta imediata obtive a seguinte palavra: *“nada”* (sic). Solicitei-lhe para pensar connosco: quem é que a ajuda a vestir, a comer, a escolher a roupa que veste diariamente, quem é que a ajuda a tomar banho, quem é que a leva à casa de banho? Respondeu de imediato que isso ainda vai fazendo sozinha. Confrontei-a com o que me tinha dito inicialmente, que não era capaz de fazer nada, e a Sra. AH, respondeu que nunca tinha pensado muito nisso, e que afinal embora achasse pouco ainda aí fazendo algumas coisas.

Embora tenha dito, inicialmente, que se sentia muito desamparada, abordei essa temática e acabou por verbalizar que na realidade tinha apoio dos filhos e da APOIO: *“estou velha e os velhos só pensam nas coisas más, mas depois começamos a ver melhor e afinal ainda há coisas boas na vida”* (sic).

Situação:

A Sra. AH está a ser seguida por uma Médica Psiquiatra do DPSM do HSF, tendo consultas regulares nas instalações do Centro de Dia da APOIO.

Sra. BG

1ª Entrevista (08/10/2010)

A Sra. BG, de acordo com a aplicação da GDS tem uma Depressão Grave e pela aplicação do MMSE não tem defeito cognitivo. Convidei-a a acompanhar-me até ao Gabinete Clínico que é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

A Sra. BG é muito sociável, colaborante e prestável. É alentejana, de Castelo de Vide, tem seis filhos e vive com o mais novo de 32 anos de idade, solteiro, numa habitação da Câmara, na Outurela.

Além do apoio do filho, com quem vive, tem a colaboração de uma das suas filhas na preparação da medicação e nas idas ao médico. Embora tenha uma relação mais estreita com estes dois filhos, refere que toda a sua família se dá bem.

Verbalizou que se começou a sentir muito triste desde que o seu marido faleceu.

Acabou por dizer que o filho que vive com ela, ultimamente “arranjou” uma namorada, mas segundo ela não é nada de sério: “..., *sabe, sempre vivi com ele...ele faz-me muita falta, é um bom filho...trabalhador e sempre disposto a ajudar a mãe*” (sic). Em relação à tristeza que referiu sentir, diz que está mais velha, não tem o marido, mas sente que ainda faz muita falta ao seu filho: “...*só vivemos os dois...*” (sic).

Uma vez que pela aplicação das escalas, já referidas, a Sra. BG tem fortes probabilidades de apresentar uma depressão grave, procurei falar com a sua filha acerca da medicação que a utente estava a tomar e de como estava a ser seguida em consulta médica. Solicitei à utente que falasse com a sua filha no sentido da mesma nos elaborar uma lista com a terapêutica que a Sra. BG estava a tomar, ou caso tivesse disponibilidade gostaria de falar com a sua filha pessoalmente. Elaborei um pequeno documento, onde estava expresso aquilo que era pretendido, e pedi à Sra. BG a amabilidade de o entregar à sua filha.

Não querendo efectuar este contacto, sem dar conhecimento à responsável do Centro, abordei-a expondo-lhe a situação. Disse-me que iria ser ela a envidar esforços para que a lista me fosse facultada. Neste caso, disse à Sra. BG que não seria necessário dizer nada à filha uma vez que isso seria tratado pela Assistente Social e por esse motivo não iria enviar o documento.

Sra. BG

2ª Entrevista (12/10/2010)

Neste dia a filha da Sra. BG, procurou-me no Centro de Dia. Expliquei-lhe a situação, mas a Sra. mostrou-se muito receptiva e disponível para falar comigo. Facultou-me a lista de terapêutica, onde pude verificar que a utente não tomava qualquer antidepressivo, mas estava a tomar um antedemencial. Pela entrevista com a filha concluímos que tinha sido esta a solicitar a prescrição do antedemencial para a Sra. BG. A médica terá prescrito o medicamento após alguma insistência da filha porque esta considerava que a mãe estava a ficar com um comportamento muito estranho e já

tinha trabalhado com pessoas com demências e o seu comportamento era igual, daí que não tinha grandes dúvidas que a sua mãe tinha uma demência.

Foi-me dado a conhecer que a Sra. BG tinha tido uma grande depressão aquando da morte do marido, há cerca de 9 anos. Chegou a ouvir barulhos e a sentir coisas estranhas. Dizia que o marido estava vivo e que estava lá em casa. Na altura não foi medicada pois os familiares não estavam muito despertados para os sinais e sintomas da depressão. Mais tarde acabou por ir ao médico de família e foi medicada com um antidepressivo, melhorando significativamente, deixou de ouvir os barulhos e de dizer coisas estranhas, mas ficou sempre muito triste. Segundo ambas, a Sra. BG, teve sempre uma relação muito boa com o marido. Há cerca de 3 anos, verificaram que a mãe por vezes tinha um discurso incongruente, referindo a filha que: *“o meu pai fazia anos que tinha falecido e eu disse-lhe que ia colocar flores na sua campa, e ela perguntou-me em tom agressivo, quem era o meu pai? Disse-lhe o seu nome e ela disse que esse era o meu irmão, que eu não estava boa...foi aí que vi que algo não estava nada bem com ela”* (sic). Foi aí que procurou a médica de família da sua mãe e lhe disse que se ela não a medicação iria ter com um especialista. Foi medicada com o aricept. A filha refere que já há cerca de 3 anos que a mãe faz esta medicação e tem andado mais ou menos estável. *“...embora por vezes se esqueça das coisas, o discurso tem sido coerente”* (sic).

Como é esta filha que faz a ligação com a médica de família e prepara a medicação da mãe, procurei elucidá-la acerca da necessidade de dar a conhecer à médica que a Sra. BG tem andado triste, o que ela própria verbaliza e que se isola muito no Centro.

Ficou combinado que na próxima consulta, a Sra. BG também iria a fim de ser devidamente avaliada pela sua médica e ser-lhe-ia comunicada a informação hoje discutida, mais especificamente em relação à tristeza que a própria verbaliza.

Intervenção:

Foi contactada a filha da Sra. BG, foi-lhe explicado que em algumas situações de grande tristeza as pessoas podem apresentar sintomatologia que faça parecer que estão num processo demencial e isso não corresponder à verdade.

Expliquei à filha, que seria muito importante que quando fossem ao médico de família, deveriam dizer-lhe que a Sra. BG tem andado triste, que interage muito pouco

com os outros utentes, e com os técnicos fá-lo quando é estimulada ou se necessita de algo.

Situação:

A Sra. BG foi referenciada à médica de família através da sua filha.

Não foi possível apurar se houve alteração da terapêutica ou algum feedback da referida médica uma vez que fui chamado à Assistente Social responsável pelo Centro, após a entrevista com a filha da Sra. BG, onde fui alertado que não deveria convocar os familiares de utentes para qualquer entrevista uma vez que isso daria uma imagem negativa e de pouca organização no Centro. Foi-lhe explicado que não foi enviado qualquer documento a convocar a entrevista com a filha da utente e que ela só veio porque a Sra. BG lhe falou nisso no dia anterior à noite, embora tenha sido elucidada que “não havia qualquer necessidade de vir ou de me facultar o nº de telefone desta filha”.

Considero que a informação transmitida pela filha, foi de elevada importância para entender o estado actual da utente e que só sendo transmitida, como foi, na primeira pessoa poderia ter o significado que acredito ter tido.

Sra. BI

1ª Entrevista (08/10/2010)

A Sra. BI, de acordo com a aplicação da GDS tem uma Depressão Grave e pela aplicação do MMSE também tem defeito cognitivo. Convidei-a a acompanhar-me até ao Gabinete Clínico que é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

O companheiro desta Sra. faleceu em Setembro e embora refira que sente muito a sua falta, está a ultrapassar a situação como pode. Verbaliza mesmo que já se sente um bocadinho melhor do ponto de vista da tristeza.

Centra os seus principais problemas nas queixas articulares e no andar.

Situação

A Sra. BI, está a ser seguida na Consulta de Psiquiatria do DPSM do HSFX e neste mesmo dia teve uma Consulta Médica com a Psiquiatra. Tive a oportunidade de assistir à mesma. Esta Sra. está medicada e foi incentivada a continuar a terapêutica.

No final da entrevista foi possível discutir o caso com a médica.

Tal como definido nos objectivos do Módulo III, esta Sra. tem valores da GDS que correspondem a uma Depressão Grave, contudo está a ser devidamente acompanhada.

Sr. BJ

1ª Entrevista (01/10/2010)

O Sr. BJ abordou-me a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar. Convidei-o a acompanhar-me até à sala onde habitualmente realizo as entrevistas. Por um lado tenho lá o respectivo material que permite realizar a avaliação pretendida pelo utente e por outro é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

É uma pessoa que continua a verbalizar uma grande desesperança, postura inclinada para a frente e curvada. O seu fâcies transmite uma ideia de ser uma pessoa triste.

Foi aplicada a GDS durante o 1º Módulo e obtive um valor de 28, o que corresponde a uma depressão grave. O Sr. BJ referiu que já é seguido, há vários anos, na consulta de psiquiatria. Pelo que me diz, tem um problema de depressão arrastada, pois as consultas começaram, alguns anos antes de ficar viúvo. Referiu que neste momento é seguido por um psiquiatra privado, mas já teve vários ao longo dos últimos anos. A maioria privados, mas por considerar que não lhe faziam nada, que pagava muito dinheiro, que quase não falavam com ele e que só lhe davam grandes quantidades de terapêutica, acabava por trocar de médico. Teve um que pertencia ao HMP, neste ultimo tinha a vantagem de não pagar as consultas, mas acaba por verbalizar, após um período de silêncio: *“...sabe como são os médicos da tropa, ainda estava a sentar-me já estava com a receita na mão...era só medicamentos, medicamentos e não me sentia melhor..., acabei por arranjar um privado. Se calhar fiz mal...não sei...não sei, este também é só medicamentos e não estou melhor...não tenho mesmo sorte nenhuma..., repare se ao*

menos tivesse médico de família, mas tinha de me acontecer a mim, nem médico de família tenho...nem sei o que fazer...” (sic).

No estágio anterior referiu-me que andava a pensar em ir para o IASFA, isto porque considerava ser um “estorvo” para os filhos estando a habitar nas suas casas, contudo a mensalidade que teria de pagar também é demasiado elevada e para tal iria necessitar de algum apoio dos respectivos filhos.

No final da entrevista, acompanhei o Sr. BJ à Sala Polivalente, e fiz questão de lhe expressar disponibilidade para o ouvir e ajudar, dentro das minhas possibilidades, sempre que assim ele o entendesse.

Intervenções:

Até chegarmos há sala onde iria ser realizada a entrevista, fui falando do tempo e perguntei-lhe se tinham ou não ocorrido mudanças durante o meu período de férias.

Já na sala, procurei que a mesma fosse a mais acolhedora possível, janelas com persianas abertas a fim de termos luz natural, e puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentado à minha frente e sem qualquer objecto a separar-nos.

Foi incentivado a falar dos seus problemas, e imediatamente fala da sua desesperança e da sua tristeza: *“isto não está nada bem, nunca mais melhora e nem sei se alguma vez irei melhorar...”(sic)*. Embora esteja a frequentar as consultas de psiquiatria com a regularidade estabelecida, mais uma vez refere que o médico receita-lhe medicamentos, mas que não melhora. Foi questionado se acha que os medicamentos só por si resolvem os seus problemas? Respeitei o seu momento de silêncio, e após uma pausa mais ou menos prolongada diz: *“...não sei, se calhar não..., mas também já não sei que fazer” (sic)*. Perguntei-lhe se poderia fazer algo para o ajudar? Não respondeu, pelo que efectuei a seguinte pergunta: e o Sr. BJ, já pensou o que poderia fazer para se ajudar? Reformulei a questão: o que pensa que seria necessário para melhorar desse seu estado de desânimo e tristeza? Respondeu: *“não sei, mas tenho tomado a medicação e gosto muito de vir falar consigo” (sic)*.

Pedi-lhe para me dizer como tinha começado a tristeza em que vive, inicialmente disse que tinha perdido a sua esposa, e por isso teve necessidade de sair da sua casa; da região onde vivia, há já muitos anos, para vir morar para uma região diferente; para uma casa que não era a sua; para um local onde não conhecia as pessoas. Voltei a questionar, reformulando a pergunta: então está a dizer-me que toda esta tristeza começou com o

falecimento da sua esposa? Referiu: “...*bem eu já andava triste há alguns anos, já tinha dores nas articulações, algumas já estavam a ficar deformadas...*” (sic).

Foram-lhe dados reforços positivos. Falei-lhe da sua autonomia, apesar das suas limitações osteoarticulares, da sua capacidade para ir sozinho às consultas da especialidade, da facilidade com que utiliza os transportes públicos... falei-lhe do facto de ter um papel muito importante junto de alguns utentes muito mais dependentes, em particular do apoio que dá ao Sr. CC, que é invisual e que necessita sempre de alguém para se deslocar no Centro. O Sr. BJ tem uma relação próxima do Sr. CC, sentam-se inclusivamente na mesma mesa dentro da Sala Polivalente, fazem ambos parte do coro do Centro de Dia, e perguntei-lhe o que achava da ajuda que dá diariamente ao Sr. CC e da força e energia contagiante com que encara o dia-a-dia: encolheu os ombros, e acabou por dizer: “*sei bem que há pessoas com muitos problemas, mas eu sinto os meus...*” (sic).

Perguntei-lhe se tinha falado com os seus filhos em relação a uma possível ida para o IASFA? Após um momento de silêncio disse que não, que continua a viver em casa dos filhos, e que no fundo também não sabe o que fazer.

No decurso da entrevista, procurei utilizar a técnica da escuta activa, respeitei os seus momentos de silêncio, utilizei o toque, reformulei questões, procurei que o Sr. BJ reflectisse na sua vida e identificasse situações positivas. Foi ainda reforçada a importância de continuar a ir com a regularidade definida às consultas de psiquiatria e da necessidade de tomar correctamente a terapêutica prescrita.

Situação:

Utente cuja GDS deu uma pontuação compatível com Depressão Grave. Está a ser seguido na consulta de psiquiatria em consultório privado.

Sr. BJ

2ª Entrevista (13/10/2010)

O Sr. BJ abordou-me a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar e para perguntar se poderia falar um pouco comigo. Disse-lhe que estava a atender a filha da Sra. BG e que de seguida falaria com ele. Atendendo a que não estava junto ao Gabinete Clínico, quando terminei a entrevista atrás referida, fui procura-lo à Sala Polivalente e

convidei-o a acompanhar-me. À abordagem inicial, verbalizou em tom agressivo que já não valia a pena, pois já tinha começado a comer.

Apurou-se uma grande dificuldade em aceitar as indicações, e em compreender que não fazia sentido estar a interromper uma entrevista que estava perto de terminar, tendo-lhe sido dito isso mesmo, para o atender a ele de imediato. Nesta sequência afastou-se e verbalizou: *“eu nunca tenho sorte nenhuma, nem para ver os diabetes..., não tenho médico de família...isto comigo é sempre assim”* (sic)

No final do dia já estava com bom contacto, com uma atitude adequada, chegando a esboçar sorrisos. Perguntou-me quando voltaria ao Centro e se nesse dia lhe poderia avaliar a glicemia. Foi definido o dia e foi-lhe verbalizada a minha disponibilidade.

Intervenções:

Mostrei-lhe a minha total disponibilidade para colaborar com ele, contudo foi-lhe dito que por vezes não pode é ser quando queremos, pois é necessário respeitar o período de entrevista das outras pessoas. Acabou por pedir desculpa, e por dizer que às vezes não consegue esperar.

Disponibilizei-me para o ouvir, perguntando-lhe se necessitava de falar em mais alguma coisa que o incomodasse. Disse que no dia de avaliação da glicemia falaria connosco, mas era a sua situação que continuava na mesma, não via em si quaisquer melhoras, tomava a medicação, que era muita mas nunca mais ficava bom, encolhendo os ombros referiu: *“...isto não sei se alguma vez ficará bom...vamos deixando correr os dias...”* (sic).

Procurei que tomasse consciência que a medicação ajuda e que deve ser tomada de acordo com a prescrição médica, contudo o Sr. BJ, também tem de contribuir para as suas melhoras...não pode de modo algum pensar que está tudo contra si, que o mundo está contra si. Até porque tem habitualmente valores de glicemia normais, e em relação ao médico de família, foi questionado se pensa que realmente todas as pessoas têm médico de família com excepção de si, disse que isso não, que sabe que muitas pessoas também não têm, mas ele gostava de ter, para quando fosse necessário alguma coisa. Como tem assistência no Hospital Militar, perguntei-lhe se não considerava que tinha muitas vantagens em relação a outras pessoas, uma vez que facilmente conseguia ter médicos especialistas a seguirem-no? Acabou por admitir que isso era muito bom, mas logo de seguida diz: *“sabe como é isto...médicos da tropa..., já lá fui seguido por*

vários especialistas, mas não me faziam nada...agora só sou seguido na cardiologia, desisti do reumatologista, e em relação ao psiquiatra procurei um a pagar...mas gasto muito dinheiro e é só medicação...às vezes quase não fala comigo...estou a entrar no Gabinete e ainda quase não me sentei já me está a estender a receita...” (sic).

Procurei desenvolver com ele estratégias de coping, e incentivei-o a falar de coisas boas na sua vida.

Referiu que actualmente durante as tardes, para ajudar a filha, fica a tomar conta do neto. Foi questionado se isso não o fazia sentir útil e se não lhe transmitia felicidade? Verbalizou que sim, que gosta muito de ficar com ele e de puder ajudar a filha.

Sabendo que gostava muito de cantar, que tem uma boa voz, que já pertenceu ao coro da Nabantina e que agora pertence ao da APOIO e que até já tem feito actuações no exterior, perguntei-lhe o que pensa disso? “...boa voz...isso era dantes...agora não...mas aqui dizem-me que canto bem e estão sempre a chamar-me para os ensaios...” (sic). Foi confrontado com o facto de o estarem a convidar frequentemente para cantar no Coro e se não considerassem que era uma mais-valia no Grupo se o convidariam? Encolhendo os ombros refere: “se calhar até acham que eu ainda canto bem...mas oh Sr. Manel sou eu que às vezes não tenho disposição! ...mas na realidade gosto muito de música, de ouvir cantar uma pessoa que saiba...então...é claro que isso gosto...até há alguns dias em que gosto de cantar...mas noutros é mesmo um sacrifício, o que é que quer, não tenho disposição...” (sic).

Terminei a entrevista acompanhando-o à Sala Polivalente e tocando-lhe no seu ombro disse-lhe: “a porta está sempre aberta, sempre que necessitar... disponha...” (sic).

Situação:

É uma pessoa que vive numa grande desesperança. Como já foi dito é seguido num psiquiatra privado, e eu sempre que era possível e de uma forma não estruturada, por razões que se prendem com os recursos temporais disponíveis, procurava estimulá-lo a ver coisas boas na sua vida, e a pensar acerca delas. Incentivei-o a relacionar-se com os outros e a apoiar pessoas mais dependentes, nomeadamente um Sr. Invisual que habitualmente se sentava na sua mesa, e a reflectir na importância que isso tinha para os dois.

Agradecia-me sempre o facto de o estar a ouvir, e pedia desculpa pelo incómodo que dava e pelo tempo que fazia perder com as suas coisas. Foi-lhe sempre dito que não

era qualquer incómodo, que gostava muito de o ouvir e de o poder ajudar dentro das minhas possibilidades.

Sr. BJ

3ª Entrevista (19/10/2010)

O Sr. BJ procurou-me, no Gabinete Clínico, e pediu para lhe avaliar a glicemia. Sentou-se e referiu que não se tem sentido muito bem, de seguida perguntou se podia ficar um bocadinho a falar comigo.

Referiu que não sabe o que se passa mas que se sente sempre triste, e não consegue sair desse estado. Após um momento de silêncio disse: *“eh pá! não sei... não sei se alguma vez irei sair desta situação... se alguma vez ficarei bem...”* (sic).

Intervenção:

Num ambiente que procurei que fosse terapêutico, disponibilizei-me para ouvir o Sr. BJ.

Perguntei-lhe se consegue identificar alguns motivos que contribuam para estar triste.

Incentivei-o a tomar a terapêutica e disponibilizei-me para o ouvir sempre que necessitasse de falar.

Sr. BJ

4ª Entrevista (26/10/2010)

O Sr. BJ abordou-me, no Gabinete Clínico, referindo que gostava de falar comigo. Verbalizou problemas com a medicação, pois acha que não é a correcta porque continua sem dormir. No entanto, diz que não pode tomar mais medicação porque isso iria fazer com que andasse a dormir e a cair durante o dia.

Embora não tenha médico de família e esteja constantemente a referir isso como um dos grandes problemas da sua vida, ele já foi seguido na Clínica Médica do HMP, onde tinha um médico atribuído, que acaba por ter grandes semelhanças funcionais às do médico de família e abandonou as consultas porque não gostou do médico.

De seguida falou do problema da artrite reumatóide e da deformação dos seus dedos com todos os problemas que isso trazia à sua vida, nomeadamente ter deixado de conduzir, não conseguir desfazer a barba autonomamente e quem o fazia eram as Ajudantes de Acção Directa da APOIO. Na opinião dele como eram mulheres, e sem grande experiência cortavam-lhe frequentemente a cara o que para ele era mais um motivo para dizer que não tinha mesmo sorte nenhuma na vida. Referiu: *“oh Sr. Manuel...olhe aqui a minha cara...cheia de sangue...elas não têm experiencia nenhuma e isto só me acontece a mim...veja a cara toda cortada...”* (sic). Fez logo um drama terrível, como se tivesse sido o pior que lhe podia acontecer.

No final da entrevista, agradeceu o ânimo, o facto de o ter estado a ouvir e de o ter estado a ajudar a pensar.

Quando me estava a levantar para dar por concluída a entrevista, aparentemente querendo prolonga-la, referiu logo de seguida que também tinha um outro grande problema por não saber o que fazer aos móveis que tinha na sua casa em Tomar.

Intervenção:

Mais uma vez foi reforçada a ideia de que a medicação não faz tudo, é necessário ajudar-se a ele mesmo.

Foi levado a reflectir acerca dos motivos que o fazem mudar frequentemente de médico.

Na realidade tinha uns cortes insignificantes na face e foi-lhe perguntado se quando era ele a desfazer a barba, se por vezes também não se cortava? Foi-lhe ainda dito que, até mesmo quando são os enfermeiros a desfazer a barba num hospital por vezes também cortam a face dos doentes. Esboçou um pequeno sorriso e encolhendo os ombros disse: *“eu...sei cá! se calhar sou eu que estou a exagerar!”* (sic).

Em relação aos móveis foi aconselhado a pensar em estratégias possíveis e viáveis para resolver o que considerava ser um problema. Dentro das alternativas que encontrasse, depois se assim o entendesse, poderia partilha-las comigo e juntos poderíamos pensar sobre o assunto (estratégia de coping).

Sr. BJ

5ª Entrevista (27/10/2010)

O Sr. BJ está numa constante procura de atenção. Vem frequentemente ao Gabinete Clínico ou porque não se sente bem e refere que gostava de ficar a falar um pouco comigo, ou vem com outros utentes solicitar a avaliação da glicemia capilar, do peso, o esclarecimento de dúvidas na área da saúde, etc.

Embora o valor da sua glicemia estivesse normal, refere com uma expressão de tristeza no rosto e encolhendo os ombros: *“não sei...mas se o Sr. Enf.º diz que está bem...”* (sic). De seguida pediu para ser pesado, tendo o valor de 84,5kg, ficou logo muito preocupado porque estava a pesar muito. Mostrei-lhe e comparei este valor com o anterior, podendo concluir que o anterior era ligeiramente superior.

Intervenções:

Disponibilizei-me para o Sr. BJ, nomeadamente para lhe efectuar as avaliações que solicitou e para o ouvir, no que concerne aos problemas que vai identificando, na sua vida, e mesmo para aqueles que aparentemente está sempre à procura de identificar ao ponto de por vezes parecer que fica triste quando não são confirmados os problemas de saúde que pensa ter.

Perguntei-lhe se, como combinámos ontem, tinha pensado em estratégias possíveis e viáveis para resolver o problema dos móveis que tinha na sua casa de Tomar? Respondeu que não, tendo sido incentivado, mais uma vez, a fazê-lo logo que lhe fosse possível.

Sra. CI

1ª Entrevista (08/10/2010)

Encontrei a Sra. CI na Sala Polivalente, estava a tomar o pequeno-almoço. Após tê-la cumprimentado perguntei-lhe como se sentia. Como resposta obtive, em primeiro lugar: *“não estou nada bem, ... são as dores, ... não me consigo mexer”* (sic).

Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, para efectuar a entrevista num ambiente mais acolhedor e reservado. Lá puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretaria.

No início da entrevista estava muito lamuriosa e falava num tom tão baixo que era de difícil percepção. À medida que foi falando o discurso foi-se tornando mais expressivo. Aparentemente está melhor em relação às primeiras entrevistas, mais espontânea, com fâcias mais aberto e com uma postura menos curvada.

Continua a referir que se sente muito só. Tem enteados em Cabo Verde que a querem levar para lá, mas ela diz que gosta mais de estar em Portugal, pois não sabe se teria o apoio médico necessário e adequado em Cabo Verde. Em Portugal, de familiares, só tem uma sobrinha que vem esporadicamente visitá-la e que segundo a Sra. CI, também não a pode apoiar muito porque tem de trabalhar e também tem de cuidar da sua própria família.

Intervenção:

Abordei a eventualidade da Sra. CI ir viver para Cabo Verde uma vez que lá tem familiares dispostos a recebe-la e apoia-la. Referiu de imediato que lá não tem médicos, nem medicamentos como em Portugal e que como é muito doente aqui está melhor.

A Sra. CI, já estive de férias naquele país e quando planearam a sua ida e estadia prepararam-lhe a medicação, nomeadamente medicação analgésica que só faria em SOS. Acabei por saber que não foi necessário tomar grande parte dela, que foi muito bem tratada pelos familiares e que até gostou de lá estar. Confrontada com esta situação, verbaliza que foi só um período, se fosse para lá de vez depois iria perder os benefícios que tem cá. Perguntei-lhe se não pensou em voltar lá mesmo de férias, tendo dito: *“isso não sei...tenho muitas dores...tenho dificuldade em andar...não sei se seria capaz...”* (sic).

Situação:

A Sra. CI está a ser seguida na Consulta de Psiquiatria do DPSM do HSF, por uma médica que vai dar consultas à APOIO. Tive a possibilidade de assistir a uma destas consultas e aplicando o MMSE, conseguiu-se verificar que a Sra. conseguiu obter valores melhores, em relação ao primeiro, o que em discussão com a médica, atribui-se a melhoria ao facto da utente ter iniciado antidepressivos.

Atendendo a que esta Sra. tem consultas de psiquiatria na APOIO de modo regular e ao facto de eu não ter disponibilidade para acompanhar todos os casos de um modo estruturado, interagi com a utente de um modo esporádico não estruturado, ou sempre que foi solicitado.

Sra. CI

2ª Entrevista (12/10/2010)

Fui contactado pela responsável do Centro de Dia, solicitando colaboração no sentido de entrevistar a Sra. CI., em virtude da APOIO ter sido contactada, no fim-de-semana, por vizinhos desta Sra. a relatar que ela andava com uma grande faca, na mão, para eventualmente se suicidar. A sobrinha, uma vez que é a única familiar a viver em Portugal e que assume o papel de principal cuidadora, também foi contactada pela responsável da APOIO com o objectivo de lhe ser dado conhecimento da situação. Esta Sra. refere que não tem possibilidade de lhe dar maior apoio uma vez que tem de trabalhar, tem os seus filhos que ainda dependem dela e o marido tem estado, por questões profissionais, em Cabo Verde. Esta Sra. foi a casa da tia retirando-lhe a referida faca.

Convidei a Sra. CI a acompanhar-me ao Gabinete Clínico para que a entrevista decorresse com maior privacidade e num ambiente mais acolhedor.

A utente negou ideação suicida, referindo que a faca era só para abrir um pacote de leite, no entanto por informação da responsável do Centro, esta Sra. verbalizou à sobrinha que estava farta de viver. A nós negou categoricamente qualquer ideação suicida, afirmando que tudo não passou de um mal entendido. Efectivamente, diz que aos fins-de-semana se sente muito sozinha e que tem muitas dores no corpo. Por este último motivo está a ser medicada pelo médico de família e em relação aos seus problemas de saúde mental foi atendida no dia 14/10/2010 pela Psiquiatra, mas não teve qualquer alteração da sua terapêutica.

Fui ainda informado que o marido da sobrinha estava para regressar de Cabo Verde, a qualquer momento, e nessa altura a Sra. CI irá para casa deles, passando a ficar acompanhada à noite e aos fins-de-semana; de dia continuaria a frequentar o Centro de Dia.

Esta entrevista decorreu ao longo de 40 minutos e no final acordámos que quando viesse ao Centro encontrar-nos-íamos mais vezes, neste Gabinete, para conversarmos. A Sra. CI, com uma postura curvada, um discurso lentificado e num tom hipofónico, agradeceu a minha preocupação, mas voltou a insistir que tudo não passou de um mal entendido.

Sra. CI

3ª Entrevista (14/10/2010)

Dirigi-me na direcção da Sra. CI que estava, na Sala Polivalente, sentada no seu lugar habitual. Após tê-la cumprimentado perguntei-lhe como se sentia e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico a fim de falarmos por alguns momentos. Até lá, procurei falar de assuntos do dia-a-dia a fim de facilitar o estabelecimento de uma relação de empatia. Invariavelmente, foi-se queixando que lhe doía tudo, que não conseguia andar, mas na realidade apoiada por uma bengala lá vai deambulando autonomamente. Tem médico de família e, por informação de funcionárias que a costumam acompanhar às consultas, até mesmo a médica já lhe disse que como ela se está sempre a queixar de tudo nem sabe como a medicar.

A Sra. CI passa longos períodos sentada à sua mesa e é muito pouco interactiva com os restantes utentes.

Como já foi referido, em entrevistas anteriores, está a ser seguida por uma psiquiatra do DPSM do HSF, e numa entrevista a que assisti também verbalizava frequentemente queixas álgicas que tem dificuldade em especificar quanto ao tipo e à sua localização.

Realizei esta entrevista no âmbito do apoio solicitado pela Assistente Social, responsável pelo Centro de Dia, na sequência da suposta ideação suicida do fim-de-semana passado. A utente, continuou a verbalizar que não pensou em pôr termo à vida, simplesmente ia abrir o pacote de leite, com uma faca, e os vizinhos pensaram que ela se queria matar. A sobrinha levou-lhe a faca e agora se quiser cortar alguma coisa nem faca tem.

Questionada em relação ao próximo fim-de-semana, refere que passa muito tempo sozinha, sem saber o que fazer e também não sabe se a sobrinha a irá visitar. Disse ainda que desde o F.S. passado, não voltou a ter a visita da sobrinha, nem sabe se o marido dela já regressou de Cabo Verde.

No final da entrevista tentei apurar novamente qualquer ideação suicida, o que não foi possível. Além de não a verbalizar até se mostrou preocupada por passar muito tempo sozinha, e refere que era bom que a APOIO estivesse aberta aos F.S. e feriados assim já se sentia mais acompanhada.

Intervenções:

Como está constantemente com o seu discurso centrado nas dores generalizadas, foi incentivada a mobilizar-se, a deambular pelo Centro e a participar nas actividades que a Animadora Sociocultural costuma propor.

A fim de não estar tanto tempo só, no Centro, foi estimulada a aproximar-se da televisão, pois nesse local existem sofás em que estão habitualmente vários utentes, e mais facilmente conseguirá estabelecer comunicação com outras pessoas.

Voltei a abordar a questão de ter familiares em Cabo Verde, dispostos a recebê-la e a dar-lhe apoio, mas a Sra. CI é peremptória ao dizer que não quer ir para lá pela falta de cuidados médicos e pela dificuldade em comprar medicamentos. Mesmo de férias, e tendo em conta que até correram bem a última vez que lá foi, perguntei-lhe por que motivo não tentava, também desta vez, ir para lá por um período de tempo para ver como é que se adaptava e depois se não gostasse regressaria. Tentei que descrevesse como foram as férias em Cabo Verde, o reencontro com familiares que já não via há muito tempo, como eram as paisagens? Na entrevista o discurso foi muito pobre, mas por fim disse: *“eh..., Sr. Enf.º gosto mais de estar cá em Portugal...não quero ir para lá...mesmo sozinha prefiro estar aqui...”* (sic).

Discutida, com a Assistente Social responsável pelo Centro de Dia, a situação da própria utente verbalizar que passa muito tempo sozinha ao F.S., foi-me dito que não é possível fazer mais nada, a família (sobrinha) está a par da situação e o Centro não funciona ao F.S., nem é possível, pelo menos por enquanto, pô-lo a funcionar.

Terminei a entrevista, perguntando-lhe se tem boa relação com os vizinhos, e se necessitar de algo, se eles a ajudam? Disse que sim, e que eles às vezes até se preocupam de mais, como foi o caso da faca. Desejei-lhe um bom F.S. e mais uma vez incentivei-a a solicitar ajuda se considerasse que não estava bem ou se tivesse ideias estranhas.

Sra. DH

1ª Entrevista (06/10/2010)

Verifiquei que a Sra. DH estava na Sala Polivalente, dirigi-me na sua direcção e após tê-la cumprimentado perguntei-lhe como se sentia. Como resposta obtive em

primeiro lugar um encolher de ombros, mas logo de seguida começou a dizer que não tem andado nada bem, que se sente muito triste.

Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, para efectuar a entrevista num ambiente mais acolhedor e reservado. Lá puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada à minha frente sem qualquer barreira (secretaria), a separar-nos.

Perguntei-lhe se queria falar acerca do que se estava a passar com ela, e a Sra. DH começando a chorar referiu: *“é o meu filho que continua com graves problemas financeiros, eu não tenho como o ajudar e ele voltou a beber muito. Chega a casa isola-se e mal me fala...eu que vivi tão bem, nunca deixei que lhe faltasse nada e agora temos tão pouco...”* (sic). Verbalizou que o filho não paga a mensalidade da APOIO há cerca de três meses. Perguntei-lhe se alguém falou em manda-la embora? Respondeu que não, mas tem receio que isso possa acontecer.

No final da entrevista, acompanhei a Sra. DH à Sala Polivalente, e fiz questão de lhe expressar a minha disponibilidade para a ouvir e ajudar, dentro das possibilidades, sempre que necessitasse.

Intervenções:

Respeitei os seus silêncios, toquei-lhe na mão e disse-lhe que embora não estivesse a viver os seus problemas, que entendia o seu drama, que entendia a sua tristeza.

Perguntei-lhe se, como enfermeiro, poderia fazer algo para a ajudar. Respondeu que só o facto de estar ali a falar com ela, a ouvi-la...já a estava a ajudar muito: *“Sr. Enf.º...falar faz tão bem à alma, até nos esquecemos do que vai aqui dentro, alivia esta dor e esta angústia. Aqui não posso falar muito da minha vida, acho mesmo que nem estão muito preocupadas comigo...sei que é enfermeiro e também sei que o que falamos aqui, fica entre nós...elas sabem que tenho problemas financeiros, mas não quero entrar em grandes pormenores. Eu não tenho dinheiro e é o meu filho que paga a mensalidade aqui da APOIO, sei que já há três meses que não vem cá pagar...se me quiserem mandar embora...vou e pronto...eu já não valho nada...”* (sic).

Incentivei-a a falar das coisas boas que tem feito ao longo da sua vida, falou-me dos bons momentos vividos ao lado do seu marido e do filho enquanto ele foi uma criança: *“...éramos felizes, vivíamos muito bem, não nos faltava nada...tive uma gravidez de risco e o médico ainda colocou a possibilidade de eu abortar pois eu própria iria correr riscos...mas assumi correr esses riscos, eu queria tanto o meu*

filho...e de modo nenhum poderia matá-lo...tinha de correr o risco...” (sic). Perguntei-lhe se acha que, actualmente, o filho é um mal agradecido? Respondeu que não é isso, mas que fez tanto por aquele menino, e ela agora por vezes entra em casa e quase nem lhe fala, ou sai ao F.S. e não se preocupa minimamente em convidá-la para sair também, sente-se ignorada e só. Mas, apressa-se em dizer: “eu entendo, ele tem tantos problemas. São as confusões com a ex-mulher, e os filhos que estão no meio...ele só os pode ver um fim-de-semana de 15/15 dias e isso também o deixa triste, até ele necessitava de ajuda, mas não lhe posso nem falar disso, a ex-mulher é psicóloga...ela esteve com ele enquanto ele ganhava muito dinheiro, mas com a crise ele começou a perder clientes e as despesas mantinham-se...queriam fazer o mesmo nível de vida, mas já não era possível, as dívidas começaram a aumentar e ela não se quis afundar com ele...agarrou nos filhos e saíram de casa...isso despedaçou-o completamente” (sic).

Pedi-lhe para falar do seu percurso profissional e de como isso tinha sido gratificante para si. Referiu que como técnica de saúde pôde ajudar muitas pessoas. Atendendo a que na época tinha uma especialidade recente, estava constantemente a ser solicitada e tinha muito trabalho, mas sentia-se muito bem por puder ajudar quem recorria a ela.

No decurso da entrevista, procurei utilizar a técnica da escuta activa, respeitei os seus momentos de silêncio, utilizei o toque, reformulei questões, procurei que a Sra. DH reflectisse na sua vida e identificasse situações positivas.

Situação:

Utente cuja GDS deu uma pontuação compatível com Depressão Grave. Está a ser seguida na consulta de psiquiatria do DPSM.

Sra. DH

2ª Entrevista (08/10/2010)

A Sra. DH, de acordo com a aplicação da GDS tem uma Depressão Grave e pela aplicação do MMSE tem também defeito cognitivo. Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico que é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

A Sra. DH é muito sociável, colaborante e prestável, mas está constantemente a dizer que os seus problemas têm a ver com a situação económica e sentimental do seu filho.

Ao entrar no Gabinete Clínico tinha expresso no seu rosto um olhar de tristeza, mas referiu, esboçando um singelo sorriso, que ontem o filho deu-lhe um beijinho e perguntou-lhe como é que ela estava: “*Sr. Enf.º, foi tão bom ter um pouco da atenção do meu filho, um carinho seu e ontem nem bebeu como tem andado a beber ultimamente*” (sic).

Verbalizou que as noites são muito difíceis de passar, dorme muito mal, acorda inúmeras vezes, e sente que mesmo quando dorme o sono não é reparador. Diz que se deita pelas 20 horas e que acorda pelas 22 horas para tomar medicação para os olhos, depois dorme até às 4 e a partir daí está constantemente a acordar.

Intervenção:

Foi sugerido à Sra. DH que tentasse começar a deitar-se somente após a toma da medicação das 22 horas. Como referiu que não sabia como passar o tempo até se deitar, foi-lhe perguntado o que é que habitualmente gosta de fazer? Ver televisão, ler, ouvir música...? Referiu que gosta muito de ler e que iria tentar fazer um esforço para ficar a ler até por volta das 22 horas.

Como está a ser seguida por uma Psiquiatra do DPSM do HSFX, foi-lhe reportada a situação e durante a consulta médica, a que tive oportunidade de assistir, foi-lhe modificada a medicação para dormir.

Sra. DH

3ª Entrevista (26/10/2010)

A Sra. DH abordou-me na Sala Polivalente, dizendo que gostava de falar um pouco comigo. Dirigimo-nos ao Gabinete Clínico, a fim de conseguir uma maior privacidade, tendente ao estabelecimento de um ambiente terapêutico e lá referiu que tem tido muitas cefaleias, talvez por ter tido os netos lá em casa e porque faziam muito barulho, quando ela quer é estar sossegada. Verbalizou que já tinha tomado um analgésico, mas não estava com disposição para ir participar nas actividades da Sra.

Animadora Sociocultural, nem para ouvir barulho, embora considerasse que a medicação já estava a fazer efeito.

No final disse: *“sabe...a medicação que a psiquiatra me passou está a fazer-me muito bem...tenho dormido muito melhor. Também comecei a seguir o seu conselho, só me deito para dormir quando tomo a medicação das 22 horas...e, tudo junto tem resultado. Obrigado pela sua atenção e disponibilidade...é bom ter alguém que nos ouça...”* (sic).

Sra. DH

4ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 30 minutos

Na Sala Polivalente foi abordado pela Sra. DH. A sua grande necessidade de falar era notória. Foi-me dizendo que gostou muito de ter ido passear e que adorou ter conhecido coisas novas. Já está em Portugal há vários anos, mas ainda não tinha passado sobre a Ponte Vasco da Gama nem sobre a Ponte 25 de Abril.

Apresentando um fácies triste, diz-me que não tem quem a leve a passear. Não pode contar com o filho, as suas amigas também não vão para esses sítios e ela sozinha não se dispõe a isso, verbalizando mesmo, que não se acha com capacidades para ir sozinha. Pensa que o ideal seria haver mais iniciativas deste tipo.

Referiu: *“o meu filho está a beber de novo e ontem quase não me falou...isso deixa-me muito triste...está-se a degradar. Às vezes quero comer e até tenho dificuldade...parece que tenho um nó no estômago...”* (sic).

Questionei-a em relação ao dormir, tendo referido que desde que começou a fazer a medicação da Psiquiatra descansa muito melhor.

Sra. EB

1ª Entrevista (06/10/2010)

Vi a Sra. EB na Sala Polivalente, dirigi-me na sua direcção e após tê-la cumprimentado perguntei-lhe como se sentia. Como resposta obtive: *“nada bem, estou muito mal...dói-me tudo...”* (sic).

Estive a falar com ela, tendo-me confirmado que é seguida, em consultório, por psiquiatra privado.

Situação:

Utente cuja GDS deu uma pontuação compatível com Depressão Grave. Está a ser seguida em consulta privada de psiquiatria.

ANEXO XX - Utentes com Depressão Ligeira, Sem Defeito Cognitivo
e Respectiva Situação

**Listagem de Utentes com Depressão Ligeira
segundo aplicação GDS I e Sem Defeito Cognitivo segundo aplicação do MMSE, e
respectiva Situação**

| Utente | Pontuação GDS I Módulo I | Situação |
|---------------|---|------------------------------|
| AF | 19 | Aceitou |
| AJ | 19 | Já não está na APOIO |
| BC | 20 | Aceitou |
| BD | 12 | Aceitou |
| BH | 11 | Aceitou |
| CB | 14 | Recusou |
| CE | 10 | Recusou |
| DE | 11 | Excluído por idade < 65 anos |
| EA | 16 | Aceitou |
| ED | 13 | Aceitou |

ANEXO XXI - “Entrevistas” Realizadas, a Utentes com Depressão Ligeira e Sem
Defeito Cognitivo, e que Não Participaram nas Intervenções
Terapêuticas Propostas

**ALGUNS DOS DADOS MAIS RELEVANTES DAS “ENTREVISTAS”
REALIZADAS, NO MÓDULO III, A UTENTES COM DEPRESSÃO LIGEIRA E
SEM DEFEITO COGNITIVO E QUE NÃO PARTICIPARAM NAS
INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS PROPOSTAS**

Sra. AJ

A Sra. AJ, de acordo com a aplicação da GDS I tem uma Depressão Ligeira e pela aplicação do MMSE não tem defeito cognitivo.

Esta Sra. já não frequenta o Centro de Dia da APOIO e fui informado pela responsável do mesmo que terá sido institucionalizada num Lar.

Sra. CB

1ª Entrevista (12/10/2010)

A Sra. CB, de acordo com a aplicação da GDS I tem uma Depressão Ligeira e pela aplicação do MMSE não tem defeito cognitivo.

Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico que é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

A Sra. CB não é muito sociável, nem colaborante, nem mesmo prestável.

Após lhe ter explicado quais eram os meus objectivos, a Sra. CB verbalizou que não estava disposta a participar, dizendo que não tem nada para dizer e que prefere ficar pela Sala Polivalente a conviver com as outras pessoas. Acabou por dizer: *“esse tipo de coisas de ficar a falar, não adiantam nada...e...eu não tenho mesmo nada para dizer e também não quero dizer nada...se depois necessitar de alguma coisa falo consigo...”* (sic).

Intervenção:

Disse-lhe que entendia a sua posição e que respeitava a sua decisão. Deixando claro que de qualquer modo se necessitasse de algo em que lhe pudesse ser útil profissionalmente, estaria disponível para a receber.

Sra. CE

1ª Entrevista (13/10/2010)

A Sra. CE, de acordo com a aplicação da GDS I tem uma Depressão Ligeira e pela aplicação do MMSE não tem defeito cognitivo.

Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, em virtude de ser um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

A Sra. CE, após lhe ter sido explicado quais eram os objectivos do meu trabalho, e em que consistiam as entrevistas que pretendia realizar, verbalizou que não estava disposta a participar, que se sentia muito bem e que não tinha nada, daí que não pretendia ser entrevistada.

Intervenção:

Aceitei a decisão da Sra. CE e agradei a atenção dispensada.

Sr. DE

O Sr. DE, foi excluído uma vez que tem menos de 65 anos de idade. Embora a escala tenha dado um valor compatível com depressão ligeira, sei que está validada para a população idosa, assim decidi não o incluir na amostra.

Por razões que se prendem com a escassa disponibilidade de recursos humanos e temporais, não foi possível aplicar outras escalas a fim de analisar mais profundamente a situação de saúde mental do Sr. DE.

No contacto superficial era uma pessoa bem-disposta, sociável e com facilidade em integrar as actividades propostas pela Sra. Animadora Sociocultural.

Observei ainda que durante as actividades musicais, era uma pessoa que cantava, dançava e interagia facilmente. Assim sendo, e pela observação que os anos de experiência profissional me permitem efectuar, não considerei necessário efectuar intervenções terapêuticas mais estruturadas com este Sr.

ANEXO XXII - Utentes que aderiram às entrevistas, com depressão ligeira
e sem defeito cognitivo

Listagem de Utentes que Aderiram às Entrevistas, com Depressão Ligeira segundo aplicação GDS e Sem Defeito Cognitivo segundo aplicação do MMSE

| Ind. Ut. | Pontuação GDS I Módulo I | Pontuação GDS II Módulo III | Pontos Absolutos de Melhoria |
|---------------------|---|--|---|
| AF | 19 | 13 | 6 |
| BC | 20 | 13 | 7 |
| BD | 12 | 7 | 5 |
| BH | 11 | 7 | 4 |
| EA | 16 | 12 | 4 |
| ED | 13 | 9 | 4 |


Legenda:

Ut. – Utente

Ind. – Indicativo

 - Depressão Ligeira

 - Depressão Ligeira (menos acentuada)

 - Ausência de Depressão

ANEXO XXIII – Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. AF

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Nome: AF

Idade: 84 anos

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 20/02/1926

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Habita com: Na casa do filho, com este, nora e duas netas

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Murça

Residência: Carnaxide

Nível Socio-económico: Vive da sua reforma

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão: Moleira

Religião: Católica

Pessoas Significativas: Filhos

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

Data de Ingresso no Centro de Dia: Há cerca de 12 anos.

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

A Sra. AF nasceu em casa, o parto foi eutócico, sem complicações aparentes e realizado por pessoa amiga. Foi a 3ª de 7 filhos e embora pense que a gravidez não tenha sido planeada: *“naqueles tempos as gravidezes não se planeavam, mas os pais*

também não falavam com os filhos sobre essas coisas” (sic), sente que foi uma filha desejada e acarinhada pelos pais.

A mãe amamentou-a, não sabendo especificar até que idade.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

Foi criada pelos irmãos mais velhos. A sua mãe trabalhava no campo, a dias, para ajudar no sustento dos filhos. Considera que a sua relação, com os irmãos, era boa.

Não sabe se usou chucha, nem com que idade começou a comer papas ou sopa. Também não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

Embora tivessem grandes dificuldades económicas, nunca passou fome.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever.

Gostava de brincar com os irmãos e com outras crianças, mas aos 8 anos teve de começar a trabalhar, para ajudar a família a suportar as despesas da casa. Para tal, guardava ovelhas.

Tinha uma boa relação com os pais, mas quando tinha 10 anos o pai faleceu, não sabendo especificar o motivo.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais, juntamente com os seus irmãos.

Até por volta dos 16 anos de idade guardou gado e depois foi trabalhar para a apanha da azeitona e para as vindimas.

Refere que teve um namorado pelos 17 anos, mas *“sabe Sr. Enf^o as coisas não deram e cada um seguiu o seu caminho”* (sic).

Pelos 20 anos de idade começou a namorar com a pessoa que mais tarde viria a ser o seu marido e o pai dos seus filhos.

Nunca fumou, mas às refeições bebia bebidas alcoólicas.

2.1.5 – História da Vida Actual

Só deixou a casa dos pais pelos 24 anos de idade, para casar. Nessa altura, como o marido era moleiro, ela começou a ajuda-lo e a sua profissão passou a ser moleira. Tinham um moinho de água alugado e ela andava com dois machos, ia buscar o milho a

casa das pessoas, levava-o para o moinho, e depois da farinha feita ia entrega-la. Gostava do seu trabalho, apesar da sua dureza física, *“tinha de agarrar em sacas tão pesadas..., naquela altura era nova e podia com tudo...agora é que são elas...as dores nas costas cá estão...passámos muito..., eu, o meu marido e filhos chegámos a ficar 11 dias seguidos no moinho porque caiu um nevão e ficámos completamente isolados do povo (refere-se à povoação onde tinha a sua casa, embora também dormissem frequentemente no moinho) ...a comida acabou e tivemos de nos alimentar com sopas de farinha que era a única coisa que tínhamos para comer...o meu marido fez várias tentativas para subir ao povo, mas a neve era tanta que tinha de voltar para trás...foram momentos de muita angustia”* (sic).

Teve cinco filhos, 4 rapazes e uma rapariga. Tendo uma boa relação com todos eles.

O seu marido faleceu, vítima de um tumor do estômago quando tinha 51 anos de idade.

Quando a Sra. AF tinha 72 anos teve um AVC, o que a deixou muito dependente, facto que a fez pedir auxílio à APOIO. Desde essa época até hoje recuperou muito, contudo ainda necessita de um auxiliar da marcha, verbalizando diminuição da força à esquerda, particularmente em relação ao membro superior, o qual diz estar sem força e sempre adormecido. Apesar desta situação é independente nas suas AVD's.

Os filhos trouxeram-na para junto deles, e ficou a viver com o filho mais novo. Quando foram realojados este filho fez questão de que a Sra. AF ficasse a viver com ele, sua esposa e filhas a fim de conseguirem uma casa maior, mas está muito arrependida por ter aceite, dizendo: *“ se fosse hoje preferia não ter saído da minha barraquita e davam-me uma casita pequena mas que para mim chegava bem e estava lá há minha vontade, sem ter que dar satisfações a ninguém”* (sic). A Sra. AF e a nora não têm uma relação muito boa, dizendo: *“dou-me muito bem com o meu filho e com as minhas netas, mas a minha nora é rabina, não nos damos..., ao fim-de-semana vou para casa dos outros filhos e todos eles e respectivas famílias me tratam muito bem, só passo um fim-de-semana de vez em quando na casa do mais novo...se estivesse lá sempre já tinha morrido..., mas também não gosto muito de andar de casa em casa, não me sinto muito bem...preferia ir para um lar...”* (sic). Se a APOIO estivesse aberta para além dos dias úteis, facilitava-lhe muito a vida *“...mas isso já não é para o meu tempo..., olhe temos uma casita na terra e veja lá o meu filho mais novo não me leva, sei que são coisas da mulher..., vão deixar-me na casa de um outro filho...eles também não se dão com o*

mais novo mas dizem que eu aceitei ficar com ele agora...tenho de me sujeitar...” (sic). Acaba por passar cerca de 15 dias, no verão, na terra porque há um dos filhos que a leva.

No dia 20/05/2010 foi efectuada uma entrevista à Sra. AF em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, pude concluir que esta utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aqui aprofundar a evolução das entrevistas de ajuda porque isso irá ser efectuado, de modo mais ou menos directo, ao longo do trabalho e em ponto próprio.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

A Sra. AF considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com os filhos, não se recordando de grandes conflitos.

Inicialmente o pai e a mãe eram o sustento da família, até que ela e os irmãos começaram a trabalhar para ajudarem os pais nas despesas da casa.

O pai era agricultor e a mãe, como já foi referido, trabalhava a dias no campo. A utente refere-se a eles como tendo uma boa relação com os filhos. Refere que a mãe faleceu aos 55 anos de idade, mas não sabe qual o motivo. Relativamente ao pai não se recorda com que idade faleceu, nem sabe qual o motivo.

A utente era a 3ª de 7 irmãos, 3 do sexo feminino e 4 do masculino. O irmão mais velho faleceu aos 30 anos de idade por acidente profissional, o 4º por volta dos 40 e o 5º aos 65, não sabendo especificar os motivos.

Segundo a utente, as relações entre os irmãos praticamente não existem.

Viveu harmoniosamente com os pais e irmãos até aos 24 anos, altura em que se casou, foi viver com o marido e começou a trabalhar como moleira.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Desconhece doenças do foro psiquiátrico ou orgânico na sua família.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

- AVC há cerca de 12 anos, do que resultou diminuição da força à esquerda.

Nesta sequência começou a frequentar a APOIO;

- Diabetes e HTA.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 84 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Peso: 61kg

Estado Nutricional: Bem nutrida

Altura: 1,55m

Nota: A idade aparente corresponde à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 130/65 mmHg

Frequência Cardíaca: 94 ppm

Temperatura: 36,5°C

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São castanhos-escuros e a acuidade visual está mantida. Pupilas simétricas, isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Diminuição da força ao nível do membro superior e inferior esquerdos.

Extremidades: Simétricas, sem hematomas, equimoses, edemas ou deformações.

Articulações: Simétricas.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza, excepto membro superior e inferior esquerdos.

Tronco Posterior: Refere que por vezes tem dores nas costas, mas não se recorda de ter sofrido acidentes.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneica.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdica, com frequência de 94 ppm. O pulso é regular e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Possui prótese.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Sem alterações, evacuando habitualmente uma vez por dia.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Rosada e hidratada na generalidade. Face com rugas.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e liso com algum volume. O couro cabeludo não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: A Sra. AF tem uma aparência cuidada. Muitas vezes tem de ser fortemente estimulada para participar nas actividades que são realizadas no Centro. Passa longos períodos sentada na sua mesa, com outros dois utentes. Veste roupa adequada à sua idade. É uma pessoa que responde espontaneamente às questões e que se mostra perfeitamente receptiva à entrevista.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se adequada, fácies aberto e expressivo, contudo passa muito tempo isolada na sua mesa, interagindo preferencialmente com os outros dois utentes que se sentam na mesma mesa.

Linguagem: A Sra. AF apresenta um discurso coerente, pobre e negativista dizendo que já não espera muito desta vida. Fala com alguma labilidade emocional, chegando a deixar cair algumas lágrimas.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto superficial sempre foi muito bom, no entanto no início das entrevistas parecia tímida, mas com a evolução das mesmas foi ficando muito mais espontânea e descontraída, falando facilmente dos problemas que a preocupavam. Frequentemente evitava olhar directamente para o entrevistador.

Humor: Tonalidade depressiva.

Expressão Afectiva: Com o decorrer da entrevista exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de por vezes se emocionar e chorar.

Adequação: Recusa frequentemente participar nas actividades propostas no Centro de Dia, e por vezes apresenta um semblante fechado e triste.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas à velhice e à dependência dos filhos, com particular incidência na nora, esposa do filho mais novo, com quem vive, *“não temos uma boa relação, muitas vezes sinto-me a mais, mas como já lhe disse, os meus outros filhos dizem-me que eu escolhi ficar a viver com o mais novo para lhe facilitar a vida e para que ele pudesse ter uma casa maior, ... agora tenho de me aguentar...se a APOIO abrisse também ao fim-de-semana, já não tinha de andar de casa em casa nestes dias e por outro lado também, ... só estava na casa do mais novo à noite...aqui almoço...lancho...e lá na casa deles era só jantar (sic).*

Concentração do Pensamento: Concentrada quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientada no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Refere sentir que se esquece mais, relativamente há alguns anos atrás. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 22/30, o que atendendo ao facto de ser analfabeta, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: A utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressiva quer com os outros utentes, técnicos ou família. Nota: Foi possível observar, em momentos diferentes, uma interacção da utente com a filha e com uma nora, e a Sra. AF teve uma atitude completamente passiva em relação a elas.

Julgamento: A utente refere que, com a velhice, já não é capaz de fazer nada do que fazia e as forças já não são as mesmas. A este propósito verbaliza: *“sou independente a vestir, despir, faço a minha cama e limpo e arrumo o meu quarto, mas estou a viver em*

casa do meu filho e a minha relação com a sua esposa não é a melhor...sinto-me lá a mais, daí que preferia ir para um Lar” (sic).

Confiabilidade: Penso ter conseguido estabelecer, com a utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: A utente apresentava o insight comprometido uma vez que sabia e sentia que estava triste, mas não sabia nada da doença.

Juízo Crítico: Inicialmente achava que as entrevistas não a iam ajudar em nada porque não havia solução possível. Já numa fase posterior começou a apresentar crítica em relação às mesmas e à sua vantagem, bem como em relação há necessidade de deixar de se isolar como fazia ao princípio.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Portuguesa

Classe Sócio Cultural: Baixa

Estado Civil: Viúva

Religião: Católica, pouco praticante.

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

A Sra. AF é viúva, reformada e embora viva em casa do filho mais novo é autónoma.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem uma boa relação com os filhos, netos e noras, com excepção da nora, esposa do filho mais novo, com quem vive.

Aparentemente a família preocupa-se com ela e teve a possibilidade de assistir a uma situação em que uma filha a foi buscar ao Centro de Dia porque a Sra. AF tinha uma consulta marcada no médico.

Refere ter também uma boa relação com os irmãos, contudo lamenta o facto de estarem longe e de não lhes ser possível uma relação afectiva mais próxima.

Quando confrontada com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que tem e que são grande parte das pessoas da APOIO e as suas vizinhas.

Tinha uma atitude adequada para com os outros utentes, e no final do meu estágio aceitou participar no “Grupo Terapêutico”.

Passava longos períodos na Sala Polivalente, sentada na sua mesa. Embora seja uma pessoa calada, falava e era simpática quando outros doentes a abordavam, ou quando surgia a possibilidade de comentar com eles algo que surgia, por exemplo na televisão.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESSOAIS

Vive com o filho mais novo, a esposa deste e duas netas de 13 e 11 anos respectivamente, em Carnaxide. Moram num 2º andar sem elevador. Embora goste de morar naquele local e naquele prédio, pela má relação que tem com a nora e pelo facto de ao fim-de-semana ter de andar pela casa dos filhos, refere que preferia ir para um Lar.

O local é mal servido pela rede de transportes públicos e a paragem mais perto fica a cerca de 1 quilómetro da casa do filho.

Está inscrita no Centro de Saúde onde tem médico de família e onde vai quando necessita.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrita na APOIO, na sequência do AVC que a deixou na altura sem poder fazer nada. Quando confrontada com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: *“Gosto muito. Até gostava que também estivesse a funcionar aos fins-de-semana. Assim, eu era menos uma sobrecarga para a minha família”* (sic).

Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “Quer falar acerca daquilo que, neste momento, mais a preocupa?”, respondeu: “*é o medo de deixar de ser independente*” (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

O seu projecto individual passa por ir viver para um Lar ou, se a APOIO começasse a abrir aos fins-de-semana e feriados, já o tempo que tinha de passar em casa dos filhos seria menor, dava-lhes menos trabalho e tinha também de partilhar menos tempo com a nora com que tem uma má relação. Deste modo não se importava de continuar a viver em casa do filho mais novo.

Os outros filhos dizem-lhe que não a levam a tempo inteiro para casa deles porque foi ela que optou por ficar a viver com o mais novo para que ele pudesse pedir à Câmara uma casa com mais uma assoalhada. Agora terá de se sujeitar à opção que tomou. É importante referir que a Sra. AF diz que os outros filhos não se dão com a família do mais novo.

3.6 – GENOGRAMA

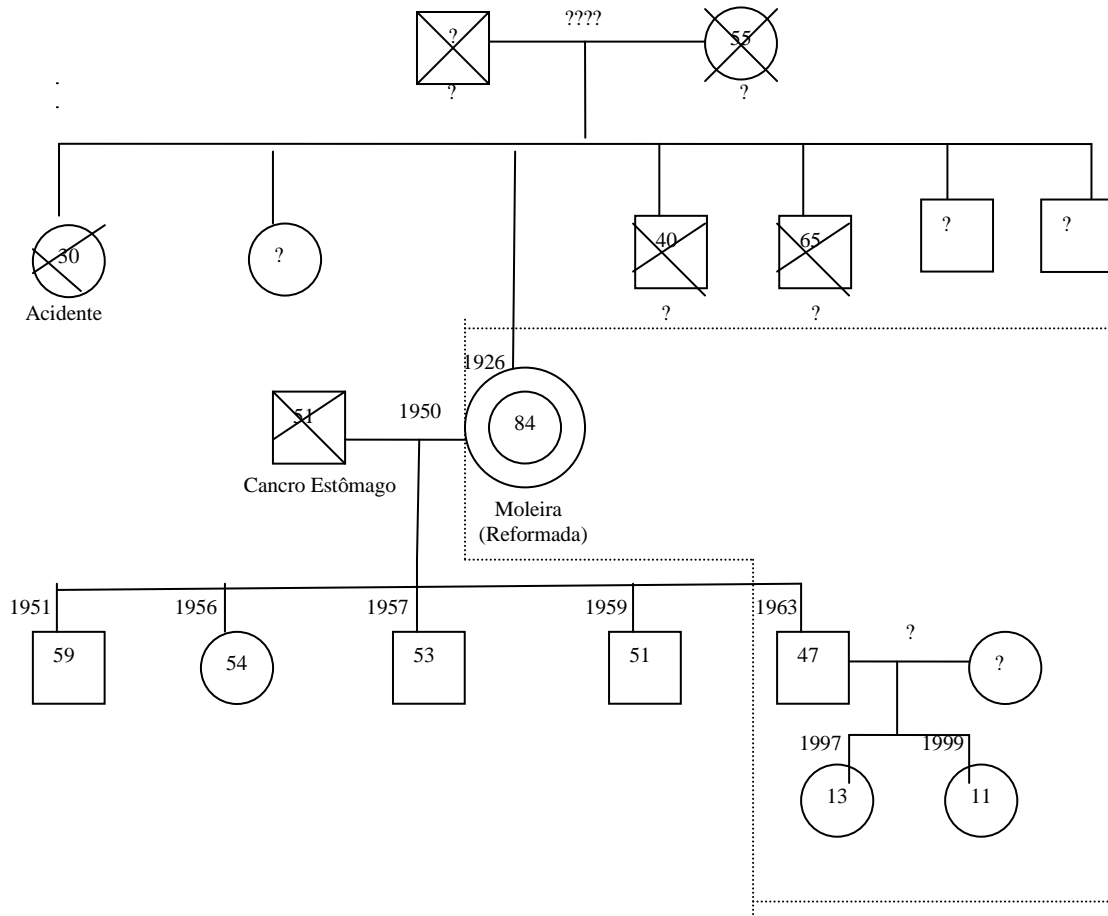
O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p.281).

Optei por não representar os casamentos dos irmãos, os casamentos dos filhos com os quais não vive, nem os respectivos filhos, a fim de não tornar demasiado complexa a representação esquemática.

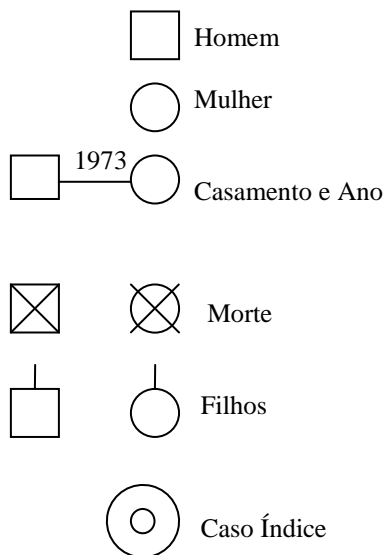
Através da análise do genograma verifica-se que a Sra. AF é a 3^a de 7 irmãos, casou em 1950, mas o seu marido faleceu vítima de cancro no estômago, quando tinha 51 anos de idade.

Tem 5 filhos e actualmente vive com o mais novo e respectiva família.

GENOGRAMA



Legenda



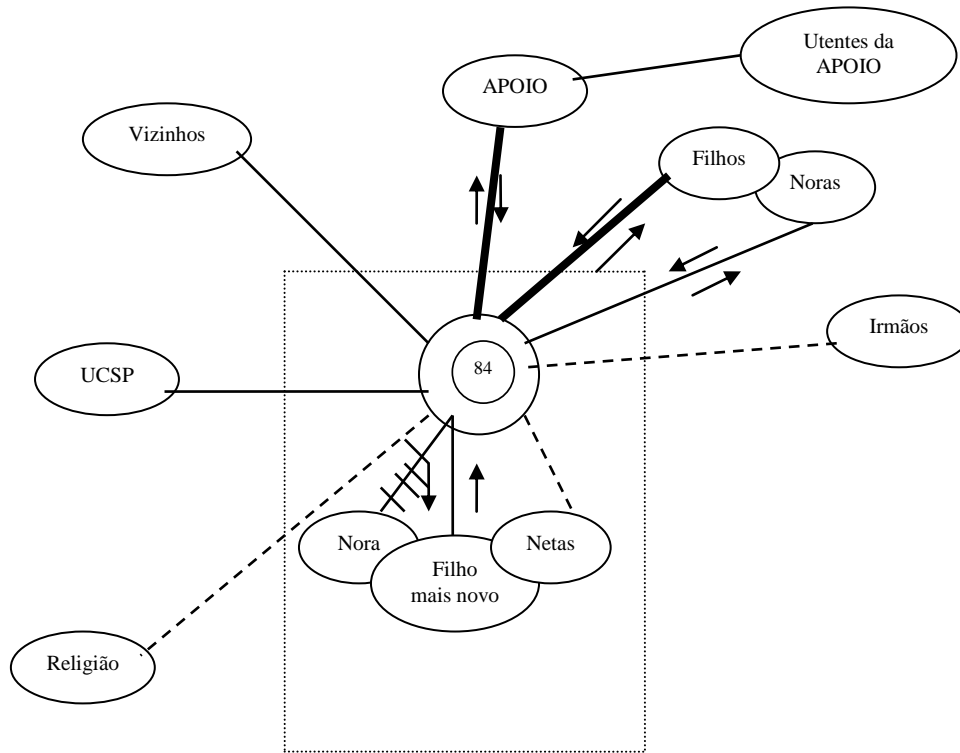
Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

Nota: Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu

⋯ Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.7 – ECOMAPA



Legenda:

- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- Relação Fraca
- Ausência de Relação
- ++++ Relação Conflituosa

→ Fluxo de Energia/Recursos

○ Caso Índice

Dentro do Símbolo: Idade

□ Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

Um ecomapa permite verificar as relações entre uma família e a comunidade, e conhecer os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005, p.282).

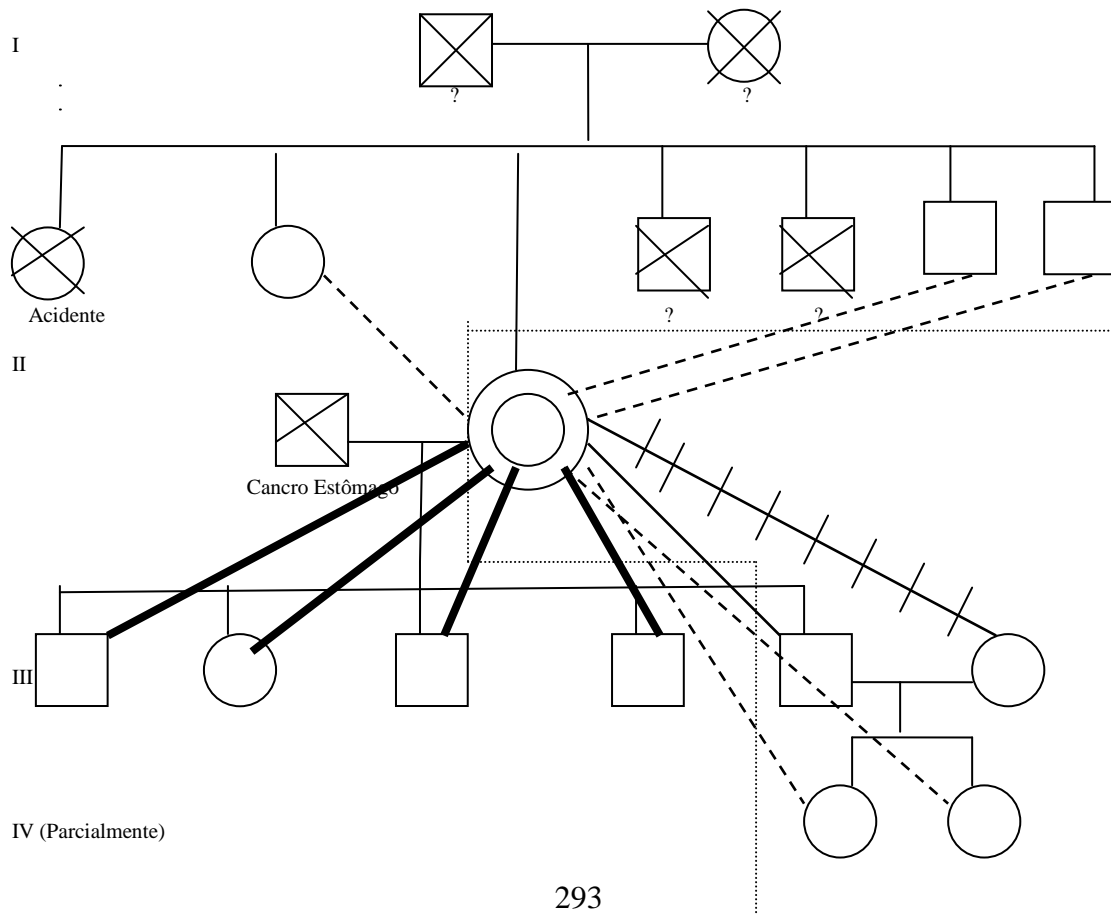
Através da sua análise, constata-se que a Sra. AF tem relações privilegiadas (mais fortes) com a APOIO e com os filhos, excluindo o mais novo em que a relação foi considerada forte.

Em relação à nora, com quem coabita, têm uma relação conflituosa.

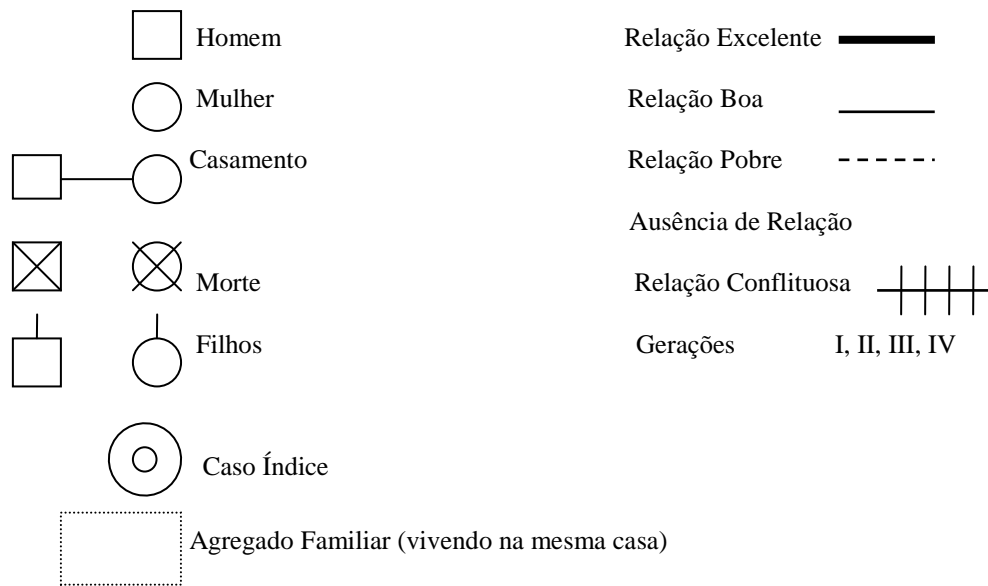
3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que nos dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a sua família (LOBO, 2007, 702).

Através da sua análise verifica-se que a Sra. AF considera que tem uma relação excelente com os filhos, excluindo o mais novo considerando-a boa. As relações com as netas são pobres e com a nora, como pode ser visualizado, é conflituosa.



Legenda



4 – FICHA TERAPÊUTICA

Não foi possível discriminar a terapêutica que a Sra. AF faz regularmente, em virtude de não estar nos registos da APOIO.

A utente não sabe dizer qual a medicação que toma habitualmente e não houve uma receptividade clara, por parte da responsável pelo Centro de Dia, no sentido de que eu pudesse contactar a família da Sra. AF.

A Sra. AF refere que tem tomado a medicação habitual.

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | X |
| 3) Sente a sua vida vazia? | X | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | | X |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | | X |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | | X |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | X | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | | X |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | X |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 19

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 20/05/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | X |
| 3) Sente a sua vida vazia? | X | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | | X |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | | X |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | | X |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | X |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 13

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 19/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar a Sra. AF no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido um “instrumento” designado por Processo de Enfermagem e que “é uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os doentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal” (NEEB, 2000, p.115). Só assim, é possível avaliar as necessidades, elaborar diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados que constituem uma forma de comunicação escrita tendente a assegurar a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde.

Considerando as necessidades da Sra. AF, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção social e prevenção do isolamento, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua iniciativa;
- Melhorar a sua participação em actividades do Centro de Dia;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua vontade de viver;
- Melhorar a sua interacção social, diminuindo o seu isolamento.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação da Sra. AF e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF verbalize menos frequentemente sentimentos de desalento e de melancolia associados a problemas familiares;
- Que a Sra. AF verbalize menos frequentemente sentimentos de tristeza;
- Que não verbalize desinteresse pela vida;
- Que não apresente tão facilmente vontade de chorar;
- Que não apresente isolamento tão marcado;
- Que participe mais facilmente nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;

- ▶ Supervisionar tristeza;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnóstico: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF, verbalize menos frequentemente sentimentos de descontentamento associados a problemas familiares;
- Que a Sra. AF, verbalize menos frequentemente descontentamento relativamente à sua situação;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe, mais espontaneamente, em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Melhorar autoconhecimento → ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas;

- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Supervisionar a frequência de auto-avaliações negativas;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnóstico: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF, verbalize menos frequentemente sentimentos de falta de esperança;
- Que a Sra. AF, verbalize menos frequentemente sentimentos de exclusão;
- Que não apresente isolamento social;
- Que participe, mais espontaneamente, em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de companhia, de simpatia e de amizade;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Informar sobre as consequências da solidão;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;

- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderadamente grave, no Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que a Sra. AF, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;
- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas situações que anteriormente lhe eram indiferentes ou completamente desinteressantes;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planejar/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;

- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com a Sra. AF sobre o seu estado de humor, avaliar o tipo de humor apresentado, referir a importância do humor como agente socializante;
- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência;
- Que a Sra. AF utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto prazo e a longo prazo, promover o treino de estratégias;

- ▶ Instruir a pessoa sobre táticas de resolução de problemas.

Diagnóstico: - Vontade de viver diminuída.

Resultados esperados:

- Que a Sra. AF não verbalize desinteresse pela vida;
- Que a Sra. AF não verbalize desinteresse por actividades que habitualmente gostava de fazer;
- Que demonstre comportamentos de procura de ajuda;
- Que encontre satisfação na vida;
- Que não verbalize ideação suicida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares;
- ▶ Motivar para um projecto de vida → explorar, em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida; encorajar a identificar as suas próprias habilidades (positivas) e forças; incentivar a pensar/reflectir sobre acontecimentos gratificantes e frustrantes da sua vida; discutir soluções alternativas ao seu modo de vida; ajudar a identificar e estabelecer os seus próprios objectivos; ajudar a estabelecer um projecto de vida.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sra. AF

1ª Entrevista (13/10/2010)

Duração: 30 minutos

Encontrei a Sra. AF, na Sala Polivalente sentada à mesa, a conversar com o Sr. BJ e com o Sr. CC. Após ter cumprimentado as pessoas, convidei a Sra. AF a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela. Aceitou e acompanhou-me. Lá estaria num local mais acolhedor e reservado, para efectuar uma entrevista. Puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretaria.

Expliquei-lhe o motivo pelo qual me tinha dirigido a ela e disse-lhe que pretendia que nos reuníssemos frequentemente a fim de podermos conversar. Aceitou participar nas entrevistas sem qualquer renitência e verbalizou que gosta muito de falar comigo.

Quando foi abordado o tema da tristeza, começou a chorar, e referiu que são os conflitos que tem com alguns dos seus familiares que a deixam assim. Eles muitas vezes não a entendem, e querem fazer as coisas à sua maneira sem se preocuparem muito com ela.

No final da entrevista acaba por dizer que se dá bem com todos os seus familiares e que gosta muito dos seus 4 filhos e da filha.

Intervenções:

Foi questionada se realmente considerava que aquilo que fazia, não estava muito correcto, tendo a Sra. AF verbalizado que no seu entender o que fazia ou decidia era bem feito, mas que essa, muitas vezes, não era a opinião da sua nora.

Num dos dias em que estava na Sala Polivalente, presenciei uma situação em que a filha da Sra. AF a foi buscar para irem a uma consulta médica. Interagiu com a mãe de modo ríspido e pouco cordial. Confrontada com o facto, verbalizou que a filha até é sua amiga, e que gosta muito da mãe: *“Sr. Enf.º...ela tem lá das suas coisas...é muito minha amiga, mas o que ela diz é o que tem de ser feito...”* (sic).

Sra. AF

2ª Entrevista (27/10/2010)

Duração: 1 hora e 15 minutos

Encontrei a Sra. AF, na Sala Polivalente sentada à mesa. Cumprimentei-a e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela. Aceitou acompanhar-me e de seguida puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretária.

Iniciei a entrevista a falar do tempo, permitindo assim criar um momento de descontração.

Foi-lhe dito que gostaria de falar com ela a fim de a conhecer melhor, referindo-lhe por diversas vezes que só responderia aquilo que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum a Sra. AF seria identificada.

O trabalho que desenvolveria com ela teria o objectivo de a ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida da Sra. AF e ficar a conhecê-la muito melhor.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, pormenorizadamente ao longo deste Anexo.

Perguntei-lhe onde ia passar o próximo F.S., tendo referido que ia para casa de um outro filho, que este F.S. tinha a sorte de não ter que ficar na casa do mais novo, onde habita diariamente. Refere que é muito bem tratada na casa dos outros e acaba por verbalizar: “...já tinha morrido...se estivesse sempre na casa do mais novo...a minha nora não é nada fácil e coitado do meu filho...até se preocupa comigo e é boa pessoa...mas não se pode colocar do meu lado porque não seria nada fácil para ele não apoiar a mulher..., sabe como é...” (sic).

Antigamente viveu com grandes dificuldades. Nunca passou fome mas tinha de trabalhar muito, agarrou em sacos de milho e farinha muito pesados. Chegou a ficar com o marido e os filhos, 11 dias no moinho sem poder sair devido a um nevão e tiveram de se alimentar a farinha de milho durante esse período.

Agora, como tem lá uma “casita”, para matar saudades ainda vai à terra 15 dias por ano, durante o mês de Agosto. Mas diz com ar entristecido e com os olhos rasos de água: *“vou com outro, não é com aquele com quem vivo...esse vai mas nem se lembra que eu também gostava de ir...sabe como é...isto uma pessoa chega a velha e...não estão para andar com velhos atrás...quando querem ir levam-me para casa de um outro filho...é triste Sr. Enf.º, trabalhar tanto para criar os filhos e depois é isto...a gente pensa que estamos a fazer bem, ficamos sem a nossa casinha, vamos para a casa de outros para os ajudar e depois acabam por nos fazer sentir que estamos a mais...”* (sic).

Intervenção: Confrontada acerca do que poderia fazer, refere que para evitar estas situações gostava de ir para um lar, para não ter de andar de casa em casa e a sentir-se a mais.

O filho mais novo quis que a Sra. AF ficasse a viver com ele, para poder ficar com uma casa com três quartos. Na altura acedeu, mas agora arrepende-se de ter ficado a viver com eles..., a nora é “rabina”, embora as netas sejam suas amigas. Se fosse hoje preferia não ter saído da sua barraca e davam-lhe uma casita pequena, só para si, o que lhe permitiria estar muito mais à vontade. Também não ajudou nada o problema do AVC que teve há cerca de 12 anos, tinha na altura 72 anos de idade e ficou muito dependente de terceiros, foi quando começou a frequentar a APOIO.

Sra. AF

3ª Entrevista (29/10/2010)

Duração: 30 minutos

Acompanhei a Sra. AF, ao Gabinete Clínico, que é um espaço por excelência para a realização de entrevistas. Nele é possível ter música de fundo, o que contribui para estarmos envolvidos num ambiente mais agradável.

Quando chegámos ao Gabinete íamos a falar do facto do dia estar soalheiro, embora muito frio. Solicitou que lhe avaliasse a glicemia, enquanto foi falando do seu dia a dia, que refere ser sempre a mesma coisa, casa Centro e Centro casa. Passa os dias por cá, muito tempo sentada, come e assim se passam os dias.

Falou-me do passado e das dificuldades que viveu, “*mas tudo se passou...*” (sic). Agora tem comida na mesa mas tem outras preocupações, a idade já não a deixa fazer muitas coisas, e em casa tem de ouvir aquilo que não gosta.

Durante a entrevista, ficou por vezes em silêncio e eu, tive o cuidado de respeitar esses momentos. Referiu que gosta de falar do seu passado e do tempo em que ia a caminho do moinho...

Intervenções:

Perguntei-lhe se agora se sente a mais, se sente que é inútil? Verbalizou: “*sabe Sr. Enf.º quando precisam de nós... cá estamos, mas quando chegamos a velhos já não servimos para nada!*” (sic). Disse-lhe que ainda é autónoma em muitas coisas, que é uma pessoa disponível, quando alguém necessita dela, que vai fazendo aquilo que está ao seu alcance... “*isso é verdade Sr. Enf.º, eu só não faço o que não consigo mesmo, lá em casa do meu filho também tento ajudar, apesar de velha não queria sentir que não sirvo para nada...*” (sic). Após ter falado nestes assuntos começou a chorar referindo que depois de ter feito tanto na vida, agora faz tão pouco.

Foi incentivada a pensar naquilo que ainda faz de bom, na vida de muito trabalho que teve e nas dificuldades que conseguiu superar.

Ao terminar a entrevista, sugeri que poderia pensar nas coisas que gosta de fazer e que hoje em dia tem possibilidade, ao contrário de antigamente. Agora como refere não passa fome, gosta de estar na APOIO, de ouvir música, de passear, ou seja, não consegue fazer muitas coisas que fazia antigamente, mas agora pode fazer outras, pode divertir-se e antes, como verbalizou, a vida era o trabalho para criar os filhos, não havia tempo para divertimentos.

Situação:

No final da entrevista marcámos uma outra para dia 05/11/2010, sem hora concreta, pois considerei que poderia ser difícil depois cumpri-la.

Sra. AF

4ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 25 minutos

Utente pouco colaborante, acedeu falar comigo mas começou logo por dizer que não vale a pena, pois não tem nada para falar. Disse que inclusivamente tem andado constipada e que até lhe custa falar.

Perguntei-lhe se tinha gostado da festa? Encolheu os ombros e referiu que foi um dia diferente. Insisti e perguntei-lhe se foi um dia melhor ou pior que os outros? Acabou por dizer que foi melhor, que as pessoas estavam animadas. Voltei a insistir: e a Sra. AF, também esteve animada? Respondeu que sim, que não conseguiu cantar, mas que ainda bateu palmas.

Questionei-a se este tipo de actividades não alegra a sua vida? Disse: *“ah...ah...Sr. Manuel...eu já estou velha para estas coisas...mas até gostei muito de os ouvir...”* (sic).

Passou algum tempo calada, depois referiu: *“bom... agora vou esticar as pernas, dar uma volta até lá fora...quer vir comigo?”* (sic). Aceitei o convite e fomos os dois até à pista de atletismo. Enquanto andávamos, perguntei-lhe como é que sentia a brisa da manhã, e o vento fresco a bater-lhe na cara? Disse que era bom, que gostava de dar uma voltinha a pé a seguir ao pequeno-almoço, para não estar tanto tempo sentada. Efectivamente passa grande parte do dia sentada na sua mesa...comunicando esporadicamente com as pessoas que se sentam na mesma mesa ou com outras, se a abordarem.

Perguntou pela minha família, pelas minhas meninas...de seguida perguntei-lhe eu pela sua, tendo respondido: *“lá vão...está tudo na mesma...agora Sr. Enf.º está na hora de ir tomar banho...”* (sic).

Dei por terminada a entrevista, e despedi-me da Sra. AF, disponibilizando-me para passear também com ela noutros dias e mostrei-lhe a minha disponibilidade para a ouvir sempre que sentisse necessidade de o fazer.

Situação:

No final da entrevista marcámos uma outra para dia 11/11/2010, sem hora definida, pois considerei que poderia ser difícil depois cumpri-la.

Sra. AF

5ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 30 minutos

Abordei a Sra. AF, dizendo-lhe que ontem me tinha parecido mais triste e que hoje ainda não lhe tinha observado qualquer sorriso. Perguntei-lhe se tinha gostado da viagem e onde tinha ido? O seu discurso foi escasso, respondendo praticamente por monossílabos. Disse que gostou da viagem, não tendo alongado a conversa...e com o fâcias fechado encolheu os ombros.

É uma pessoa evasiva no discurso. Perguntou-me como é que eu estava, bem como a minha família? Respondi-lhe, e depois ela referiu: “*nós vamos andando...*” (sic). Acabou por verbalizar que ontem lhe tinha acontecido uma situação muito desagradável. Esteve de diarreia, não sabe qual terá sido o motivo, mas a dada altura nem sabe como aconteceu, não estava à espera e foi de repente que evacuou sem ter tido tempo de chegar à casa de banho. Ficou toda suja e teve de ir tomar banho e vestir roupa lavada, mas refere que isso a deixou muito envergonhada, não queria que as pessoas do Centro soubessem, e não queria dizer nada. Mas cheirava tão mal que foram as outras pessoas a alertar que era insuportável estar junto dela. Toda esta situação deixou-a muito triste, e refere que nem sequer teve a iniciativa de ser ela a pedir ajuda.

Abordada a questão se hoje já estava melhor da diarreia, disse simplesmente que sim e não referiu mais nada.

Apercebi-me que na saída para o passeio de autocarro, algumas pessoas estavam extremamente contrariadas, chegando a verbalizar que só iam tendo em atenção algumas profissionais que trabalham no Centro, porque por outras nem saíam do Centro ou preferiam ter ficado em casa. Perguntei-lhe se queria falar acerca do motivo pelo qual foi a última a entrar no autocarro e inclusivamente tiveram de a ir procurar ao Centro, mas disse-me que não aconteceu nada.

Acabou por verbalizar que estiveram todos à espera que as “empregadas” lhe dessem banho, para poder ir. “*Sabe ... isso deixou-me muito nervosa e preocupada, depois os outros sabem e gozam comigo... mas a Dra. DP não quis que ficassem pessoas para trás...quis que fossemos todos e ainda bem, porque no fundo até gostei do passeio*” (sic). **Intervenção:** Então e depois das viagens, das festas...não pensa que é bom estar vivo? A Sra. AF respondeu: “*sabe...muitas vezes nem pensamos nas coisas boas, só olhamos para o que é mau. O sermos velhos, o não andarmos como antes, o*

não poder trabalhar...mas está a falar das coisas boas que ainda tenho na vida...e ...nem tudo é mau...” (sic).

A Sra. AF está aparentemente pouco disponível para as entrevistas, embora não o verbalize. Terminou a entrevista dizendo: *“sabe...eu às vezes até prefiro ficar por cá...”* (sic). Questionei-a se se sente desanimada, tendo encolhido os ombros não deu qualquer resposta verbal. Respeitei o seu silêncio, e a Sra. AF teve vários períodos em que ficou calada durante a entrevista.

Terminou a entrevista referindo: *“agora Sr. Enf.º vou indo para ir almoçar...”* (sic). Agradei-lhe a disponibilidade de um modo sincero e cordial, e disse-lhe que quando estiver no Centro, estou sempre disponível para a ajudar no que estiver ao meu alcance. E se se sentisse bem a falar de algo que a incomodasse, estaria cá para a escutar.

Agradeceu a disponibilidade e foi saindo do Gabinete Clínico acompanhada por mim, a deambular com o apoio da sua canadiana, até à Sala Polivalente.

Sra. AF

6ª Entrevista (18/11/2010)

Duração: 30 minutos

Intervenções:

Utilizei esta entrevista para fazer uma reflexão acerca do tempo que passei no Centro, e mais especificamente nas entrevistas com a Sra. AF.

Procurei incentivar a Sra. AF a pensar, a reflectir e a verbalizar o que sentiu durante o tempo que passámos no Gabinete Clínico. Incentivei-a ainda a falar acerca daquilo que a preocupava, da sua vida e do que poderia fazer para a melhorar, nomeadamente formas de a sentir menos vazia. Reflectiu acerca das pessoas com que pode contar para a ajudarem quando necessita, das festas em que gosta de ouvir música e bater palmas, de como é bom estar viva e de como a vida é interessante para poder sentir o fresco da manhã enquanto deambula junto à pista de atletismo, de ir à sua terra passar uns dias de férias, de assistir a espectáculos de música ao vivo no Centro, etc.

Foi estimulada a comparar e a reflectir acerca da vida que tinha enquanto criança, adolescente e já adulta, com todas as dificuldades que conseguiu ultrapassar,

nomeadamente para criar os seus filhos, ... e o facto de ser uma grande mulher, pelo que é e pelo que já fez ao longo da sua vida...

Incentivei-a a pensar como conseguiu resolver os problemas passados e como poderia resolver os seus problemas actuais, ou pelo menos atenua-los.

Situação:

A entrevista terminou e ficou agendada uma outra final para o dia 19/Nov/2010, último dia oficial de estágio.

Sra. AF

7ª Entrevista (19/11/2010)

Duração: 20 minutos

Convidei a Sra. AF a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e utilizei esta entrevista para aplicar a GDS final.

Hoje, a Sra. AF mostrou-se muito receptiva e agradeceu o tempo que passei com ela, não deixando de falar no “Grupo Terapêutico” que organizei, tendo comentado que nem ela sabia que era capaz de falar tão facilmente, e sem estar nervosa, em público.

ANEXO XXIV - Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. BC

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Nome: BC

Idade: 71 anos

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 03/05/1939

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Habita com: Na casa do filho, com este, nora e dois netos

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Residência: Carnaxide

Nível Socioeconómico: Vive da sua reforma

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão: Empregada Doméstica

Pessoas Significativas: Filhos

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

A Sra. BC nasceu em casa, o parto foi eutócico, sem complicações aparentes e realizado por pessoa amiga. Foi a 2ª de 8 filhos e embora pense que a gravidez não tenha sido planeada “*naqueles tempos as gravidezes não eram planeadas*” (sic), sente que foi uma filha desejada e acarinhada pelos pais.

A mãe amamentou-a, não sabendo especificar até que idade.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

Foi criada pela sua mãe, pois ela não trabalhava fora de casa. Considera que a sua relação com os pais e irmãos, era boa.

Refere que usou chucha, mas não sabe com que idade começou a comer papas ou sopa. Também não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

Era uma criança que brincava pouco.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever.

Nunca brincou muito e aos 11 anos teve de começar a trabalhar. Foi servir, limpava as casas para ajudar a família a suportar as despesas.

Tinha uma boa relação com os pais.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais, juntamente com os seus irmãos.

Até por volta dos 16 anos de idade trabalhou a servir e depois foi trabalhar para uma fábrica de malhas.

Nunca fumou e não bebia bebidas alcoólicas.

2.1.5 – História da Vida Actual

Pelos 22 anos de idade começou a namorar com a pessoa que mais tarde viria a ser o seu marido e o pai dos seus filhos.

Nessa altura, além de trabalhar na fábrica de malhas começou a trabalhar também por conta própria, e com um burro andava de porta em porta a vender tomates, feijão, fruta, etc.

Aos 40 anos de idade reformou-se por invalidez.

Teve quatro filhos, todos rapazes e considera que tem com eles uma boa relação. Em relação às noras, refere que as vê pouco. Vive com um filho, nora e dois netos de 10 e 3 anos, mas considera que é pouco acarinhada pela nora, que a classifica como uma pessoa que não quer trabalhar, passa os dias a passear com os filhos e vai durante o dia para casa do pai dela.

O marido faleceu quando ela tinha 39 anos de idade e o filho mais velho tinha 10 anos. Como não estava a conseguir cuidar deles teve de os mandar a todos para uma Instituição em Évora.

Após a morte do marido, teve uma relação conjugal que durou cerca de 10 anos. Mas como o seu filho não se dava bem com ele acabou por fazer com que se fosse embora. Associa esse período da sua vida aos melhores momentos que alguma vez viveu.

No dia 26/05/2010 foi efectuada uma entrevista à Sra. BC em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, concluiu-se que esta utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aprofundar aqui a evolução das entrevistas realizadas porque isso irá ser efectuado, de modo mais ou menos completo, ao longo deste Anexo.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

A Sra. BC considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com os filhos, não se recordando de grandes conflitos.

Inicialmente o pai e a mãe eram o sustento da família, até que ela e os irmãos começaram a trabalhar para ajudarem os pais nas despesas da casa.

A utente era a 2ª de 8 irmãos, 5 do sexo feminino e 3 do masculino. Neste momento é a mais velha viva.

Dos irmãos, 3 estão vivos e 4 morreram. Um morreu de acidente, outro de suicídio por defenestração, outro com um tumor maligno e o último de morte natural num Lar. Sabe que a irmã que se suicidou tinha problemas de cabeça e andava a ser tratada num Psiquiatra. Segundo a Sra. BC essa irmã passava os dias na cama e o marido dela tinha amantes.

A utente verbaliza que também teve muitos problemas com o seu marido. Segundo ela, ele bebia muito, fumava e batia-lhe.

Refere que a mãe faleceu com “falta de ar”, não se recorda com que idade. Relativamente ao pai não se recorda com que idade faleceu, mas sabe que foi com uma cirrose.

Segundo a utente, as relações entre os irmãos praticamente não existem.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Além da irmã que se suicidou e que tinha “problemas de cabeça” que não consegue especificar para além de dizer que ela passava os dias na cama, desconhece outros familiares com doenças do foro psiquiátrico.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

- HTA

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 71 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Peso: 76,5kg

Estado Nutricional: Bem nutrida

Altura: 1,52m

Nota: A idade aparente corresponde à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 118/66 mmHg

Frequência Cardíaca: 73 ppm

Temperatura: 36,2°c

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São castanhos-escuros e a acuidade visual está mantida. Pupilas simétricas, isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Activo, com amplitude de movimentos adequado à sua idade.

Extremidades: Simétricas, sem hematomas, equimoses, edemas ou deformações.

Articulações: Simétricas, aptas a realizarem movimentos activos.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza.

Tronco Posterior: Refere que por vezes tem dores nas costas, mas não se recorda de ter sofrido acidentes.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneica.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdica, com frequência de 73 ppm. O pulso é regular e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Não tem dentes cariados e tem falta de alguns. Não quer prótese.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Obstipada. Chega a estar 5/6 dias sem evacuar.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Rosada e hidratada na generalidade. Face com algumas rugas.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e liso com algum volume. O couro cabeludo não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: A Sra. BC tem uma aparência cuidada. Se for estimulada participa nas actividades que são realizadas no Centro. Intercala períodos em que fica sentada na sua mesa, com outros em que vai passear em volta da Associação. Ajuda frequentemente um outro utente da APOIO que é invisual, levando-o consigo quando vai deambular. Veste roupa adequada à sua idade. É uma pessoa que responde espontaneamente às questões e que se mostra perfeitamente receptiva às entrevistas.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se adequada, fácies aberto e expressivo, contudo refere frequentemente que quando está com outras pessoas, fica sem tema de conversa e que não sabe o que lhes dizer.

Linguagem: A Sra. BC apresenta um discurso coerente, pobre e negativista dizendo que se sente muitas vezes triste por já não conseguir trabalhar como trabalhava e por não ser muito acarinhada pela sua nora.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto sempre foi muito bom. A Sra. BC sempre verbalizou que necessitava muito de falar, mas o seu grande problema era não conseguir expor as suas ideias. Efectivamente, durante as entrevistas isso nunca aconteceu e a utente falava sem qualquer dificuldade dos problemas que a incomodavam.

Humor: Tonalidade depressiva.

Expressão Afectiva: Com o decorrer da entrevista exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de por vezes se emocionar e chorar.

Adequação: Aceita, com relativa facilidade, participar nas actividades propostas pelo Centro de Dia.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas à incapacidade de trabalhar e à dependência da nora, esposa do filho, com quem vive.

Concentração do Pensamento: Concentrada quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientada no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Refere sentir que se esquece mais relativamente há alguns anos atrás. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 21/30, o que atendendo ao facto de ser analfabeta, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: A utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressiva quer com os outros utentes, quer com os técnicos.

Julgamento: A utente refere que, com a velhice, já não é capaz de fazer nada do que fazia e as forças já não são as mesmas. A este propósito verbaliza: *“sou independente a vestir, despir, faço a minha cama e limpo o quarto, lavo a loiça e arrumo a cozinha, ainda varro o quintal, mas já não consigo fazer as coisas como fazia dantes...não sei, por vezes sinto falta de forças...depois a minha nora ralha...e é ela que tem de limpar o meu quarto”* (sic).

Confiabilidade: Penso ter conseguido estabelecer, com a utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: A utente apresentava o insight comprometido uma vez que sabia e sentia que estava triste, mas não sabia nada da doença.

Juízo Crítico: Sempre se mostrou disponível para participar nas entrevistas, pois verbalizava frequentemente que se sentia triste e que necessitava de alguém que “puxasse” por ela, que a ajudasse a falar dos seus problemas, de alguém que a ouvisse.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Portuguesa

Classe Sócio Cultural: Baixa

Estado Civil: Viúva

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

A Sra. BC é viúva, reformada e embora viva em casa de um filho é autónoma.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem uma boa relação com os filhos, netos e noras, com excepção da nora, esposa do filho, com quem vive.

Refere não ter praticamente relação com os irmãos.

Quando confrontada com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que tem e que são as pessoas da APOIO.

Tem uma atitude adequada para com os outros utentes e sempre se mostrou uma pessoa disponível para ajudar aqueles que eram mais dependentes.

Passa longos períodos na Sala Polivalente. Embora seja uma pessoa calada, fala e é simpática quando outras pessoas a abordam e a estimulam a falar.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESOAIS

Vive com um filho, a esposa deste e dois netos de 10 e 3 anos respectivamente, em Carnaxide. Moram numa vivenda. Embora goste de morar naquele local, muitas vezes não se sente muito bem lá pela má relação que tem com a nora, que lhe está sempre a dizer que ela não ajuda nada.

O local é bem servido pela rede de transportes públicos, mas são muito caros. Está inscrita no Centro de Saúde de Carnaxide, onde tem médico de família e onde vai quando necessita.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrita na APOIO, para não passar tanto tempo sozinha durante o dia.

A nora sai de manhã e só chega à noite, verbaliza a Sra. BC: *“ela vai passear com os filhos e não trabalha, nem quer trabalhar. Oh Sr. Enf.º eu fiquei pior da cabeça...às vezes sinto a cabeça vazia...quando o meu filho casou e levou a mulher lá para casa...eu dantes até me sentia cheia de energia e fazia as coisas...agora está sempre a discutir comigo...”* (sic).

Quando confrontada com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: *“Gosto, mas às vezes também me farto de estar tanto tempo sentada sem nada para fazer...em casa farto-me de estar muito tempo sozinha...”* (sic).

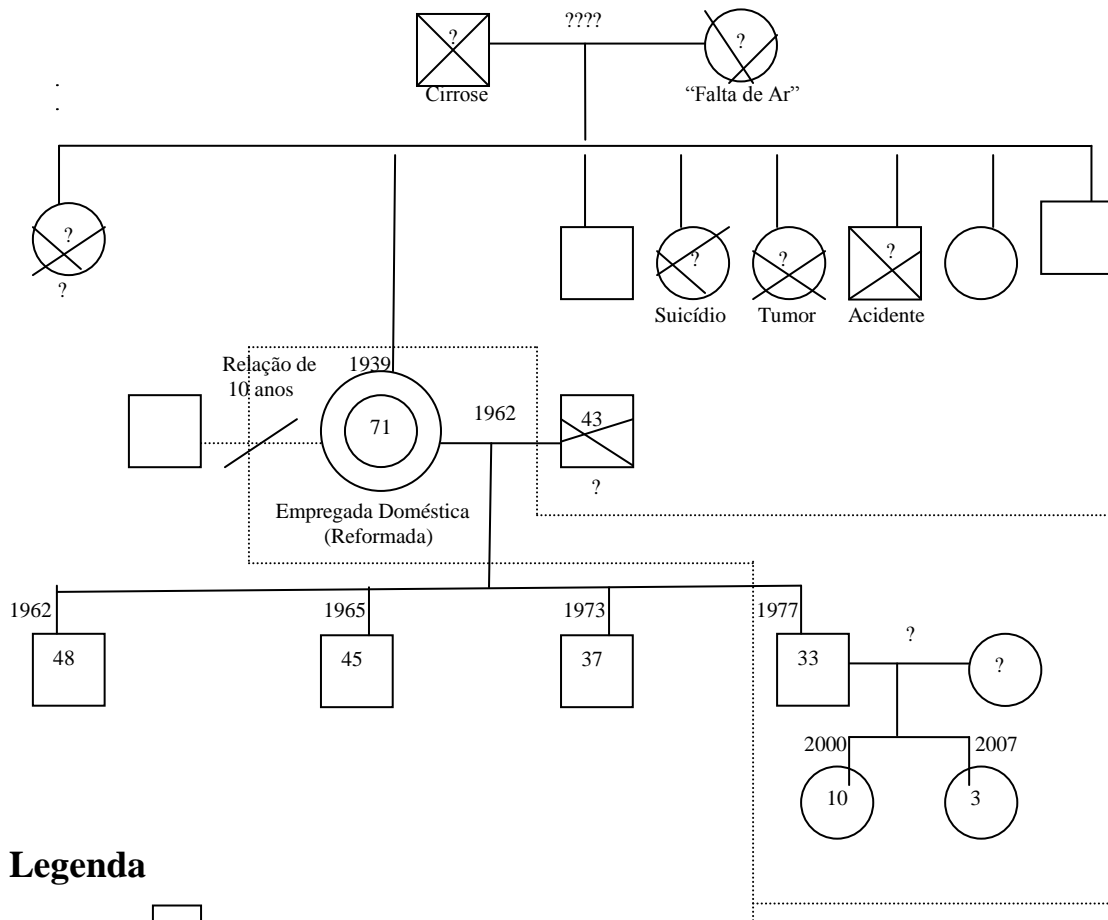
Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “o que é que um enfermeiro pode fazer por si?”, respondeu: *“acho que não pode fazer nada, mas para mim ter estado a falar consigo já foi muito bom”* (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

Não tem um projecto individual. Nem sabe o que fazer para além de vir diariamente para a APOIO e continuar a morar com a família do seu filho.

3.6 – GENOGRAMA

O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p.281).



Legenda

- Homem
- Mulher
- Casamento e Ano
- Viveram Juntos e Separação
- Morte
- Filhos
- Caso Índice

Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

Nota: Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu

Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

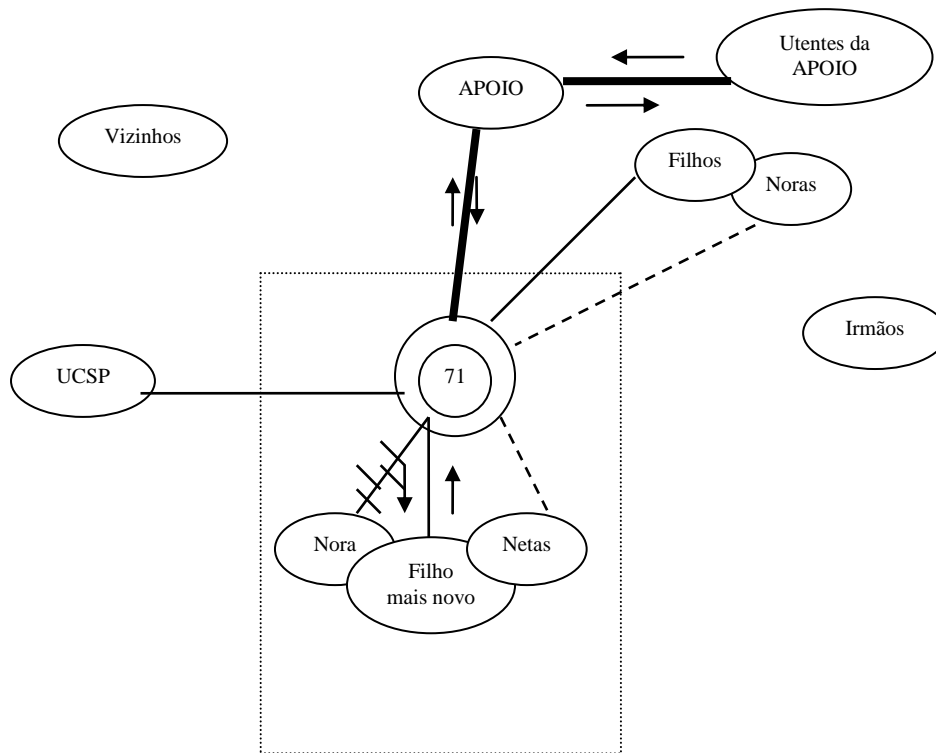
De acordo com o genograma pode-se verificar que a Sra. BC é a 2ª de 8 irmãos. Casou em 1962, mas o seu marido faleceu quando tinha 43 anos de idade, não sabendo dizer por que motivo. Deste casamento teve 4 filhos, e posteriormente teve uma relação com um senhor que durou cerca de 10 anos, tendo resultado numa separação.

Actualmente vive com o filho mais novo e respectiva família.

3.7 – ECOMAPA

Pela observação de um ecomapa pode-se ficar a conhecer as relações entre uma família e a comunidade, e ficar a saber quais os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005, p.282).

Através da sua análise pode-se constatar que a Sra. BC tem uma relação mais forte com a APOIO e respectivos utentes. A relação com os filhos é considerada forte, mas com a nora, com quem coabita, é conflituosa. Não tem relação com os vizinhos, nem com os irmãos.

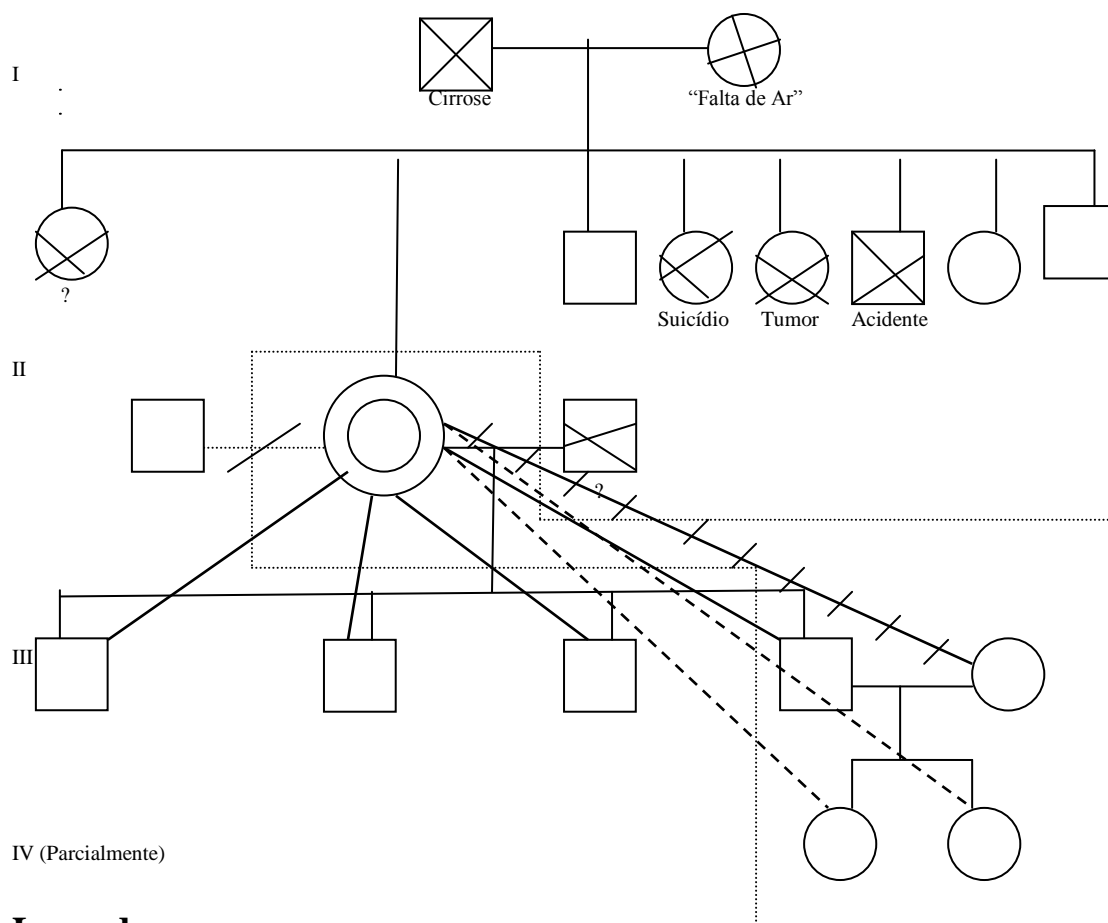


Legenda:

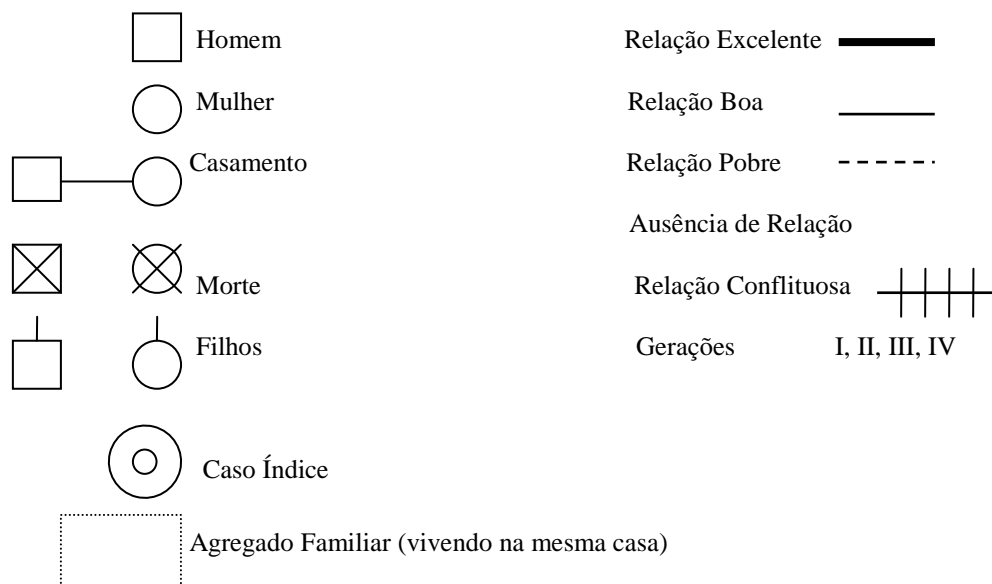
- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- - - -** Relação Fraca
- X X X X** Ausência de Relação
- +** Relação Conflituosa
- ←** Fluxo de Energia/Recursos
- Caso Índice
- Dentro do Símbolo: Idade**
- Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a sua família (LOBO, 2007, p.702).



Legenda



4 – FICHA TERAPÊUTICA

4.1 – PLANO FARMACOLÓGICO

De seguida dou a conhecer a terapêutica que a Sra. BC fez durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio, na APOIO.

→ Guia Terapêutico:

Lamictal 25mg 0+0+1+0+0+0

Zyprexa 5mg 0+0+ 0+0+0+1

Lorazepam 2,5mg 0+0+0+0+0+1

Legenda:

1+1+1+1+1+1 => Jejum+Pequeno Almoço+Almoço+Lanche+Jantar+Deitar

Notas:

- 1) Não foi possível apurar a data de início da toma de cada um dos medicamentos, em virtude deste dado não estar disponível na APOIO, da utente não se recordar, nem o ter registado e por referir que a sua família também não sabe;
- 2) Os nomes dos medicamentos acima escritos são os que estão referidos nos registos da APOIO. No ponto do trabalho respeitante à farmacologia, fazemos a ligação entre os nomes comerciais e genéricos.

4.2 – FARMACOLOGIA

Seguidamente vou apresentar a medicação que a Sra. BC cumpriu durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio na APOIO, referenciando o Nome Comercial, o Nome Genérico, o Grupo Terapêutico e as Indicações.

Optei por não tornar este ponto mais exaustivo, por considerar que não havia um interesse significativo nessa situação, uma vez que não estive a trabalhar com utentes em fase aguda.

Todos os medicamentos são de administração oral e a informação apresentada procura estar o mais direccionada possível para a utente.

Para o desenvolvimento deste ponto, usei o prontuário terapêutico.

Nome Comercial: Lamictal

Nome Genérico: Lamotrigina

Grupo Terapêutico: Antiepilépticos e anticonvulsivantes

Indicações: Monoterapia ou tratamento adjuvante de crises parciais; crises tónico-clónicas primária ou secundariamente generalizadas.

Nome Comercial: Zyprexa

Nome Genérico: Olanzapina

Grupo Terapêutico: Antipsicóticos

Indicações: Esquizofrenia e outras psicoses

Nome Comercial: Lorazepam

Nome Genérico: Lorazepam

Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos/Benzodiazepinas

Indicações: Ansiedade e sintomas ansiosos; insónia (tratamento a curto prazo).

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | X | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | | X |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | X | |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | X | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | | X |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | X |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | X | |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | | X |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | X | |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | | X |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 20

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 26/05/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | | X |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | X |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | X | |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | | X |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | X |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | X | |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | X |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | | X |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | X | |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | | X |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 13

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 18/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar a Sra. BC no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido um “instrumento” designado por Processo de Enfermagem e que “é uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os doentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal” (NEEB, 2000, p.115). Só assim, é possível avaliar as necessidades, elaborar diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados que constituem uma forma de comunicação escrita tendente a assegurar a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde.

Considerando as necessidades da Sra. BC, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção social e prevenção do isolamento, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua iniciativa;
- Melhorar a sua participação em actividades do Centro de Dia;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua vontade de viver;
- Melhorar a sua interacção social, diminuindo o seu isolamento.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação da Sra. BC e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC verbalize menos frequentemente sentimentos de desalento e de melancolia associados a problemas familiares;
- Que a Sra. BC verbalize menos frequentemente sentimentos de tristeza;
- Que não verbalize desinteresse pela vida;
- Que não apresente desleixo no autocuidado;
- Que participe mais facilmente nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Supervisionar tristeza;

- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnóstico: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC, verbalize menos frequentemente sentimentos de descontentamento associados a problemas familiares;
- Que a Sra. BC, verbalize menos frequentemente descontentamento relativamente à sua situação;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe, mais espontaneamente, em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe dos outros;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Melhorar autoconhecimento → ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas;

- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Supervisionar a frequência de auto-avaliações negativas;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnóstico: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC, verbalize menos frequentemente sentimentos de falta de esperança;
- Que a Sra. BC, verbalize menos frequentemente sentimentos de exclusão;
- Que não apresente isolamento social;
- Que participe, mais espontaneamente, em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de companhia, de simpatia e de amizade;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Informar sobre as consequências da solidão;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;

- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderadamente grave, no Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que a Sra. BC, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;
- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas situações que anteriormente lhe eram indiferentes ou completamente desinteressantes;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar a GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;

- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com o indivíduo sobre o seu estado de humor, avaliar o tipo de humor apresentado, referir a importância do humor como agente socializante;
- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência;
- Que a Sra. BC utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto prazo e a longo prazo, promover o treino de estratégias;

- ▶ Instruir a pessoa sobre táticas de resolução de problemas.

Diagnóstico: - Vontade de viver diminuída.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BC não verbalize desinteresse pela vida;
- Que a Sra. BC não verbalize desinteresse por actividades que habitualmente gostava de fazer;
- Que demonstre comportamentos de procura de ajuda;
- Que encontre satisfação na vida;
- Que não verbalize ideação suicida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares;
- ▶ Motivar para um projecto de vida → explorar, em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida; encorajar a identificar as suas próprias habilidades (positivas) e forças; incentivar a pensar/reflectir sobre acontecimentos gratificantes e frustrantes da sua vida; discutir soluções alternativas ao seu modo de vida; ajudar a identificar e estabelecer os seus próprios objectivos; ajudar a estabelecer um projecto de vida.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sra. BC

1ª Entrevista (14/10/2010)

Duração: 20 minutos

Convidei a Sra. BC a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela num local mais acolhedor e reservado. Ao chegarmos à Sala puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretaria.

Esta entrevista foi realizada com o objectivo de esclarecer a Sra. BC do objectivo do trabalho, e se estaria disposta a participar nas entrevistas que eu pretendia realizar.

Ela referiu que muitas vezes se sente triste, sem pessoas para conversar e que mesmo com as pessoas que frequentam o Centro de Dia, muitas das vezes não tem nada para dizer, pois sente a sua cabeça vazia. Diz mesmo que precisava de alguém que puxasse por ela para ver se conseguia falar com mais facilidade.

Acaba por dizer que agradece que falemos regularmente, pois pode ser que depois também consiga falar mais facilmente com as outras pessoas.

No final da entrevista, pediu desculpa se depois não souber o que dizer, mas referiu que gostava muito de ser ajudada.

Intervenções:

Procurei transmitir segurança e acalmar a Sra. BC, dizendo-lhe que em momento algum ela iria ter dificuldade nas entrevistas, e que a minha função era ajuda-la e apoia-la nas suas dificuldades.

Tentei que esta fosse uma entrevista de aproximação à Sra. BC, e o início do estabelecimento de uma relação de ajuda.

Perguntei-lhe se já tinha pensado no que poderia fazer para não se sentir tão triste? Referiu: *“gostava de me integrar no grupo, de saber o que dizer...era uma maneira de não estar tão sozinha”* (sic). E já tentou fazer isso? Sorrindo disse que às vezes tenta, mas depois tem medo que a achem “chata”. Disse-lhe que já estávamos a conversar à algum tempo e acreditava que não estávamos a ser aborrecidos. Perguntei-

lhe o que pensava disso? “*oh Sr. Enf.º eu não o acho nada chato...até gosto que puxe por mim...que me faça falar*” (sic).

No final da entrevista, acompanhei-o à Sala Polivalente, fomos falando do tempo e dos passeios que gosta de dar à volta do edifício da APOIO.

Sra. BC

2ª Entrevista (26/10/2010)

Duração: 1 hora e 15 minutos

Convidei a Sra. BC a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela a fim de a conhecer melhor. Referi-lhe, por diversas vezes, que só responderia aquilo que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum a Sra. BC seria identificada.

O trabalho desenvolvido teria o objectivo de a ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida da Sra. BC e ficar assim a conhecê-la muito melhor.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, mais pormenorizadamente no ponto A deste anexo.

Sra. BC

3ª Entrevista (29/10/2010)

Duração: 45 minutos

Como sempre, tentei tornar o Gabinete Clínico, o mais agradável possível. Abri as janelas abertas para permitir a entrada do sol, para podermos olhar para o exterior e ver a relva, e os arbustos a oscilar ao sabor do vento. Liguei a música ambiente e acredito ter assim, conseguido um ambiente físico muito bom para a realização da entrevista.

Abordei a Sra. BC, na Sala Polivalente e convidei-a a ir ao Gabinete Clínico onde iria decorrer mais uma entrevista. Acompanhei-a e a fim de começar a estabelecer uma relação de empatia comecei por falar do tempo. Ao chegarmos ao Gabinete, convidei-a a sentar-se junto de mim, evitando a existência de barreiras como por exemplo a secretária.

A Sra. BC disse-me que gostava de ter temas de conversa, mas que não sabe o que dizer; que gostava de falar comigo, mas não sabe de quê. Em dado momento disse: *“...só se puxar por mim, eu também gostava de falar com as outras pessoas, mas sou sempre muito calada, nem sei o que dizer”* (sic).

Falámos do tempo, e depois falou-me da sua vida, das dificuldades que a mãe passou para criar os filhos, que chegou a não comer para que ela não passasse fome. Disse-me de seguida, que chegou a fazer o mesmo pelos seus filhos. Andava a vender com um burro, passava os dias a andar, fazia grandes esforços para o carregar, mas sente que embora fossem tempos muito difíceis era mais feliz, gostava daquilo que fazia e mesmo agora se pudesse, ainda gostava de continuar na venda.

Presentemente, a Sra. BC está reformada, a reforma é pequena, mas mesmo assim tem de ajudar o filho, ele ganha pouco, é pintor de carros e a mulher não trabalha, está a cuidar dos filhos...também não é muito orientada, comem muitas vezes fora, ou compram comida feita, e isso fica muito caro.

Intervenção:

Reforcei as coisas boas que a Sra. BC fez ao longo da vida, e o facto de estar sempre pronta para ajudar os outros. Apoia frequentemente o Sr. CC, invisual, no deambular pelo Centro de Dia, ou mesmo pelo exterior, indo com ele até à pista de atletismo, onde costumam fazer o exercício, mais ou menos diário de “marcha”. Tentei que reflectisse acerca daquilo que faz e de como é uma pessoa útil e activa.

Verbalizei que tinha dito que por vezes se sentia muito nervosa: *“e sinto Sr. Enf.º, quando tenho de fazer coisas novas, tenho medo de não conseguir fazer bem. Olhe quando começámos a falar, nas primeiras vezes...já o conhecia, mas sentia-me muito nervosa, com medo de não dizer bem as coisas, mas afinal agora já não fico...não tenho de dizer nada que não saiba...até gosto de falar consigo...já me sinto à vontade”* (sic).

Perguntei-lhe se se sentia inútil? Respondeu que se pensar no que ainda faz, nomeadamente ajudar o filho, sente que ainda faz falta a algumas pessoas.

Situação:

Terminada a entrevista foi marcada uma outra para o dia 02/Nov./2010.

Sra. BC**4ª Entrevista (02/11/2010)****Duração: 55 minutos**

A Sra. BC esteve a participar numa actividade de trabalhos manuais, mas a dada altura já dizia que sentia a cabeça a doer e que já não era capaz de trabalhar mais. Veio comigo até ao Gabinete Clínico, e lá referiu que sente a cabeça vazia, que tem dificuldade em se concentrar e as outras pessoas pensam que ela é preguiçosa, que não quer trabalhar, mas diz que não é isso. Sente que não é capaz.

O discurso da Sra. BC é sempre pessimista, não é capaz..., já não vale nada..., no entanto, quando são analisadas as actividades que desenvolve, passo a passo, consegue fazer inúmeras coisas. **Intervenção:** foi estimulada a pensar nas coisas que consegue fazer. Abordei o facto de hoje já ter feito a sua cama, já ter escolhido a sua própria roupa, já se ter vestido, já ter esperado pelo transporte para vir para o Centro, já se ter alimentado independentemente, já ter ido passear com o Sr. CC que pelo facto de ser invisual, necessita de alguém que “seja” os seus olhos...

Referiu ainda que não faz falta a ninguém. Tentei estimular a entender que além de apoiar o Sr. CC e de ajudar o filho nas despesas da casa ainda ajuda, na casa do filho, a lavar a loiça, a limpar o quintal, etc.

Durante a entrevista, procurei elogiar a Sra. BC, em relação ao que consegue fazer e na importância que tem para as outras pessoas.

Refere frequentemente que se sente triste, por não saber o que dizer às outras pessoas, pelo que muitas vezes se sente só junto dos outros. **Intervenção:** Foi incentivada a reflectir que enquanto esteve na entrevista comigo, poucos foram os seus momentos de silêncio.

Verbalizou que só pelo facto de saber que vai haver festa no Centro, já está a ficar nervosa, que não sabe o que irá vestir, que tem dificuldade em estar no meio de multidões, porque não sabe o que deve dizer às pessoas. **Intervenção:** Disse-lhe que eu iria estar cá e que se sentisse sozinha poderia vir ter comigo. Acabou por referir que até gosta de falar comigo e que realmente estava a falar mais do que é habitual. Em relação

à roupa para vestir, no dia da festa, perguntei-lhe o que pensava fazer? Respondeu que se tivesse muita dificuldade em escolher a roupa que irá trazer, optaria por vestir a do dia-a-dia, uma vez que nem está suja...

Elogiei-lhe a sua roupa e a harmoniosa conjugação de cores, fazendo uma toilette que lhe ficava muito bem. Por isso, acreditava que para o dia da festa a Sra. BC também iria conseguir vestir-se muito bem. Não há qualquer dúvida de que a Sra. BC se veste de modo adequado.

Terminada a entrevista, fiz questão de acompanhar a Sra. à Sala Polivalente. No percurso, perguntei-lhe se a cabeça ainda lhe doía muito, tendo referido que: *“não..., agora não me dói...às vezes sinto-a é vazia e às vezes tenho dificuldade em pensar e em encontrar temas de conversa..., mas doer...na realidade não me dói...até me sinto melhor...”* (sic). Acabou por pedir desculpa por ter estado a incomodar com as suas coisas. Disse-lhe que não tinha de pedir desculpa, pois estava lá para ajudar, e disponibilizei-me para a ouvir e reflectir com ela, sempre que sentisse necessidade.

Situação:

Foi agendada nova entrevista para dia 05/Nov/2010.

Sra. BC

5ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 50 minutos

A Sra. BC referiu que gostou muito da festa e que na realidade se sentiu bem. Não teve qualquer dificuldade em escolher a roupa e foi com uma roupa diferente da do dia-a-dia, referindo: *“ora, eu também queria vir bem apresentada”* (sic).

Embora verbalize que tem dificuldade em fazer as coisas, que não consegue, que não é capaz, que nada vale a pena...é uma pessoa que na realidade consegue fazer as coisas. **Intervenção:** Foi estimulada a ver que efectivamente faz as suas coisas e foi ajudada a reflectir acerca do facto.

Por períodos fica calada, mas depois acaba por verbalizar que efectivamente vai fazendo algumas coisas. Até referiu que é ela que levanta a sua reforma no banco e que não sente qualquer necessidade em ser ajudada na área da gestão do dinheiro.

Solicitou que lhe avaliasse a glicemia, porque gostava de saber se podia continuar a comer uns “bolitos”. Com um sorriso nos lábios e de modo espontâneo e descontraído, disse que é um “bocadito” gulosa.

Verbalizou anteriormente que não gosta de se levantar cedo. Abordada esta questão, disse-me que se levanta para vir para a APOIO sem grandes dificuldades. Relativamente a pensar que a situação das outras pessoas seria melhor ou pior que a sua, diz que a sua é pior. **Intervenção:** Foi incentivada a pensar nas pessoas que a rodeiam e após uma pausa disse: “...*não sei...talvez a minha não seja a pior...*” (sic).

Pedi-lhe para dizer como tinha sentido a festa. Verbalizou que gostou muito, que gostou de ter cantado, de bater as palmas e de ter tido a possibilidade de ter ficado na primeira fila.

Questionada acerca de achar que fala pouco, quando efectivamente até fala sem grandes dificuldades, de já a ter encontrado por inúmeras vezes em diálogo com outras pessoas do Centro, muitas vezes a sorrir e até a jogar dominó, obtive como resposta um sorriso.

Deambula frequentemente com o Sr. CC no espaço circundante ao Centro. Em tom de brincadeira e tentando tornar a entrevista mais agradável disse-lhe que quando os vi de manhã a andar junto à pista de atletismo, pareciam um casal de namorados. Sorriu, e disse que gosta muito da companhia do Sr. CC e de passear no complexo desportivo, circundante à APOIO com ele.

Referiu que foi muito bom ter estado a ouvir música ao vivo: “*oh! Sr. Enf.º, nessas alturas está tudo bem...nem se pensa em mais nada...*” (sic). **Intervenção:** Perguntei-lhe se acha a vida interessante com este tipo de actividades e se é bom estar viva? Sorriu e disse que é bom estar vivo que é bom terem este tipo de actividades, mas gostava que houvesse mais eventos deste tipo, mais passeios...

Sra. BC

6ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 55 minutos

A Sra. BC começou por falar da viagem que fizeram. Disse que gostou muito de ter ido: “...nunca tinha passado na Ponte Vasco da Gama e foi muito bonito passar lá, ...ver o rio...os sítios por onde ia passando...o motorista ia falando e dizendo os nomes das terras...” (sic). Verbalizou que gostava que a Animadora tivesse ido, porque ela consegue pôr todas as pessoas a cantar, mas como não foi ainda houve alguém que iniciou umas cantorias. Fala da viagem com um fâcies aberto e mostrando grande satisfação.

Intervenção: Confrontei-a com o facto de dizer que sente a cabeça vazia e que não sabe o que dizer às outras pessoas, quando na verdade observei-a a falar da viagem com outras pessoas, a comentar o que tinham visto, do que tinham gostado mais e menos. Isto, de um modo lógico e adequado. Passados uns momentos de silêncio, sorriu e disse: “...parece que às vezes até falo...acho que talvez agora...já fale mais facilmente...é verdade estivemos na mesa a falar da viagem que fizemos...era bom que houvesse mais...assim já tínhamos de que falar...” (sic).

Abordando as festas, os fados, questionei-a se isso não a faz sentir-se bem, pois vi-a a cantar e a bater as palmas. Por outro lado, quando estava a entrar para o autocarro a fim de irem dar o passeio, disse-me que gostava muito de viajar, que se sente muito bem quando sai nestas actividades, que fica muito feliz nestes momentos. Fazia-lhe lembrar os tempos em que era mais nova, em que passeava. Agora, mesmo aqui na APOIO, viajam muito menos comparativamente com o que se viajava há alguns anos atrás. Referiu que nem ficou nada nervosa, que se sentiu cheia de energia, e com vontade de conhecer sítios novos. Verbalizou que foi excelente e que se sentiu muito bem cada vez que saiu das rotinas diárias. Nessas alturas não se sente nada desanimada ou abatida, nem pensa muito nos problemas da vida.

Perguntei-lhe se acha a vida interessante e se é bom estar vivo? Disse que: “era necessário haver mais momentos destes...isto faz pensar que a vida é boa” (sic).

No final da entrevista referiu que gostou muito de ter estado a falar comigo, dizendo isso com um sorriso nos lábios e mostrando satisfação. Acabou por verbalizar que parece que comigo tem sempre coisas para dizer, mas acha que sou eu que puxo por

ela. **Intervenção:** Confrontei-a com o facto de também falar com outras pessoas descontraidamente quando não estou por perto, sorriu a agradeceu o meu trabalho.

Em toda a entrevista, procurei respeitar sempre os seus momentos de silêncio, e espontaneamente não verbalizou situações da sua vida menos felizes.

Sra. BC

7ª Entrevista (18/11/2010)

Duração: 20 minutos

Convidei a Sra. BC a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e utilizei esta entrevista para aplicar a GDS final.

Terminei, dando por concluídas as entrevistas formais que decorreram nestas últimas semanas. Mas, embora tivesse terminado o meu tempo oficial de estágio, disse à Sra. BC que ainda iria ficar pelo Centro durante mais algum tempo, pelo que se necessitasse de algo em que pudesse ser útil estaria à sua disposição.

ANEXO XXV - Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. BD

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Nome: BD

Idade: 66 anos

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 20/01/1944

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Divorciada

Habita com: Filho

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Figueiró da Granja

Residência: Linda-a-Velha

Nível Socio-económico: Vive da sua reforma

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: 1º Ciclo

Profissão: Doméstica

Religião: Católica

Pessoas Significativas: Filho

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

A Sra. BD nasceu em casa, o parto foi eutócico e desconhece se ocorreu algum problema. Foi a mais nova de 5 filhos e embora refira que a gravidez não tenha sido planeada, sente que foi uma filha desejada e acarinhada pelos pais. A Sra. BD refere: “*o meu pai era uma pessoa rígida, mas tanto ele como a minha mãe eram amigos dos filhos...ainda hoje choro com saudades deles*” (sic).

A mãe amamentou-a, não sabendo especificar até que idade.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

Foi criada pela mãe. Os pais trabalhavam no campo. Considera que a sua relação com os irmãos, era boa e a este respeito verbaliza: *“nessas idades éramos muito amigos, mas agora praticamente não nos relacionamos. A minha irmã mais velha não foi criada connosco...foi criada pelos padrinhos...teve a possibilidade de estudar e é professora...”* (sic).

Não sabe se usou chucha, nem com que idade começou a comer papas ou sopa. Também não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Entrou para a escola aos 8 anos e fez a 3ª classe enquanto viveu com os pais. Na escola tinha muitos amigos, mas a Beatriz era a sua maior amiga. Gostou muito de andar na escola e até lhe diziam que era boa aluna. Adorava ler, mas tinha dificuldade em ver.

Gostava muito de brincar com os irmãos e com as outras crianças. Mas aos 12 anos teve de começar a trabalhar, nas terras, para ajudar os pais.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais, juntamente com os seus irmãos, mas com excepção da irmã mais velha que foi criada pelos padrinhos.

A Sra. BD, refere que além dos irmãos, sempre teve grupos de amigos com quem brincava, gostava de conversar e sair. Verbaliza que por estas idades veio a Lisboa ao cinema, ver o Charlot.

Até por volta dos 20 anos de idade trabalhou no campo para ajudar os seus pais. A fim de procurar melhorar a sua vida, com 20 anos foi para Angola, ter com o seu irmão.

Quando lá chegou inscreveu-se numa escola e fez a 4ª classe. Começou também a trabalhar numa fábrica de bolachas e posteriormente numa de revistas.

2.1.5 – História da Vida Actual

Só deixou a casa dos pais pelos 20 anos de idade, para ir ter com o seu irmão a Angola. Nessa altura, acabou a 4ª classe e começou a trabalhar numa fábrica de bolachas.

Em Angola, já com 21 anos teve o seu primeiro namorado, pessoa com quem veio a casar e que viria a ser o pai dos seus filhos.

Depois da fábrica de bolachas, foi trabalhar para uma fábrica de revistas. Adorou trabalhar nesta última porque além de se sentir realizada tinha lá muitas amigas.

Tiveram um filho e duas filhas. Posteriormente o marido deixou-a e foi viver com outra mulher e a Sra. BD refere que passou muita fome.

Actualmente não tem grande relação com as filhas, dizendo que as vê quase de ano a ano. Em relação ao filho, ele mora com ela mas nunca foi uma pessoa de ter um emprego certo, ou seja vai fazendo uns biscates, tem jeito para trabalhar com madeiras e é também um bom pintor da construção civil.

A chorar diz: *“gostava de ter o meu filho arrumado, com um trabalho e um ordenado ao fim do mês...é ele que mais me preocupa...está muito dependente de mim...vivemos da minha reforma...e se eu lhe falta?”* (sic).

Ingressou na APOIO, quando o marido saiu de casa e na sequência das graves dificuldades económicas que estava a ter e da fome que estava a passar.

Actualmente não passa fome, mas continua a verbalizar que tem uma situação económica difícil, ao ponto de por vezes não ter dinheiro para pagar o gás e ter de tomar banho de água fria.

No dia 26/05/2010 foi efectuada uma entrevista à Sra. BD em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, pude concluir que esta utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aqui aprofundar a evolução das entrevistas de ajuda porque isso irá ser efectuada, de modo mais ou menos directo, ao longo deste Anexo.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

A Sra. BD considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com os filhos, não se recordando de grandes conflitos.

Inicialmente o pai e a mãe eram o sustento da família, até que ela e os irmãos começaram a trabalhar para ajudarem os pais nas despesas da casa.

O pai e a mãe trabalhavam no campo. Trabalhavam muito e viviam com dificuldades. A utente refere-se ao pai como uma pessoa ríspida, mas amiga dos filhos. A mãe era carinhosa com eles. Refere que a mãe faleceu aos 78 anos de idade, por uma “fraqueza nos pulmões”. Relativamente ao pai, refere que faleceu aos 80 anos, acamado após ter tido um AVC.

A utente era a mais nova de 5 irmãos, 3 do sexo feminino e 2 do masculino. Como não tem contacto com os irmãos, não tem a certeza mas pensa que são todos vivos, mas não sabe as suas idades. Só soube dizer que a irmã mais velha foi a única que estudou, pois os padrinhos tinham posses e depois veio a casar com um advogado, referindo que será de todos os irmãos a que está economicamente melhor na vida.

Viveu harmoniosamente com os pais e irmãos até aos 20 anos, altura em que foi viver com o seu irmão para Angola.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Desconhece doenças do foro psiquiátrico ou orgânico na sua família.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

- Diabetes, Varizes, Fibrilhação auricular e HTA.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 66 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Peso: 93,4kg

Estado Nutricional: Bem nutrida

Altura: 1,58m

Nota: A idade aparente é muito superior à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 102/67 mmHg

Frequência Cardíaca: 90 ppm

Temperatura: 36,3°c

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São castanhos e a acuidade visual está mantida com o uso de óculos. Pupilas simétricas, isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Activo, com amplitude de movimentos adequado à sua idade.

Extremidades: Simétricas, sem hematomas, equimoses, edemas ou deformações.

Articulações: Simétricas.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza.

Tronco Posterior: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneica.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdica, com frequência de 90 ppm. O pulso é arritmico e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Tem alguns em falta, outros cariados.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Sem alterações, evacuando habitualmente uma vez por dia.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Rosada e hidratada na generalidade. Face com rugas.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e liso com algum volume. O couro cabeludo não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: A Sra. BD tem uma aparência cuidada. Participa facilmente nas actividades que são realizadas no Centro e inclusivamente pertence ao Grupo Coral da APOIO. É muito sociável com utentes e funcionárias. Veste roupa adequada à sua idade. É uma pessoa que responde espontaneamente às questões e que se mostra perfeitamente receptiva à entrevista.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se geralmente adequada, fâcies aberto e expressivo. Contudo por vezes quando fala da sua vida chora facilmente e chega a verbalizar que por vezes pensa que era preferível que Deus a leva-se.

Linguagem: A Sra. BD apresenta um discurso coerente, pobre e negativista dizendo que já não espera muito desta vida, mas sabe que o filho precisa muito dela. Fala com alguma labilidade emocional, chegando a deixar cair algumas lágrimas.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto sempre foi muito bom, procurando frequentemente o enfermeiro para lhe avaliar a glicemia capilar e/ou para falar. Falava facilmente dos problemas que a preocupavam.

Humor: Tonalidade depressiva.

Expressão Afectiva: Com o decorrer da entrevista exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de por vezes se emocionar e chorar.

Adequação: Participa sem qualquer dificuldade nas actividades propostas no Centro de Dia.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas ao facto do seu filho estar dependente dela.

Concentração do Pensamento: Concentrada quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientada no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 24/30, o que atendendo ao facto de ter como habilitações o 1º ciclo, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: A utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressiva quer com os outros utentes ou com técnicos.

Julgamento: Refere que com a velhice, já não é capaz de fazer o que fazia e as forças já não são as mesmas. A este propósito verbaliza: *“o meu filho pensa que eu posso como podia dantes, mas não...já não tenho as forças que tinha, canso-me mais...”* (sic).

Confiabilidade: Acreditamos que conseguimos estabelecer, com a utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: A utente apresentava insight. Identificava a sua tristeza e os factores que contribuía para a mesma.

Juízo Crítico: Sempre foi muito colaborante nas entrevistas e procurava-me frequentemente mesmo sem ter entrevista marcada. Chegou a verbalizar que gostava de se sentar no Gabinete Clínico a desabafar, gostava de sentir que tinha alguém que a ouvia.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Portuguesa

Classe Sócio Cultural: Baixa

Estado Civil: Divorciada

Religião: Católica, pouco praticante.

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

A Sra. BD é autónoma, divorciada, reformada e o filho mais velho vive com ela e é, na prática, economicamente seu dependente.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem geralmente uma boa relação com o seu filho, com quem vive, e uma fraca relação com as suas filhas.

Refere que não tem relação com os irmãos, contudo lamenta o facto de não ter com eles uma relação afectiva mais próxima.

Quando confrontada com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que tem e que são as pessoas da APOIO.

Tinha uma atitude adequada para com os outros utentes, e no final do meu Estágio aceitou participar no “Grupo Terapêutico”.

Passava longos períodos na Sala Polivalente, participando nas actividades que lhe eram propostas.

É uma pessoa sociável, gosta de cantar, dançar, contar anedotas e é simpática quando outros utentes a abordam.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESSOAIS

Vive com o filho no 1º andar de um prédio em Carnaxide. Gosta muito de morar naquele local e naquele prédio, embora diga: *“não tenho grande relação com os vizinhos...cada um faz a sua vida...as minhas amigas são aqui da APOIO”* (sic).

O local é bem servido pela rede de transportes públicos e tem uma paragem perto da sua casa.

Está inscrita no Centro de Saúde onde tem médico de família e onde vai quando necessita.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrita na APOIO, na sequência da saída de casa do ex-marido e por estar a passar por grandes dificuldades económicas, verbalizando que estava a passar muita fome. Quando confrontada com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: *“Gosto muito. Além das actividades que tenho aqui, gosto muito do convívio com as pessoas e posso mesmo dizer que as minhas amigas são todas da APOIO. No Centro como bem e não passo fome”* (sic).

Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “Quer falar acerca daquilo que, neste momento, mais a preocupa?”, respondeu: “*é o meu filho*” (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

O seu projecto individual passa por ir continuando no Centro de Dia da APOIO, por ir ajudando o seu filho e gostava de o ver empregado, mas não sabe o que fazer nesse sentido.

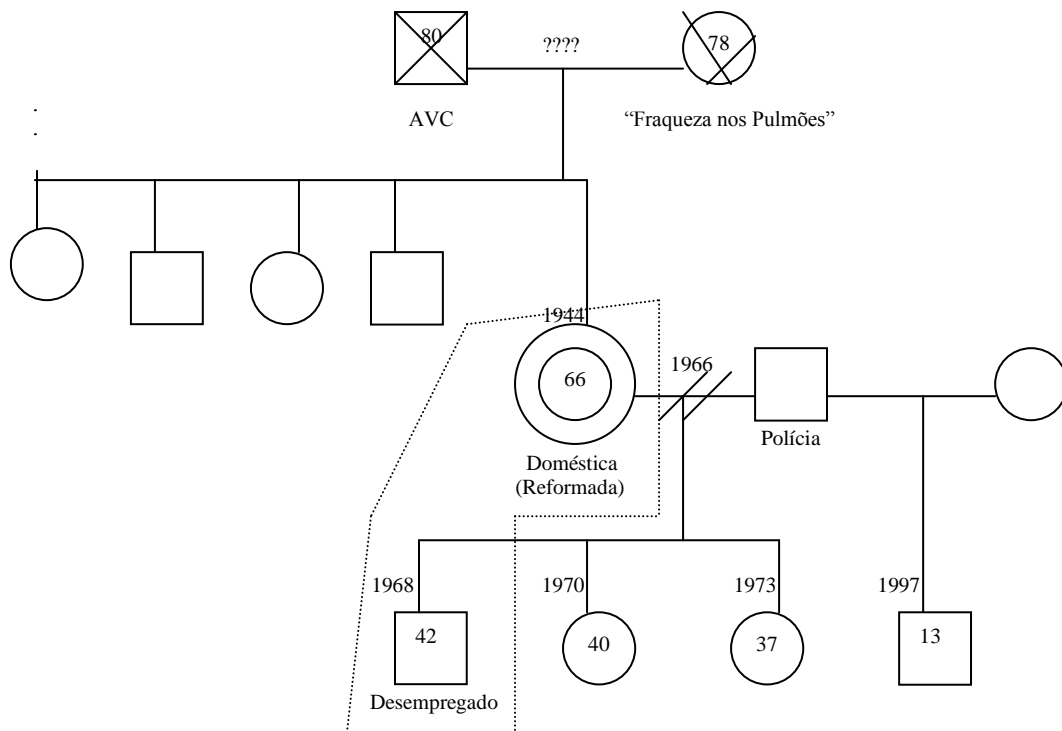
É importante referir que a Sra. BD diz que as outras filhas não têm grande relação nem com ela nem com o irmão, pelo que não podem contar muito com a ajuda delas.

3.6 – GENOGRAMA

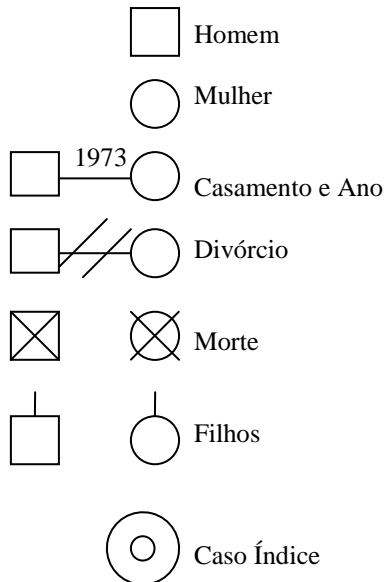
O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p.281).

Pela análise do genograma, podemos constatar que a Sra. BD é a mais nova de 5 filhos. Casou em 1966, e desta relação teve 3 filhos, posteriormente divorciou-se e o ex-marido voltou a casar, tendo um filho dessa relação. Actualmente vive com o filho mais velho de 42 anos de idade.

GENOGRAMA



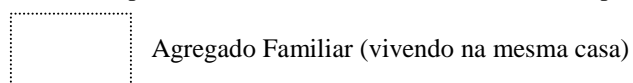
Legenda



Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

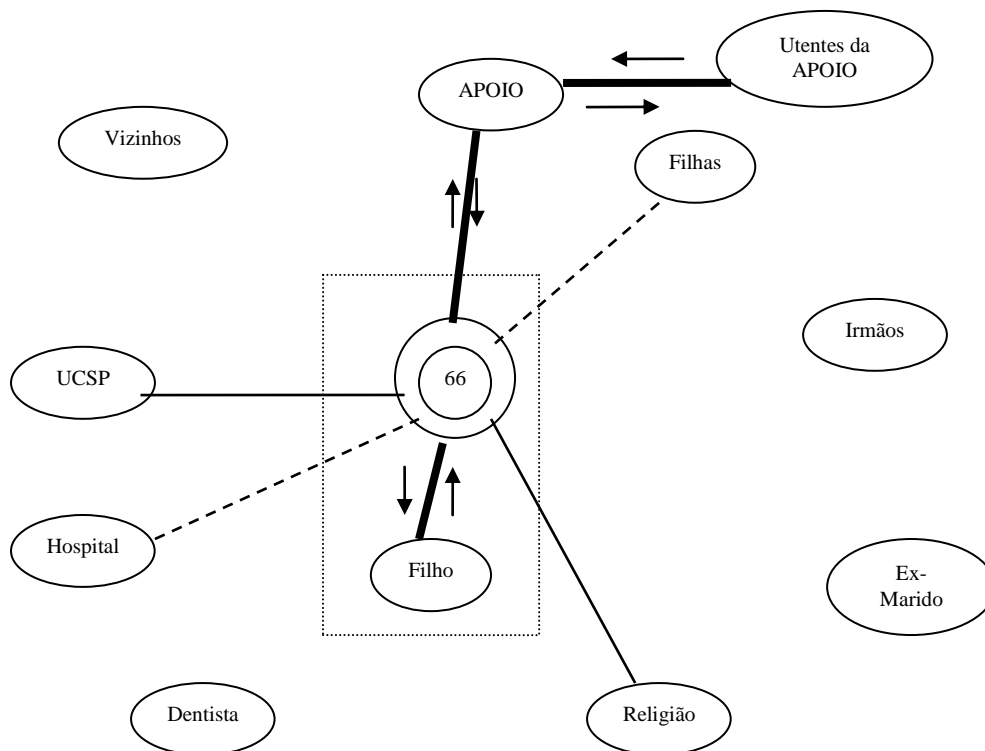
Nota: Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu



3.7 – ECOMAPA

Pela observação de um ecomapa podemos inteirar-nos das relações entre uma família e a comunidade, e ficar a conhecer os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005, p.282).

Analisando o ecomapa, verifica-se que a Sra. BD tem relações mais fortes com o filho, APOIO e respectivos utentes. A sua relação com as filhas é fraca e não tem qualquer relação com os irmãos.



Legenda:

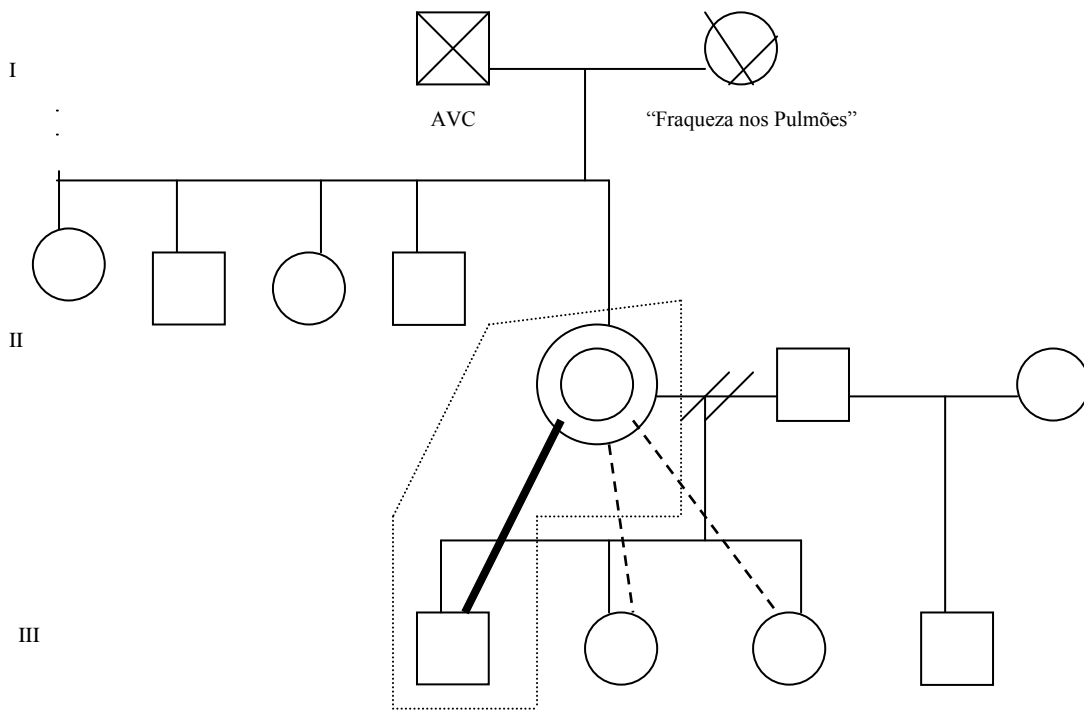
- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- - - - - Relação Fraca
- Ausência de Relação
- |||| Relação Conflituosa
- > Fluxo de Energia/Recursos
- <———— Fluxo de Energia/Recursos
- Caso Índice
- Dentro do Símbolo: Idade

⋯⋯⋯⋯⋯⋯ Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que nos dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a sua família (LOBO, 2007, 702).

PSICOFIGURA DE MITCHELL



Legenda

| | | | |
|--|---|--|---------------------|
| | Homem | | Relação Excelente |
| | Mulher | | Relação Boa |
| | Casamento | | Relação Pobre |
| | Morte | | Ausência de Relação |
| | Filhos | | Relação Conflituosa |
| | Caso Índice | | Gerações |
| | Agregado Familiar (vivendo na mesma casa) | | |

Pela análise da Psicofigura de Mitchell, verifica-se que a Sr. BD considera que tem uma relação excelente com o filho e relações pobres com as duas filhas. Não tem qualquer relação com os irmãos, nem com o ex-marido.

4 – FICHA TERAPÊUTICA

4.1 – PLANO FARMACOLÓGICO

De seguida dou a conhecer a terapêutica que a Sra. BD fez durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio, na APOIO.

→ Guia Terapêutico:

| | |
|-------------------|---------------|
| Omeprazol 20mg | 1+0+0+0+0+0 |
| Aldactone 25mg | 1+0+ 0+0+0+0 |
| Coversyl 10mg | 0+1+0+0+0+0 |
| Lasix 40mg | 0+1+0+0+1+0 |
| Risidon 1000mg | 0+1+1+0+1/2+0 |
| Daflon | 0+2+0+0+2+0 |
| Sinvastatina 20mg | 0+0+0+0+1+0 |

Legenda:

1+1+1+1+1+1 => Jejum+Pequeno Almoço+Almoço+Lanche+Jantar+Deitar

Notas:

- 1) Não foi possível apurar a data de início da toma de cada um dos medicamentos, em virtude deste dado não estar disponível na APOIO e da Sra. BD verbalizar que não o tinha registado nem se recordava do mesmo;
- 2) Os nomes dos medicamentos acima escritos são os que estão referidos nos registos da APOIO. No ponto do trabalho respeitante à farmacologia, faço a ligação entre os nomes comerciais e genéricos.

4.2 - FARMACOLOGIA

Seguidamente vou apresentar a medicação que a Sra. BD cumpriu durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio na APOIO, referenciando o Nome Comercial, o Nome Genérico, o Grupo Terapêutico e as Indicações.

Optei por não tornar este ponto mais exaustivo, por considerar que não havia um interesse significativo nessa situação, uma vez que não estive a trabalhar com utentes em fase aguda.

Todos os medicamentos são de administração oral e a informação apresentada procura estar o mais direccionada possível para a utente.

Este ponto foi desenvolvido, com base no prontuário terapêutico.

Nome Comercial: Omeprazol

Nome Genérico: Omeprazol

Grupo Terapêutico: Antiácidos e anti-ulcerosos/Modificadores da secreção gástrica/Inibidores da bomba de protões

Indicações: Úlcera péptica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger Ellison. Erradicação do H. pylori, em associação.

Nome Comercial: Aldactone

Nome Genérico: Espironolactona

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Diuréticos poupadores de potássio

Indicações: Prevenção da espoliação do potássio resultante da utilização prolongada de certos diuréticos.

Nome Comercial: Coversyl

Nome Genérico: Perindopril

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

Indicações: Os IECAs são anti-hipertensores de 1ª linha, mas têm sido usados com sucesso na prevenção da nefropatia e retinopatia diabéticas.

Nome Comercial: Lasix

Nome Genérico: Furosemida

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Diuréticos da ansa

Indicações: Está indicado na remoção de edema causado por insuficiência cardíaca e por doenças hepáticas ou renais. Está também indicado em situações de oligúria e na HTA.

Nome Comercial: Risidon

Nome Genérico: Metformina

Grupo Terapêutico: Antidiabéticos orais

Indicações: Diabéticos obesos como tratamento de 1ª linha.

Nome Comercial: Daflon

Nome Genérico: Bioflavonóides

Grupo Terapêutico: Venotrópicos

Indicações: Tratamento da insuficiência venosa.

Nome Comercial: Sinvastatina

Nome Genérico: Sinvastatina

Grupo Terapêutico: Antidislipídicos

Indicações: Tratamento das dislipidemias e em particular da hipercolesterolemia.

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | X | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | X |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | X | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | | X |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | X |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 12

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 20/05/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | X | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | X | |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | X |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | X |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | X |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | X |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 7

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 18/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar a Sra. BD no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido o Processo de Enfermagem, para desse modo avaliar as necessidades, elaborar diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados que constituem uma forma de comunicação escrita tendente a assegurar a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde.

Considerando as necessidades da Sra. BD, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção familiar e social, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua iniciativa;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua vontade de viver.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação da Sra. BD e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD verbalize menos frequentemente sentimentos de desalento e de melancolia associados a problemas familiares;
- Que a Sra. BD verbalize menos frequentemente sentimentos de tristeza;
- Que não verbalize desinteresse pela vida;
- Que não apresente, tão facilmente, vontade de chorar;
- Que participe facilmente nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Supervisionar tristeza;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnóstico: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD, verbalize menos frequentemente sentimentos de descontentamento associados a problemas familiares;
- Que a Sra. BD, verbalize menos frequentemente descontentamento relativamente à sua situação;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe espontaneamente em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Melhorar autoconhecimento → ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Supervisionar a frequência de auto-avaliações negativas;

▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnóstico: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD, verbalize menos frequentemente sentimentos de falta de esperança;
- Que a Sra. BD, verbalize menos frequentemente sentimentos de exclusão;
- Que participe espontaneamente em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de apoio e de amizade;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;
- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderado, no
Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que a Sra. BD, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;
- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas coisas que faz;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com o indivíduo sobre o seu estado de humor, avaliar o tipo de humor apresentado, referir a importância do humor como agente socializante;
- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência;
- Que a Sra. BD utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto e a longo prazo, promover o treino de estratégias;
- ▶ Instruir a pessoa sobre tácticas de resolução de problemas.

Diagnóstico: - Vontade de viver diminuída.

Resultados esperados:

- Que a Sra. BD não verbalize desinteresse pela vida;
- Que a Sra. BD não verbalize desinteresse por actividades que habitualmente gostava de fazer;
- Que demonstre comportamentos de procura de ajuda;
- Que encontre satisfação na vida;
- Que não verbalize ideação suicida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares;
- ▶ Motivar para um projecto de vida → explorar, em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida; encorajar a identificar as suas próprias habilidades (positivas) e forças; incentivar a escrever e a reflectir sobre acontecimentos gratificantes e frustrantes da sua vida; discutir soluções alternativas ao seu modo de vida; ajudar a identificar e estabelecer os seus próprios objectivos; ajudar a estabelecer um projecto de vida.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sra. BD

1ª Entrevista (06/10/2010)

Duração: 15 minutos

A Sra. BD abordou-me a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar. Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico onde habitualmente realizo as entrevistas. Por um lado tenho lá o respectivo material que permite realizar a avaliação pretendida pela utente e por outro é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

Foi-lhe explicado que aquando da realização do meu primeiro Módulo de Estágio efectuei-lhe algumas entrevistas e verifiquei que a Sra. BD é uma pessoa que por vezes se sente triste. Atendendo a isso, perguntei-lhe se estaria disposta a falar comigo, de modo regular, a fim de que pudéssemos abordar as situações da sua vida que mais a preocupam. Aceitou, referindo que até gosta muito de conversar.

Sra. BD

2ª Entrevista (08/10/2010)

Duração: 20 minutos

A Sra. BD abordou-me, na Sala Polivalente, a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar. Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico onde habitualmente realizo este tipo de intervenções e onde realizo também as entrevistas.

Intervenções:

Enquanto realizava a avaliação da glicemia perguntei-lhe como se tem sentido ultimamente? Disse que tem andado um pouco mais satisfeita com a vida, que já esteve pior. Referiu ainda que o que mais a incomodou foi o facto de estar para ir cantar na Igreja e não pode em virtude de uma queda que sofreu e que a deixou muito nervosa, ao ponto de não conseguir cantar.

Questionei-a relativamente ao que significa, para ela, que já esteve pior? Verbalizou que o filho até a tem ajudado nos trabalhos de casa e isso deixa-a satisfeita. Embora, o que mais a preocupa actualmente é a situação profissional do filho: “*sabe Sr. Enf.º...os filhos crescem mas continuam a dar muitas preocupações*” (sic). E isso deixa-a habitualmente nervosa? “*Não é só isso..., eu sou nervosa...mas já foi pior...agora faço por estar mais descontraída*” (sic).

Sra. BD

3ª Entrevista (18/10/2010)

Duração: 1 hora e 30 minutos

Convidei a Sra. BD a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela a fim de a conhecer um pouco melhor, referindo-lhe por diversas vezes que só responderia aquilo que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum a Sra. BD seria identificada.

O trabalho desenvolvido teria o objectivo de a ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida da Sra. BD e ficar assim a conhecê-la muito melhor.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, pormenorizadamente no ponto A deste Anexo.

Sra. BD

4ª Entrevista (02/11/2010)

Duração: 30 minutos

Convidei a Sra. BD a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de realizar, com ela, uma entrevista.

Começamos por falar como tinha sido o almoço, se tinha gostado?

A utente estava bem-disposta, fácies aberto, expressivo e sorridente. Referiu que esteve a rir com umas anedotas que tinham estado a contar na Sala Polivalente. “*Sr. Enf.º, quer rir-se? Então vou-lhe contar duas anedotas, espero que não leve a mal...*” (sic).

Disse que está muito animada com as festas que se irão realizar, e que até conhece os Srs. que vêm cá cantar, que os conheceu quando foi, integrada no Grupo de Cantares da APOIO, animar a Festa dos Santos Populares do DPSM do HAFX, onde também estiveram as pessoas que virão cantar os fados a esta Associação.

Disse-me que por vezes quando pensa na vida, fica triste e com vontade de chorar. Mas como a maior parte do tempo está aqui na APOIO, passa muito tempo distraída com actividades. Ao ser questionada se acha a vida interessante, refere que gosta de se divertir e que no Centro se sente bem. Sente-se com energia para cantar, fazer teatro, para contar anedotas, ouvir música e até para dançar. Referiu ainda que gosta de ter com quem falar, que se sente bem quando vê que alguém a ouve e que se preocupa com ela.

Intervenção:

Durante a entrevista procurei reforçar as coisas boas que a Sra. BD consegue fazer, nomeadamente o facto de integrar o Grupo de Cantares da APOIO e de estar sempre pronta para ajudar os outros a sorrirem.

Situação:

Terminada a entrevista foi marcada uma outra para o dia 05/Nov/2010.

Sra. BD

5ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 50 minutos

A Sra. BD veio procurar-me ao Gabinete Clínico, a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar. Convidei-a a sentar-se.

Comecei por falar dos seus valores de glicemia que estão compensados, de seguida reforcei a importância de cumprir uma alimentação tão saudável quanto possível.

“...tenho andado muito preocupada com o meu filho, que está outra vez desempregado...não quis estudar, tem 42 anos e só fez a 4ª Classe. É um bom filho...até tem jeito para fazer muitas coisas...é um bom pintor, também se ajeita a fazer coisas em madeira...sabe Sr. Enf.º, disse-lhe que precisava de um banquito para pôr as pernas em cima...fez-me um belo banco e até o forrou com esponja para ficar mais macio, e assim já não me aleijava as pernas” (sic). Refere que o filho não bebe, mas fuma e quando a vê pior, com mais dificuldade em se mexer, até já tem cozinhado para ela. *“...olhe, ajeita-se muito bem na cozinha...a gente sabe que os homens são homens e que muitas vezes não têm grande jeito para essas coisas...mas, olhe que uma vez até me fez um arroz com frango que estava melhor do que aquele que eu costumo fazer...e não fui eu que o ensinei a cozinhar, foi ele que foi vendo...”* (sic).

A Sra. BD fala do filho com um sorriso nos lábios, e ao longo da entrevista vai enaltecendo as suas capacidades. Acabou por dizer que às vezes anda mais triste, pela preocupação que tem com ele, pois já tem 42 anos e ainda não está “arrumado”, ao contrário das suas irmãs que ficaram “arrumadas” muito mais novas. Mas, refere que não se importa que ele esteja na sua casa, desde que a vá ajudando...

Referiu que embora o filho esteja a viver consigo, já teve namoradas, mas depois as coisas não davam bem. *“...ele já teve uma namorada que esteve a viver connosco, ...mas além da namorada trouxe também a filha desta, e muitas vezes também estava lá em casa um outro filho dela, mas que habitualmente estava a viver com a avó. Eles nem sequer eram meus netos e era eu que tinha de sustentar toda a gente. Sabe Sr. Enf.º o dinheiro não dá para tudo...era só a minha reforma para tantas pessoas...tive de lhes dizer que assim não dava...que tinham de procurar uma casinha para viverem...”* (sic).

De seguida verbalizou que não era possível manter aquela situação, pois era uma mulher doente, já com alguma idade, e com necessidade de comprar mais algumas coisas além da comida. O filho da Sra. BD acabou por se zangar, com a namorada, e ela saiu de casa. A utente diz: *“o meu filho nunca me bateu, mas chegou a zangar-se comigo por causa dela...a sua saída foi para mim um alívio”* (sic).

Abordada a questão, se se sente feliz a maior parte do tempo? Referiu que sim, que gosta de estar no Centro, que anda bem-disposta, que gosta de cantar, de participar nas actividades propostas. Diz que, por vezes, fica mais triste quando pensa na situação do seu filho, mas que de modo geral se tem sentido bem.

Relativamente a sentir a vida interessante, e se se sente útil, referiu que sim e que embora já não possa fazer muitas coisas porque já tem idade e muito menos forças

relativamente há alguns anos atrás, ainda é ela que faz a lida da casa. De seguida verbaliza: “...se tivesse alguém que lá fosse a casa fazer as coisas...isso é que era bom..., mas olhe...quando não consigo fazer as coisas num dia, faço em dois ou três...limpo a cozinha, se estou cansada e não consigo limpar o quarto...limpo-o noutra dia...e faço o mesmo com o resto da casa e com a roupa...” (sic).

As pequenas coisas não a afligem, se acha que não têm importância, segue em frente e pronto.

Quando há festas, há inevitavelmente mais movimento, mais confusão, alteração das rotinas, mas isso não a costuma incomodar nada, nem costuma ficar nervosa.

Intervenção:

Durante a entrevista procurei reforçar e enaltecer as coisas boas que a Sra. BD consegue fazer, nomeadamente o facto de cuidar da sua casa e da roupa dela e do filho; de estar sempre pronta para cantar, dançar e fazer teatro.

Procurei desenvolver com ela estratégias de coping a fim de lidar melhor com os problemas e que inevitavelmente se repercutem no seu próprio bem-estar.

Perguntei-lhe se gostou da festa de ontem? Disse: “gostei muito...são estas coisas que nos trazem alegria e felicidade, que nos fazem esquecer os problemas, que nos fazem dançar, cantar, bater palmas e rir...era bom é que houvessem mais coisas destas...” (sic). Então sente que é bom estar viva e que a vida é interessante? “oh Sr. Enf.º...se agente pensar nestas coisas boas da vida...é claro que é bom estarmos vivos...dançar, cantar, fazer teatro..., mas olhe que eu tenho passado muito na vida...já passei muita fome..., agora felizmente não me tem faltado a comida” (sic).

Situação:

Terminámos a entrevista e foi marcada uma outra para o dia 11/Nov/2010.

Sra. BD

6ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 50 minutos

Como é habitual, fui procurar a Sra. BD à Sala Polivalente, e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, local onde se iria realizar a entrevista agendada.

Logo que entrou no Gabinete, sentou-se e solicitou que lhe avaliasse a glicemia capilar. **Intervenção:** falei da importância do “exercício físico”, adaptado à pessoa e de uma alimentação tão saudável quanto possível, com restrição dos doces, pois sei que a Sra. BD gosta muito de bolos.

Falámos da viagem que realizaram, em que saíram da APOIO, passaram pela Ponte Vasco da Gama, o motorista ia fazendo de Guia, descrevendo os sítios por onde iam passando, depois atravessaram a Ponte 25 de Abril e regressaram à APOIO.

Gostou muito de ter ido, nunca tinha passado na Ponte Vasco da Gama e foi uma tarde diferente, o que sabe sempre bem. Diz isto com um sorriso nos lábios, fâcies aberto e postura descontraída. No autocarro, começou a cantar acabando por liderar o grupo e atrás dela outras pessoas foram cantando.

A dada altura, referiu que apesar de parecer uma mulher muito divertida, por dentro não é bem assim, chora muitas vezes na sua casa, quando pensa na situação do filho, com 42 anos e desempregado. *“Sr. Enf.º...qual é a mãe que vê o filho sem trabalho e não fica triste? Depois às vezes está irritado e sou eu que tenho de o ouvir, o que vale é que muitas vezes nem lhe ligo, porque ele está agora a rezingar e passado um bocadinho já está bem”* (sic).

Falámos do passado e do facto de já ter viajado muito. De ter andado de avião e no barco “Vera Cruz” quando foi para África. Refere que há entrada no barco ou no avião tem sempre medo, mas depois passa. **Intervenção:** Escutei-a e incentivei-a a continuar a falar e perguntei-lhe se não gostaria de voltar a viajar num dos meios de transporte que referiu? Diz que de barco anda frequentemente quando vai a casa da filha, mesmo sendo muito mais pequeno é bom ir no barco. Em relação ao avião, desde que veio de África, nunca mais voltou a andar. Refere: *“bem que gostava de voltar a andar de avião, mas não tenho possibilidades...é muito caro...”* (sic).

Verbaliza que vai fazendo aquilo que pode e que gosta muito de participar em actividades novas, como é o caso de viajar para locais que não conhece, de ouvir boa música, de cantar e bater palmas.

Em relação ao filho, tem consciência que não pode fazer mais do que aquilo que já faz: *“...ele até tem jeito para a cozinha, mas não fez nenhum curso de hotelaria, se tivesse feito provavelmente estaria muito melhor...assim tenho de ser eu a ajuda-lo como posso”* (sic). **Intervenção:** Foi questionada se se sente útil por isso? Respondeu que sim, que lhe faz muita falta, ainda para mais na situação de desemprego que ele está a viver, que lhe arranja a roupa, que é ela que geralmente cozinha, e lhe faz companhia.

Embora tenha estado a chorar, ao falar na situação do filho, quando a entrevista aborda outras temáticas, nomeadamente as coisas boas que vê na sua vida, rapidamente sorri e diz que está sempre pronta para as festas.

Sente-se muito sozinha? *“Às vezes em casa sinto...quando o meu filho não está, a casa fica muito vazia...mas ao F.S., às vezes faço um bolito e assim fazemos um dia diferente...aqui na APOIO vou tendo companhia”* (sic).

No final, acompanhei-a à porta do gabinete e disponibilizei-me para, dentro das minhas possibilidades, a ajudar sempre que sentisse necessidade e enquanto eu estiver na Associação.

Sra. BD

7ª Entrevista (18/11/2010)

Duração: 35 minutos

Fui procurar a Sra. BD à Sala Polivalente, e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, local onde se iria realizar a entrevista final e que seria utilizada para aplicar a GDS final.

Após lhe ter lembrado que esta seria a última entrevista formal, que iria ser realizada, e de lhe pedir autorização para que durante a mesma lhe coloca-se algumas questões, a Sra. BD começou por referir que estava completamente disposta a colaborar e agradeceu o facto de ter passado vários períodos a ouvi-la, a avaliar-lhe a glicemia, a lembrar-lhe o que podia e não fazer para contribuir para a estabilização da sua diabetes, de a termos escutado quando tantas vezes nos falou, a chorar, do seu filho e respectiva situação.

Verbalizou também que gostou muito das festas que lhes proporcionei e disse que o que realmente, os utentes, precisam é de mais eventos deste tipo, ...sorrindo refere: *“uma pessoa nestes dias não tem dores, não tem problemas, não pensa na vida...eu até sou toda para as festas...gosto de ouvir música, de cantar, dançar, fazer teatro...”* (sic).

Terminámos, dando por concluídas as entrevistas formais que decorrerem nestas últimas semanas. Mas, embora tivesse terminado o tempo oficial de estágio, disse à Sra. BD que ainda me iria manter pelo Centro durante mais algum tempo, pelo que reforcei a ideia de que se necessitasse de algo em que eu pudesse ser útil estaria à sua disposição.

ANEXO XXVI - Intervenções Terapêuticas Realizadas com o Sr. BH

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: BH

Idade: 72 anos

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 23/02/1939

Raça: Negra

Estado Civil: Solteiro

Habita: Sozinho

Nacionalidade: Cabo Verdiana

Naturalidade: Cabo Verde

Residência: Carnaxide

Nível Socio-económico: Vive da sua reforma

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão: Servente de Pedreiro

Religião: Católica

Pessoas Significativas: APOIO

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

Data de Ingresso no Centro de Dia: Há cerca de 10 anos.

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

O Sr. BH nasceu em casa, não sabe como foi o parto mas refere que foi efectuado por uma pessoa amiga da família. Foi o 3º de 4 filhos e embora pense que a gravidez não tenha sido planeada sente que foi um filho desejado e acarinhado pelos pais.

A mãe amamentou-o, não sabendo especificar até que idade.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

Foi criado pela mãe, pois ela trabalhava em casa. Considera que a sua relação, com os irmãos, era boa.

Não teve chucha e não sabe com que idade começou a comer papas ou sopa. Não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever.

Gostava de brincar com os irmãos e com outros companheiros, mas aos 11 anos teve de começar a trabalhar na agricultura, para ajudar a família a suportar as despesas da casa.

Tinha uma boa relação com os pais e irmãos.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais, juntamente com os seus irmãos.

Até por volta dos 19 anos de idade viveu com os pais e irmãos e trabalhou na agricultura. Com esta idade foi de Cabo Verde para São Tomé e Príncipe a fim de ir trabalhar no mato.

Refere que fumava e bebia muitas bebidas alcoólicas, mas que não teve namoradas até aos 30 anos.

2.1.5 – História da Vida Actual

Só deixou a casa dos pais, pelos 19 anos de idade, para ir trabalhar em São Tomé e Príncipe.

Pelos 30 anos de idade começou a namorar com a pessoa que mais tarde viria a ser a mãe da sua filha.

Teve uma filha, mas nunca teve qualquer relação com ela, nem com a sua mãe porque veio para Portugal Continental ainda ela era muito pequena. Isto aconteceu ainda antes do 25 de Abril e o seu objectivo foi procurar uma vida melhor a trabalhar cá nas obras. A filha terá actualmente cerca de 42 anos de idade.

Quando o Sr. BH tinha 62 anos teve um acidente, o que o limitou em termos da marcha e o obrigou a solicitar auxílio à APOIO. Actualmente ainda deambula com alguma dificuldade. Apesar desta situação é independente nas suas AVD's.

Na APOIO come, toma banho com o auxílio das Ajudantes de Acção Directa, lavam-lhe e passam a roupa a ferro e acompanham-no em diligências externas, tais como ir ao médico, fazer exames, etc.

No dia 19/05/2010 foi efectuada uma entrevista ao Sr. BH em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, pude concluir que este utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aqui aprofundar a evolução das entrevistas de ajuda porque isso irá ser efectuado, de modo mais ou menos directo, ao longo deste Anexo.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

O Sr. BH considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com os filhos, não se recordando de grandes conflitos.

Refere que não sabe com que idade os pais faleceram nem os respectivos motivos.

O utente era o 3º de 4 irmãos, 2 do sexo feminino e 2 do masculino. Não tem qualquer relação com os irmãos, nem sequer sabe os seus números de telefone. Referiu mesmo que não sabe as suas idades, nem se algum já terá morrido. Também perdeu completamente a relação com outros familiares e neste momento diz que a sua única família é a APOIO.

Viveu harmoniosamente com os pais e irmãos até aos 19 anos, altura em que saiu de casa para ir trabalhar, no mato, em São Tomé e Príncipe.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Desconhece doenças do foro psiquiátrico ou orgânico na sua família.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

- Teve um acidente há cerca de 10 anos, do que resultou dificuldade na marcha.

Nesta sequência começou a frequentar a APOIO;

- Diabetes.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 72 anos

Sexo: Masculino

Raça: Negra

Peso: 65,8kg

Estado Nutricional: Bem nutrido

Altura: 1,68m

Nota: A idade aparente é inferior à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 116/73 mmHg

Frequência Cardíaca: 80 ppm

Temperatura: 36 °c

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São negros e a acuidade visual está diminuída, mas recusa-se a usar óculos.

Pupilas simétricas, isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Diminuição da força ao nível dos membros inferiores, o que o limita em termos de mobilidade.

Extremidades: Simétricas, sem hematomas, equimoses, edemas ou deformações.

Articulações: Simétricas.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza, excepto membros inferiores.

Tronco Posterior: Refere que por vezes tem dores nas costas.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneico.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdico, com frequência de 80 ppm. O pulso é regular e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Tem poucos dentes.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Obstipado, evacuando habitualmente de 3 em 3 dias.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Hidratada na generalidade.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e encaracolado. O couro cabeludo não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: O Sr. BH tem uma aparência cuidada. Muitas vezes tem de ser fortemente estimulado para participar nas actividades que são realizadas no Centro, pois sempre que pode vai embora para sua casa. Habitualmente vem à APOIO para comer, mas esporadicamente fica a jogar às cartas com outros utentes. Passa alguns períodos sentado na sua mesa, com outras duas utentes, mas raramente interagem. Veste-se de uma forma adequada à sua idade. É uma pessoa que responde facilmente às questões, embora o discurso seja hipofónico e haja alguma latência de resposta. Mostrou-se perfeitamente receptivo às entrevistas, quando lhe foi proposto um acompanhamento regular neste Centro de Dia, e o motivo de tal intervenção.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se lentificado, fácies aberto e expressivo, contudo passa muito tempo isolado na sua mesa, praticamente só interagindo se for abordado e estimulado. Está poucas horas por dia na APOIO.

Linguagem: O Sr. BH apresenta um discurso coerente, lógico, pobre, hipofónico e lentificado. Fala com alguma labilidade emocional, chegando a emocionar-se por vezes durante as entrevistas.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto superficial sempre foi muito bom, no entanto no início das entrevistas parecia tímido, mas com a evolução das mesmas foi ficando muito mais espontâneo e descontraído, falando facilmente dos problemas que o preocupavam. Frequentemente, evita olhar directamente para o entrevistador.

Humor: Tonalidade depressiva.

Expressão Afectiva: Com o decorrer da entrevista exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de por vezes se emocionar e chorar, quando falava do facto de não ter família e de só poder contar com o auxílio da APOIO.

Adequação: Recusa frequentemente participar nas actividades propostas no Centro de Dia, e por vezes apresenta um semblante fechado e triste.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas à solidão.

Concentração do Pensamento: Concentrado quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientado no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Refere sentir que se esquece mais, em relação a alguns anos atrás. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 19/30, o que atendendo ao facto de ser analfabeto, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: O utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressivo quer com os outros utentes ou técnicos.

Julgamento: O utente refere que desde que teve o acidente, deixou de conseguir fazer o que fazia, nomeadamente trabalhar.

Confiabilidade: Penso ter conseguido estabelecer, com o utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: O utente apresentava insight, pois identificava os motivos da sua tristeza, embora não soubesse nada da doença.

Juízo Crítico: Inicialmente achava que as entrevistas não o iam ajudar em nada porque não havia solução possível para os seus problemas mas, aceitou participar nas mesmas. Já numa fase posterior verbalizou alguma crítica em relação às entrevistas e à sua

vantagem, mas não quer de modo algum alterar as rotinas de ir para casa após as refeições, particularmente após o almoço porque faz questão de ir dormir a sesta.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Cabo Verdiana

Classe Sócio Cultural: Baixa

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católica

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

O Sr. BH é solteiro, reformado, deambula com alguma dificuldade mas é autónomo e vive sozinho.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem uma boa relação com os utentes e funcionárias da APOIO. Não tem qualquer relação com familiares e vive sozinho.

Quando confrontado com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que tem e que são parte das pessoas da APOIO e algumas pessoas, “suas companheiras” que às vezes lá vão a casa, mas apressa-se a dizer que não são namoradas, só amigas e amigos. Contudo, tem consciência que quando necessita de algo conta com a APOIO. Refere que paga a uma senhora que vai a sua casa fazer limpeza, regularmente.

Tinha uma atitude adequada para com os outros utentes, e no final do Estágio participou no “Grupo Terapêutico”.

Passava longos períodos na sua casa, procurando a APOIO para as refeições, quando necessita de algo ou esporadicamente para se divertir a jogar às cartas. Embora seja uma pessoa calada, falava e era simpático quando as funcionárias ou eu o abordávamos.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESSOAIS

Vive sozinho em Carnaxide, mas verbaliza que gostava de ter companhia. Mora no rés-do-chão de um prédio. Gosta de morar naquele local e naquele prédio.

O local é bem servido pela rede de transportes públicos e a paragem é perto da sua casa.

Está inscrito no Centro de Saúde, mas actualmente não tem médico de família.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrito na APOIO, na sequência do acidente que o deixou com dificuldade na mobilização. Quando confrontado com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: “*Gosto*” (sic).

Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “Quer falar-nos acerca daquilo que, neste momento, mais o preocupa?”, respondeu: “*é a solidão*” (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

O seu projecto individual passa por continuar a frequentar a APOIO e fazer a vida que habitualmente faz, ou seja, vem comer à Associação, mas tem total liberdade para ir para sua casa quando quer. Embora tenha transporte da APOIO, que o vai buscar a casa de manhã e o leva a casa à tarde, durante o dia faz o trajecto mais de uma vez a pé.

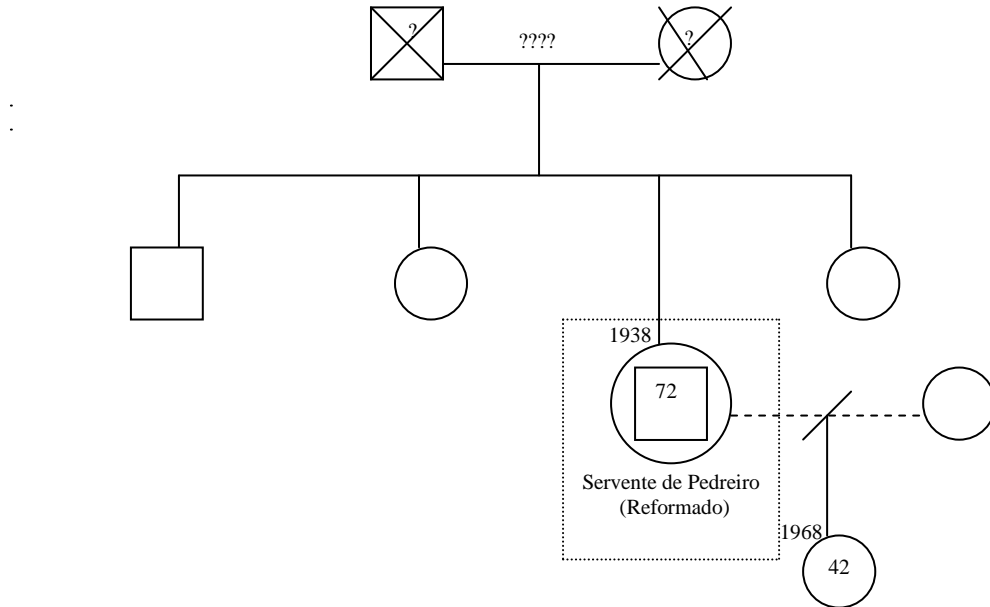
Gostava de ter uma companheira, a viver com ele, para não se sentir tão só.

3.6 – GENOGRAMA

O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p. 281).

Pela análise do genograma, verifica-se que o Sr. BH é o 3º de 4 irmãos. Teve uma relação com uma senhora que terminou, mas da qual resultou uma filha, actualmente com 42 anos de idade.

GENOGRAMA



Legenda

□ Homem

○ Mulher

□—○ 1973 Casamento e Ano

□-/-○ Relação Inferior a um Mês e Separação

⊗ ⊗ Morte

□ ○ Filhos

○ □ Caso Índice

Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

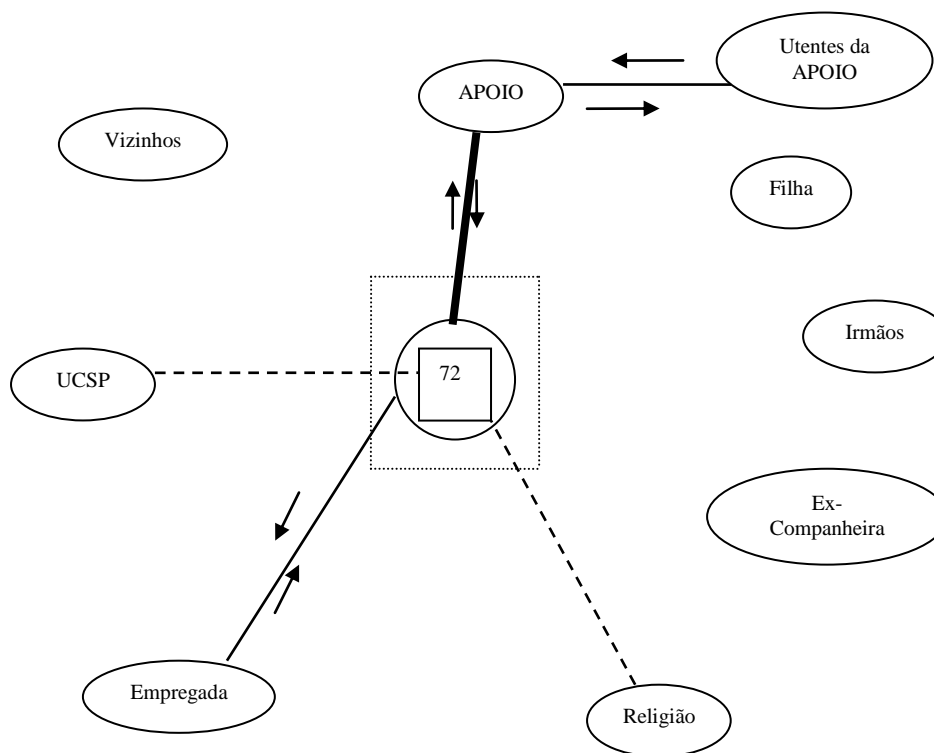
Nota: Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu

⋯ Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.7 – ECOMAPA

Pela observação de um ecomapa podemos inteirar-nos das relações entre uma família e a comunidade, e ficar a conhecer os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005, p.282).

Analisando este ecomapa, verifica-se que o Sr. BH tem uma relação mais forte com a APOIO e uma forte com uma empregada e com os utentes da Associação. Não tem qualquer relação com a filha, nem com os irmãos.



Legenda:

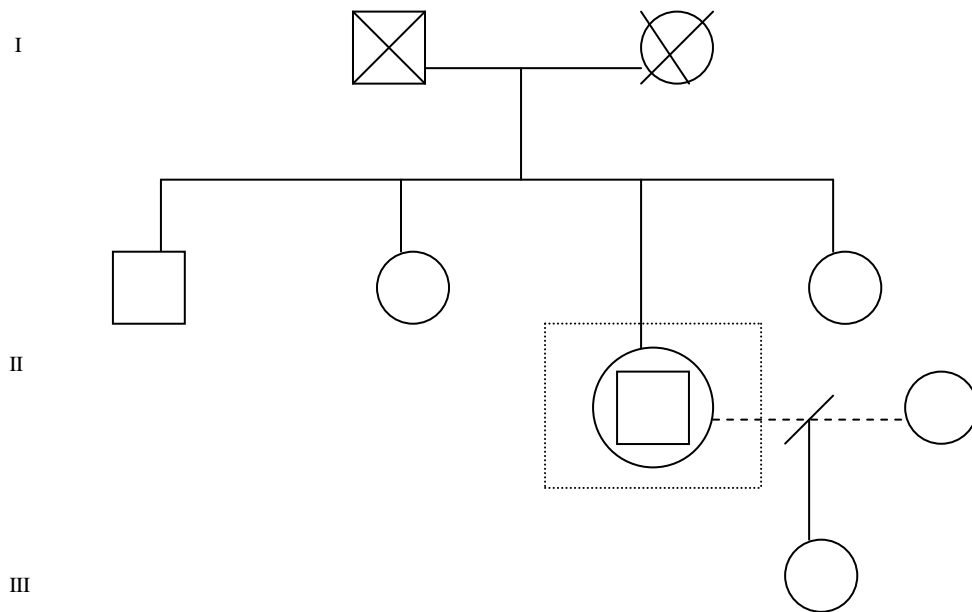
- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- - - - Relação Fraca
- Ausência de Relação
- |||| Relação Conflituosa
- ⇄ Fluxo de Energia/Recursos
- ⊞ Caso Índice
- Dentro do Símbolo: Idade

Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)





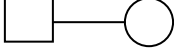
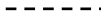






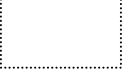
3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a sua família (LOBO, 2007, p.702).

Esta representação, permite constatar que o Sr. BH considera que não tem qualquer relação com os seus familiares.



Legenda

| | | | |
|---|--|---------------------|---|
|  | Homem | Relação Excelente |  |
|  | Mulher | Relação Boa |  |
|  | Casamento | Relação Pobre |  |
|  |  Morte | Ausência de Relação | |
|  |  Filhos | Relação Conflituosa |  |
|  | Caso Índice | Gerações | I, II, III |
|  | Agregado Familiar (vivendo na mesma casa) | | |

4 – FICHA TERAPÊUTICA

4.1 – PLANO FARMACOLÓGICO

De seguida dou a conhecer a terapêutica que o Sr. BH fez durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio, na APOIO.

→ **Guia Terapêutico:**

| | |
|---------------------|----------------|
| Lansoprazol 30mg | 1+0+0+0+0+0 |
| Ferrum 5mg | 1+0+ 0+0+0+0 |
| Coversyl 10mg | 0+1/2+0+0+0+0 |
| Amlodipina 10mg | 0+1+ 0+0+0+0 |
| Diazepam 5mg | 0+1/2+ 0+1+0+0 |
| Spasmoplex | 0+1+ 0+0+0+0 |
| Sertralina 50mg | 0+1+ 0+0+0+0 |
| Sucralfato | 0+1+1+1+0+0 |
| Becozine Forte | 0+0+ 1+0+0+0 |
| Folicil 5mg | 0+0+ 1+0+0+0 |
| Permadoze oral 1 mg | 0+0+1+0+0+0 |
| Tansulosina 0,4mg | 0+0+1+0+0+0 |
| Sinvastatina 20mg | 0+0+0+1+0+0 |
| Tiapridal | 0+0+ 0+1+0+ 0 |

Legenda:

1+1+1+1+1+1 => Jejum+Pequeno Almoço+Almoço+Lanche+Jantar+Deitar

Nota:

1) Não foi possível apurar a data de início da toma de cada um dos medicamentos, em virtude deste dado não estar disponível na APOIO e do Sr. BH ter verbalizado que não se recordava nem tinha esse dado registado;

2) Os nomes dos medicamentos acima descritos são os que estão referidos nos registos da APOIO. No ponto, deste Anexo, que respeita à farmacologia, faço a ligação entre os nomes comerciais e os genéricos.

4.2 - FARMACOLOGIA

Seguidamente vou apresentar a medicação que o Sr. BH cumpriu durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio na APOIO, referenciando o Nome Comercial, o Nome Genérico, o Grupo Terapêutico e as Indicações.

Optei por não tornar este ponto mais exaustivo, por considerar que não havia um interesse significativo nessa situação, uma vez que não estive a trabalhar com utentes em fase aguda.

Todos os medicamentos são de administração oral e a informação apresentada procura estar o mais direccionada possível para o utente.

Nome Comercial: Lansoprazol

Nome Genérico: Lansoprazol

Grupo Terapêutico: Antiácidos e anti-ulcerosos/Modificadores da secreção gástrica/Inibidores da bomba de protões

Indicações: Úlcera péptica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger Ellison. Erradicação do H. pylori, em associação.

Nome Comercial: Ferrum

Nome Genérico: Complexo Hidróxido férrico-polimaltose

Grupo Terapêutico: Antianémicos

Indicações: Anemias por défice de ferro.

Nome Comercial: Coversyl

Nome Genérico: Perindopril

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

Indicações: Os IECAs são anti-hipertensores de 1ª linha, mas têm sido usados com sucesso na prevenção da nefropatia e retinopatia diabéticas.

Nome Comercial: Amlodipina

Nome Genérico: Amlodipina

Grupo Terapêutico: - Anti-hipertensores/Bloqueadores da entrada de cálcio;
- Vasodilatadores/Antianginosos

Indicações: Está indicado principalmente na HTA, mas os bloqueadores da entrada de cálcio podem também ser utilizados no tratamento da angina de peito de esforço e espástica.

Nome Comercial: Diazepam

Nome Genérico: Diazepam

Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos/benzodiazepinas

Indicações: No tratamento da ansiedade e de sintomas ansiosos, como relaxante muscular e como anticonvulsivante.

Nome Comercial: Spasmoplex

Nome Genérico: Cloreto de tróspio

Grupo Terapêutico: Medicamentos usados na incontinência urinária

Indicações: Incontinência, urgência e frequência urinária.

Nome Comercial: Sinvastatina

Nome Genérico: Sinvastatina

Grupo Terapêutico: Antidislipidémicos

Indicações: Tratamento das dislipidemias e em particular da hipercolesterolemia.

Nome Comercial: Sertralina

Nome Genérico: Sertralina

Grupo Terapêutico: Antidepressores/Inibidores Selectivos de Recaptação da Seretonina

Indicações: Tratamento da depressão.

Nome Comercial: Sucralfato

Nome Genérico: Sucralfato

Grupo Terapêutico: Antiácidos e anti-ulcerosos/Modificadores da secreção gástrica/Protectores da mucosa gástrica

Indicações: Úlcera péptica

Nome Comercial: Becozyme Forte

Nome Genérico: Vitaminas do complexo B+Biotina

Grupo Terapêutico: Vitaminas

Indicações: Tratamento e profilaxia das doenças devidas a hipovitaminose B; alimentação deficiente; como adjuvante nas perturbações hepáticas, nevralgias, nevrites e polineurites; tratamento das sequelas do alcoolismo crónico e estomatites devidas a carências vitamínicas.

Nome Comercial: Folicil

Nome Genérico: Ácido fólico

Grupo Terapêutico: Antianémicos/Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas

Indicações: Prevenção ou tratamento da deficiência de ácido fólico.

Nome Comercial: Permadoze

Nome Genérico: Cianocobalamina

Grupo Terapêutico: Antianémicos/Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas

Indicações: Tratamento da anemia perniciosa e de outros défices em vitamina B12.

Nome Comercial: Tansulosina

Nome Genérico: Tansulosina

Grupo Terapêutico: Medicamentos usados nas perturbações da micção/Medicamentos usados na retenção urinária

Indicações: Hiperplasia benigna da próstata.

Nome Comercial: Tiapridal

Nome Genérico: Tiaprida

Grupo Terapêutico: Antipsicóticos

Indicações: Tratamento sintomático das psicoses; abstinência alcoólica aguda; pós abstinência alcoólica.

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | | X |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | X | |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | X |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | X | |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | X |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | | X |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | X |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | X | |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | X |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 11

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 19/05/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | X |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | X |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | X | |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | X |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | X | |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | X |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | | X |
| 17) Sente-se inútil? | X | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | X |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | | X |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | X | |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 7

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 19/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar o Sr. BH no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido o Processo de Enfermagem.

Considerando as necessidades do Sr. BH, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção social e prevenção do isolamento, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua iniciativa;
- Melhorar a sua participação em actividades do Centro de Dia;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua interacção social, diminuindo o seu isolamento.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação do Sr. BH e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH não verbalize sentimentos de desalento e de melancolia associados a falta de energia;
- Que o Sr. BH não verbalize sentimentos de tristeza;
- Que não verbalize, tão frequentemente, insatisfação com a vida;
- Que não apresente choro fácil;
- Que não apresente isolamento tão marcado;
- Que participe, mais facilmente, nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Supervisionar tristeza;

- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnóstico: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH, verbalize menos frequentemente sentimentos de descontentamento;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Supervisionar a frequência de auto-avaliações negativas;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnóstico: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH, não apresente isolamento social;
- Que o Sr. BH, participe em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de companhia, de simpatia e de amizade;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Informar sobre as consequências da solidão;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;
- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderado, no
Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que o Sr. BH, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;

- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas situações que anteriormente lhe eram indiferentes ou completamente desinteressantes;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar a GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com o indivíduo sobre o seu estado de humor; avaliar o tipo de humor apresentado; referir a importância do humor como agente socializante;
- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de

impotência;

- Que o Sr. BH utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto e a longo prazo, promover o treino de estratégias;
- ▶ Instruir a pessoa sobre táticas de resolução de problemas.

Diagnóstico: - Vontade de viver diminuída.

Resultados esperados:

- Que o Sr. BH não verbalize insatisfação com vida;
- Que o Sr. BH não verbalize desinteresse por actividades que habitualmente gostava de fazer;
- Que demonstre comportamentos de procura de ajuda.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares;
- ▶ Motivar para um projecto de vida → explorar, em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida; encorajar a identificar as suas próprias habilidades (positivas) e forças; incentivar a pensar/reflectir sobre acontecimentos gratificantes e frustrantes da sua vida; discutir soluções alternativas ao seu modo de vida; ajudar a identificar e estabelecer os seus próprios objectivos; ajudar a estabelecer um projecto de vida.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sr. BH

1ª Entrevista (08/10/2010)

Duração: 15 minutos

O Sr. BH abordou-me a fim de solicitar a avaliação da glicemia capilar. Convidei-o a acompanhar-me ao Gabinete Clínico onde habitualmente realizo as entrevistas. Por um lado tenho lá o respectivo material que permite realizar a avaliação pretendida pelo utente e por outro é um espaço reservado e facilitador do estabelecimento de um efectivo ambiente terapêutico.

O Sr. BH tem uma postura lentificada, e passa pouco tempo no Centro de Dia. Praticamente vai ao Centro para tomar as refeições e esporadicamente, entretém-se com um pequeno grupo de utentes a jogar às cartas. Este Sr. refere que está bem, mas com um sorriso nos lábios diz que é muito calado.

Situação:

Como o Sr. BH é uma pessoa muito reservada procurei, através da avaliação da glicemia capilar e respectivos ensinamentos acerca de hábitos saudáveis, estabelecer com ele o início de uma relação de empatia.

Sr. BH

2ª Entrevista (13/10/2010)

Duração: 10 minutos

Abordei o Sr. BH na Sala Polivalente e ai disse-lhe que gostaria de falar com ele, pelo que lhe solicitei que me acompanhasse ao Gabinete Clínico. Tornei a Sala o mais acolhedora possível, e coloquei as cadeiras de modo a não existirem barreiras entre o enfermeiro e o utente. Ajudei-o a sentar-se.

Expliquei-lhe qual era o meu objectivo, em que consistiam as entrevistas, e os motivos pelos quais as ia realizar. Embora seja habitualmente uma pessoa calada, referiu que participava com muito gosto nas actividades propostas.

Sr. BH

3ª Entrevista (29/10/2010)

Duração: 50 minutos

Convidei o Sr. BH a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ele a fim de o conhecer um pouco melhor. Referi-lhe por diversas vezes que só responderia ao que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum o Sr. BH seria identificado.

O trabalho desenvolvido teria o objectivo de o ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida do Sr. BH e ficar assim a conhecê-lo muito melhor.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, pormenorizadamente, no ponto A deste Anexo.

Sr. BH

4ª Entrevista (02/11/2010)

Duração: 40 minutos

Cumprimentei o Sr. BH e comecei por falar do facto de estar sol, mas com muito frio.

De seguida, perguntei-lhe se gosta de vir ao Centro, tendo respondido que sim, mas hoje na sua casa tinha uma Sra. a fazer limpeza, motivo pelo qual não iria ficar na APOIO e ia para casa. **Intervenção:** Foi confrontado com o facto de passar muito tempo na sua casa, e muitas das vezes sozinho. Respondeu que gosta muito do conforto da sua casa. Hoje nem sequer irá ficar sozinho, pois tem a Sra. lá em casa a fazer limpeza e que é uma pessoa dos seus 60 anos. Diz com um sorriso nos lábios que não é sua namorada, mas que enquanto a Sra. está a trabalhar, gosta de ir falando com ela.

Perguntei-lhe como se sentia, tendo respondido que agora já está melhor pois já tinha tomado o pequeno-almoço, e até sua casa ainda são 10 minutos a andar a pé.

Relativamente à sua tristeza, verbaliza que se tem sentido melhor, e que ainda vai fazendo a sua vida.

Confrontado, se estaria satisfeito com a sua vida, referiu: *“assim...assim”* (sic). Depois foi frisando que gosta mais de estar em casa, que não gosta de muitas confusões, de estar em grandes grupos. Foi questionado se se considerava tímido, sorriu e disse: *“...um bocadinho”* (sic).

Pedi-lhe para falar acerca de como tinha sido a sua vida? Verbalizou: *“Sr. Enf.º...muito trabalho. Sabe, comecei cedo a trabalhar duro...também bebia muito...isso fazia-me esquecer a dureza da vida...”* (sic). E agora Sr. BH, considera a vida muito dura? *“Agora não...não tenho de fazer nada, venho comer aqui, a comida é boa...às vezes jogo às cartas...como não bebo também me sinto melhor...mas tenho sempre bebidas lá em casa, para quando lá vão amigos...”* (sic). Foi levado a reflectir acerca da vida que tinha e da que está a viver actualmente: *“umas coisas são melhores e outras piores...estou mais velho, não consigo trabalhar...isso para mim é mau. Não tenho apoio da família, é a APOIO que me ajuda...e isso é bom...”* (sic).

Despediu-se, dizendo: *“...bem...agora tenho de ir...até logo, depois venho almoçar”* (sic).

Sr. BH

5ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 30 minutos

Abordei o Sr. BH e convidei-o a ir ao Gabinete Clínico a fim de falar um pouco comigo. Referiu de imediato que tinha de ir à sua casa.

É muito difícil realizar entrevistas programadas, com este Sr., uma vez que ele depois acaba por não aparecer. Se questionado, refere habitualmente que estava cansado e que necessitava de ir dormir a sesta. De manhã, tem alguém lá em casa que vai fazer limpeza, ou combinou com alguém que vai passar lá por casa para conversar com ele.

Embora, no início, se tenha mostrado disponível para a realização das entrevistas de ajuda, é uma pessoa que não é muito colaborante, que tem as suas próprias rotinas e que não faz muita questão em abdicar delas.

Uma vez perguntei a uma funcionária do Centro, se o Sr. BH só vinha às refeições e se se ia logo embora? Foi-me respondido que é isso que muitas vezes acontece, pois tem frequentemente em casa companhias femininas.

Intervenções:

Questionado se teria por lá alguma namorada? Referiu a sorrir: “*não...não...Sr. Enf.º, eu já estou velho!*” (sic). Confrontei-o com o facto de estar a sorrir, encolheu os ombros e voltou a sorrir.

Perguntei-lhe como se sentia? Se se sentia triste? Encolheu os ombros e não respondeu. Acha que poderia fazer alguma coisa para melhorar? “*Eu não sei...*” (sic).

Questionei-o se tinha gostado da festa? Encolheu os ombros, esboçou um pequeno sorriso e disse que sim. Então e cantou e bateu as palmas? “*Bom, isso não...mas gostei de ter estado a ouvir as músicas...foi um dia diferente...as pessoas estavam mais alegres, e eu também. Era bom que viessem cá mais vezes*” (sic).

Tem tido vontade de chorar? “*Às vezes ainda sinto..., sinto-me sozinho...era a companhia, precisava de uma companheira...mas nem tudo é mau na vida, quando estou mais triste lembro-me das coisas boas que ainda tenho*” (sic). Para combater essa solidão o que é que poderia fazer? “*Como não tenho a companheira...se calhar passar mais tempo no Centro...mas também gosto muito de estar em casa a descansar...*” (sic).

Foi estimulado a fazer as coisas que gosta, por exemplo jogar às cartas e sei que efectivamente joga mas com um grupo muito restrito de pessoas.

Terminei a entrevista, e acompanhei o Sr. BH à Sala Polivalente. Optei por não marcar a próxima, em virtude da dificuldade que ele tem em respeitar a data das mesmas.

Sr. BH

6ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 25 minutos

Abordei o Sr. BH, cumprimentei-o e o Sr. respondeu, com um sorriso. Perguntei-lhe como tem passado, tendo respondido: “*bem*” (sic). Convidei-o a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, e perguntei-lhe se estava disposto a que lhe efectuasse uma entrevista? Tendo acedido.

Questionei-o, se tinha gostado da viagem de ontem, pois observei que a caminho do autocarro ia muito satisfeito. Respondeu que gostou muito de ter ido dar uma “voltinha”.

É uma pessoa que não fala muito, mas a sua linguagem gestual é congruente com a verbal. Apresenta um fâcies aberto e um discurso pobre mas adequado.

Intervenção:

Confrontei-o se não tinha sentido falta da sesta? A sorrir disse que não. Que preferiu ter ido passear, conhecer coisas novas, mas acabou por dizer que foi muito tempo a andar de autocarro e já lhe doíam as costas.

Questionei-o se prefere fazer coisas novas a ficar em casa? Respondeu que às vezes sim, outras vezes gosta de ficar em casa: “...às vezes *tenho lá visitas e gosto de estar com as pessoas...de conversar...não bebo, deixei de beber há mais de um ano. Mas, costumo comprar bebidas para ter lá em casa para as pessoas amigas...*” (sic).

Perguntei-lhe se se tem sentido satisfeito com a sua vida, e levei-o a pensar sobre as coisas que ele refere como boas. Acabou por verbalizar que dentro do possível sim.

Solicitei que clarificasse o que entendia por dentro do possível. Respondeu: “às vezes *sinto-me muito sozinho, embora goste de ir para casa. Lá, estou à minha vontade, mas depois se penso na vida sinto-me só...como já lhe tenho dito...precisava de alguém...*” (sic). Chegou a deixar cair umas lágrimas e continuou: “*já não sou novo, custa-me a andar, quem é que me vai querer?*” (sic). E o que é que acha que pode fazer para se ajudar? “*Se passa-se mais tempo na APOIO...não estava tão só, mas às vezes também não sei o que fazer ou dizer às outras pessoas*” (sic). **Intervenção:** Foi estimulado a passar mais tempo pela Associação e a participar mais nas actividades propostas, pois isso ajudá-lo-ia à socialização, dentro do próprio Centro de Dia.

Sr. BH

7ª Entrevista (19/11/2010)

Duração: 20 minutos

Convidei o Sr. BH a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e utilizei esta entrevista para aplicar a GDS final.

Hoje, o Sr. BH mostrou-se muito mais receptivo e agradeceu o tempo que passei com ele. Verbalizou que gostou muito de estar a falar comigo, na entrevista anterior. Falou nas festas que organizei e no “Grupo Terapêutico”, onde falou com grande facilidade, mesmo dizendo que era tímido e que tinha dificuldade em se expressar em público.

Referi que esta tinha sido a última entrevista, realizada de um modo formal, todavia iria ficar mais algum tempo na Associação e estaria disponível para o atender sempre que necessitasse.

ANEXO XXVII - Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. EA

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Nome: EA

Idade: 79 anos

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 03/09/1930

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Habita Sozinha

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Residência: Algés

Nível Socio-económico: Baixo

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão: Empregada Fabril

Religião: Católica

“Pessoas Significativas”: APOIO

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

A Sra. EA nasceu em casa e não sabe como foi o parto. Foi a 1ª de 3 filhos e pensa que a gravidez não foi planeada, contudo sente que foi uma filha desejada e acarinhada pelos pais.

Não sabe se foi amamentada.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

Foi criada pela mãe que trabalhava como águadeira. Não sabe se usou chucha, nem com que idade começou a comer papas ou sopa. Também não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

O pai era farmacêutico e tinha uma boa relação com ele, verbalizando: *“naqueles anos o meu pai era o meu melhor amigo, já a minha mãe era mais arisca”* (sic).

Refere que o pai não gostava de ver os filhos a brincar na rua, pelo que tinha de brincar somente com os irmãos.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever.

Gostava de brincar com os irmãos, mas não teve outros amigos porque o pai não deixava os filhos, irem brincar para a rua com as outras crianças.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais, juntamente com os seus irmãos.

Aos 13 anos, deu a idade falsa para poder começar a trabalhar numa fábrica, como embaladeira. Viria a trabalhar nessa fábrica até à sua reforma.

Refere que teve um namorado pelos 20 anos, e mais tarde veio a casar com ele.

Nunca fumou nem bebeu.

2.1.5 – História da Vida Actual

Só deixou a casa dos pais pelos 22 anos de idade, para casar. O marido era farmacêutico, mas tinha mais 14 anos do que ela e o seu pai nunca aceitou o casamento. Diz a Sra. EA: *“Sabe Sr. Enf.º diziam que ele tinha idade para ser meu avô, mas como gostávamos um do outro casámos na mesma...mas isso fez com que o meu pai cortasse relações comigo...inicialmente a minha mãe também não aceitou, mas depois até me deu algum apoio. A família do meu marido também não aceitou muito bem, o casamento, mas acabámos por ir viver para casa dos meus sogros...como a minha sogra andava sempre a meter-se na nossa vida...tivemos de alugar um quarto e ir viver para lá...passámos momentos de muitas dificuldades, mas eu e o meu marido gostávamos muito um do outro e conseguimos ser muito felizes...ele tratou-me sempre como uma princesa...”* (sic). Como já anteriormente foi referido, começou a trabalhar

numa fábrica, como embaladeira aos 13 anos de idade e trabalhou toda a sua vida nessa fábrica tendo chegado a mestre da empresa. Inicialmente o trabalho era muito duro, mas sempre adorou trabalhar naquela fábrica e era lá que tinha as suas amigas.

Nunca teve filhos e perdeu completamente a relação com os familiares. Não sabe nada dos irmãos, tendo sido abandonada por eles.

O seu marido faleceu, vítima de “falta de ar”, aos 78 anos de idade. Após a morte do marido, não voltou a ter qualquer relacionamento.

Começou a frequentar a APOIO, porque vivia sozinha e sentia-se muito desamparada. Refere que gosta muito de vir diariamente para o Centro, mas ao F.S. sabe-lhe bem, estar em casa.

No dia 11/06/2010 foi efectuada uma entrevista à Sra. EA em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, pode-se concluir que esta utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aqui aprofundar a evolução das entrevistas porque isso irá ser efectuado, de modo mais ou menos directo, ao longo deste Anexo.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

A Sra. EA considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com os filhos, não se recordando de grandes conflitos.

Inicialmente o pai e a mãe eram o sustento da família até que ela, como irmã mais velha, começou a trabalhar para ajudar os pais nas despesas da casa.

O pai era farmacêutico e a mãe, como já foi referido, trabalhava como águadeira. A utente refere-se a eles como tendo uma boa relação com os filhos. Refere que a mãe era epiléptica e que faleceu aos 80 anos de idade, mas não sabe qual o motivo. Relativamente ao pai, diz que faleceu com cerca de 68 anos e que era diabético.

A utente era a 1ª de 3 irmãos, 2 do sexo feminino e 1 do masculino. Não sabe nada dos irmãos, nem mesmo se estão vivos.

Viveu harmoniosamente com os pais e irmãos até aos 20 anos, altura em que começou a namorar com um rapaz 14 anos mais velho com quem veio a casar aos 22 anos de idade e que nunca foi muito bem aceite pela sua família, particularmente pelo pai. Saiu de casa aos 22 anos quando casou, para ir viver na casa dos sogros, mas a

relação não correu muito bem e tiveram de alugar um quarto, onde viriam a viver durante alguns anos.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Desconhece doenças do foro psiquiátrico na sua família. Sabe que o pai era diabético e a mãe epiléptica.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

- Patologia cardíaca, ginecológica, vascular, diabetes e HTA.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 79 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Peso: 82,5kg

Estado Nutricional: Bem nutrida

Altura: 1,61m

Nota: A idade aparente é inferior à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 130/75 mmHg

Frequência Cardíaca: 60 ppm

Temperatura: 36,4°C

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São castanhos e a acuidade visual está mantida. Pupilas simétricas,

isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Activo, com amplitude de movimentos.

Extremidades: Simétricas, sem hematomas, equimoses, edemas ou deformações.

Articulações: Simétricas.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza.

Tronco Posterior: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneica.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdica, com frequência de 60 ppm. O pulso é regular e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Possui prótese.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Obstipada, costuma usar supositórios de glicerina.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Rosada e hidratada na generalidade. Face sem rugas.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e liso com algum volume. O couro cabeludo não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: A Sra. EA tem uma aparência cuidada. Não necessita de grande estimulação para participar nas actividades que são realizadas no Centro. Passa longos períodos sentada na sua mesa. Veste roupa adequada à sua idade. É uma pessoa que responde espontaneamente às questões e que se mostra perfeitamente receptiva às entrevistas.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se adequada, fâcies aberto e expressivo, contudo passa muito tempo na sua mesa, particularmente depois das refeições, sentada a dormir. Interage facilmente com os outros utentes do Centro.

Linguagem: A Sra. EA apresenta um discurso coerente e fluente. Verbaliza frequentemente que desde que o marido faleceu a sua vida nunca mais foi a mesma, nunca mais se sentiu feliz como ele a fazia sentir. Fala do seu passado acompanhada pelo marido, da companhia que ele lhe fazia, com alguma labilidade emocional, chegando a chorar quando fala desses tempos.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto sempre foi muito bom, no entanto no início parecia tímida e com algum receio que aquilo que falasse fosse divulgado às funcionárias da APOIO. Foi-lhe explicado que isso não iria acontecer e que como enfermeiro respeitaria o segredo profissional. Com a evolução das entrevistas foi ficando muito mais espontânea e descontraída, falando facilmente dos problemas que a preocupavam. Quando me passou a conhecer melhor, tornou-se uma pessoa muito afectuosa.

Humor: Tonalidade depressiva.

Expressão Afectiva: Com o decorrer das entrevistas exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de em algumas delas se emocionar e chorar.

Adequação: Aceita frequentemente participar nas actividades propostas no Centro de Dia. Intercala períodos em que tem um semblante mais fechado e triste com outros, após ser estimulada, em que se revela uma pessoa espontânea, alegre, divertida, que gosta de cantar, dançar e bater as palmas.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas à velhice, à solidão e ao facto de praticamente só ter como suporte a APOIO. Verbaliza que no prédio tem uma pessoa que lhe dá algum apoio, mas que também já tem idade.

Concentração do Pensamento: Concentrada quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientada no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Refere sentir que o seu pensamento está tão claro como estava à alguns anos atrás. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 19/30, o que atendendo ao facto de ser analfabeta, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: A utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressiva, nem com utentes nem com técnicos.

Julgamento: A utente refere que com a idade e os problemas de coração, cansa-se muito e embora ainda vá cuidando da sua casa tem de fazer as coisas com mais calma, demorando muito mais tempo do que quando era mais nova. É uma pessoa independente.

Confiabilidade: Penso ter conseguido estabelecer, com a utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: A utente apresentava insight comprometido uma vez que sabia e sentia que estava triste, identificava como causa principal a solidão, mas não sabia nada da doença.

Juízo Crítico: Desde o início que mostrou muito interesse em participar nas entrevistas verbalizando que gostava muito de falar e de sentir que tinha a atenção de alguém. Segundo a Sra. EA, as entrevistas iriam contribuir certamente para se sentir menos só e isso para ela era muito bom.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Portuguesa

Classe Sócio Cultural: Baixa

Estado Civil: Viúva

Religião: Católica.

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

A Sra. EA vive sozinha, é viúva, reformada e autónoma.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem uma boa relação com os utentes e funcionárias da APOIO. Vive sozinha num apartamento e no prédio tem uma relação mais próxima com uma senhora, que segundo a Sra. EA já tem alguma idade, mas é a ela que recorre quando necessita de algo no imediato.

A família abandonou-a, não se preocupando com ela. Há muitos anos que não sabe nada dos irmãos.

Quando confrontada com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que tem e que são grande parte das pessoas da APOIO e também uma vizinha.

Tinha uma atitude adequada para com os outros utentes, e no final do nosso Estágio aceitou participar no “Grupo Terapêutico”.

Passava longos períodos na Sala Polivalente sentada na sua mesa, muitas vezes a dormir após as refeições. É uma pessoa simpática, afável e que fala facilmente quando é abordada.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESSOAIS

Vive sozinha, em Algés e mora num 1º andar sem elevador. Gosta muito de morar naquele local e naquele prédio.

O local é bem servido pela rede de transportes públicos e junto ao seu prédio existe paragem do eléctrico e de autocarros.

Está inscrita no Centro de Saúde onde tem médico de família e onde vai quando necessita.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrita na APOIO, na sequência de viver sozinha e por se sentir muito só. Quando confrontada com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: *“Gosto muito de cá estar durante a semana, mas aos F.S. adoro poder ficar na minha casinha”* (sic).

Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “Quer falar-nos acerca daquilo que, neste momento, mais a preocupa?”, respondeu: *“são as doenças que mais me preocupam...o coração...sabe que já fui operada ao coração, ... e a tromboflebite...mas tenho andado a tomar medicação”* (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

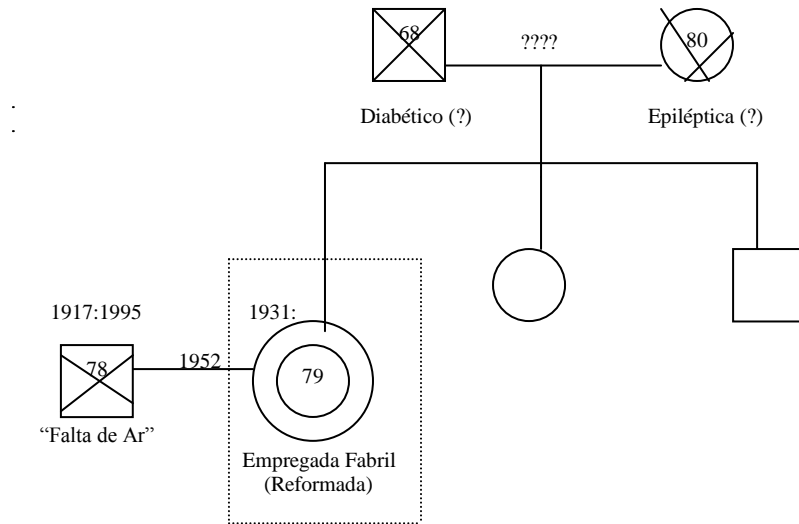
O seu projecto individual passa por continuar a frequentar a APOIO e a ser apoiada pela Associação.

3.6 – GENOGRAMA

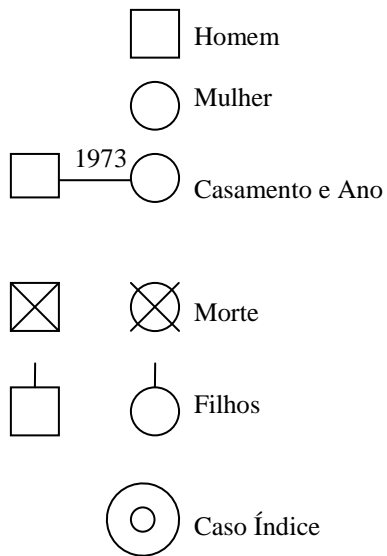
O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p.281).

De acordo com este genograma, pode-se verificar que a Sra. EA é a mais velha de 3 irmãos. Casou em 1952 e o seu marido faleceu, quando tinha 78 anos de idade, por “falta de ar”. Não teve filhos e habita sozinha.

GENOGRAMA



Legenda




Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

Ano Morte: Escrito em cima e à direita do símbolo

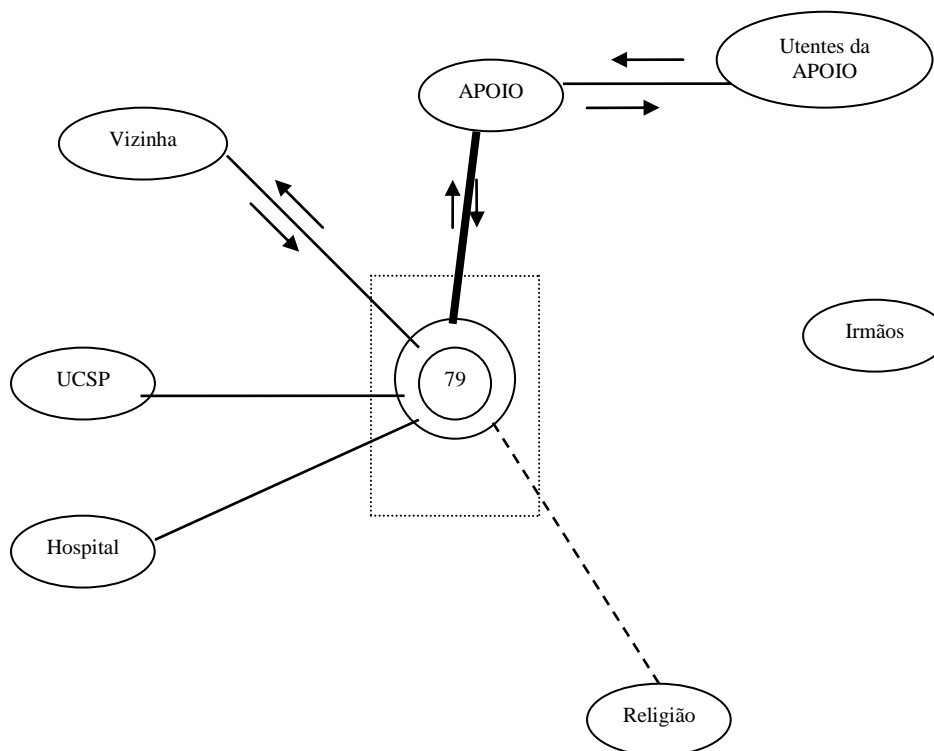
Nota: Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu

 Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.7 – ECOMAPA

Pela observação de um ecomapa podemos inteirar-nos das relações entre uma família e a comunidade, e ficar a conhecer os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005, p. 282).

Analisando o ecomapa, verifica-se que a Sra. EA tem uma relação mais forte com a APOIO, e depois tem relações fortes, particularmente, com os utentes desta Associação e com uma vizinha.



Legenda:

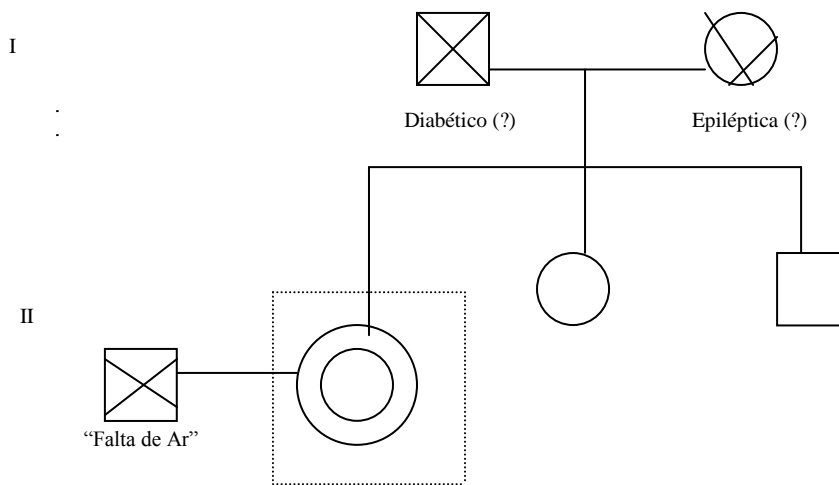
- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- Relação Fraca
- ||||** Ausência de Relação
- ||||** Relação Conflituosa
- >** Fluxo de Energia/Recursos
- <-----** Fluxo de Energia/Recursos
- Caso Índice
- Dentro do Símbolo: Idade

----- Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

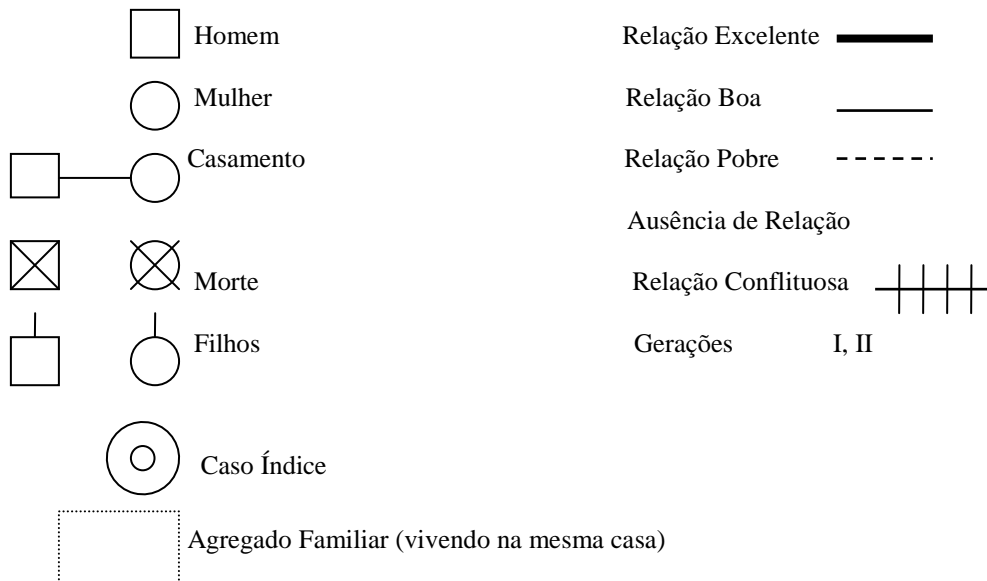
3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a família (LOBO, 2007, p.702).

Pela observação desta representação, verifica-se que a Sra. EA considera que não tem qualquer relação com os familiares.



Legenda



4 – FICHA TERAPÊUTICA

4.1 – PLANO FARMACOLÓGICO

De seguida dou a conhecer a terapêutica que a Sra. EA fez durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio, na APOIO.

→ **Guia Terapêutico:**

| | |
|----------------------|---------------|
| Fludex 1,5mg | 1+0+0+0+0+0 |
| Pantoprazol 20mg | 1+0+ 0+0+0+0 |
| Coaprovel 300/12,5mg | 1+0+0+0+0+0 |
| Atenolol 50mg | 0+1/2+0+0+0+0 |
| Cinarizina 75mg | 0+1+0+0+1+0 |
| Glucovance 500/2,5mg | 0+1+0+0+1+0 |
| Diazepam 5mg | 0+1+0+0+1+0 |
| Daflon 500mg | 0+1+0+0+0+1 |
| Plavix 75mg | 0+0+1+0+0+0 |
| Coversil 5mg | 0+0+0+0+1+0 |
| Supralip 145mg | 0+0+0+0+1+0 |

Legenda:

1+1+1+1+1+1 => Jejum+Pequeno Almoço+Almoço+Lanche+Jantar+Deitar

Nota:

- 1) Não foi possível apurar a data de início da toma de cada um dos medicamentos, em virtude deste dado não estar disponível na APOIO e da Sra. EA ter verbalizado que não se recordava do mesmo, nem o tinha registado;
- 2) Os nomes dos medicamentos acima descritos são os que estão referidos nos registos da APOIO. No ponto do trabalho respeitante à farmacologia, faço a ligação entre os nomes comerciais e genéricos.

4.2 - FARMACOLOGIA

Seguidamente vou apresentar a medicação que a Sra. EA cumpriu durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio na APOIO, referenciando o Nome Comercial, o Nome Genérico, o Grupo Terapêutico e as Indicações.

Optei por não tornar este ponto mais exaustivo, por considerar que não havia um interesse significativo nessa situação, uma vez que não estive a trabalhar com utentes em fase aguda.

Todos os medicamentos são de administração oral e a informação apresentada procura estar o mais direccionada possível para a utente.

Nome Comercial: Fludex

Nome Genérico: Indapamida

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Diuréticos

Indicações: HTA.

Nome Comercial: Pantoprazol

Nome Genérico: Pantoprazol

Grupo Terapêutico: Antiácidos e anti-ulcerosos/Modificadores da secreção gástrica/Inibidores da bomba de protões

Indicações: Úlcera péptica; síndrome de Zollinger Ellison; esofagite de refluxo; e, em associação, erradicação do H. pylori.

Nome Comercial: Coaprovel

Nome Genérico: Irbesartan+Hidroclorotiazida

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Antagonistas dos receptores da angiotensina

Indicações: HTA, quando a monoterapia não é eficaz.

Nome Comercial: Coversyl

Nome Genérico: Perindopril

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

Indicações: Os IECAs são anti-hipertensores de 1ª linha, mas têm sido usados com sucesso na prevenção da nefropatia e retinopatia diabéticas.

Nome Comercial: Atenolol

Nome Genérico: Atenolol

Grupo Terapêutico: Anti-hipertensores/Depressores da actividade adrenérgica;

Indicações: HTA, tratamento da angina de peito, algumas perturbações do ritmo cardíaco, hipertiroidismo, cardiomiopatia hipertrófica, prevenção da enxaqueca e em algumas formas de tremores.

Nome Comercial: Diazepam

Nome Genérico: Diazepam

Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos/benzodiazepinas

Indicações: Tratamento da ansiedade e de sintomas ansiosos; como relaxante muscular; como anticonvulsivante.

Nome Comercial: Cinarizina

Nome Genérico: Cinarizina

Grupo Terapêutico: - Medicação Antialérgica/Anti-histamínicos Sedativos;
- Antieméticos e antivertiginosos.

Indicações: Alergias, vertigens, náuseas e vômitos. Dores nas pernas, câibras nocturnas e outros sintomas causados por problemas na circulação sanguínea em relação às mãos e pés.

Nome Comercial: Glucovance

Nome Genérico: Metformina+Glibenclamida

Grupo Terapêutico: Antidiabéticos orais

Indicações: Tratamento da diabetes tipo 2, em doentes com glicemias controladas e estáveis.

Nome Comercial: Daflon

Nome Genérico: Bioflavonóides

Grupo Terapêutico: Venotrópicos

Indicações: Tratamento da insuficiência venosa.

Nome Comercial: Plavix

Nome Genérico: Clopidogrel

Grupo Terapêutico: Anticoagulantes e antitrombóticos/Antiagregantes plaquetários

Indicações: Profilaxia de afecções tromboembólicas.

Nome Comercial: Supralip

Nome Genérico: Fenofibrato

Grupo Terapêutico: Antidislipidémicos

Indicações: Tratamento das dislipidemias e da hipercolesterolemia.

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | X | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | X | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | X | |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | X | |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | X | |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 16

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 11/06/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | X | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | X |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | X |
| 5) Tem esperança no futuro? | | X |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | X | |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | X |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | X |

Pontuação: 12

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 18/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar a Sra. EA no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido um “instrumento” designado por Processo de Enfermagem e que “é uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os doentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal” (NEEB, 2000, p.115). Só assim, é possível avaliar as necessidades, elaborar diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados para assegurar a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde.

Considerando as necessidades da Sra. EA, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção social e prevenção do isolamento, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua iniciativa;
- Melhorar a sua participação em actividades do Centro de Dia;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua interacção social.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação da Sra. EA e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. EA verbalize menos frequentemente sentimentos de desalento e de melancolia;
- Que a Sra. EA verbalize menos frequentemente sentimentos de tristeza;
- Que não apresente tão facilmente vontade de chorar;
- Que não apresente isolamento;
- Que participe nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Supervisionar tristeza;

- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnóstico: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. EA, verbalize menos frequentemente descontentamento relativamente à sua situação;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Melhorar autoconhecimento → ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Supervisionar a frequência de auto-avaliações negativas;

▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnóstico: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. EA, não apresente isolamento social;
- Que a Sra. EA participe em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de companhia, de simpatia e de amizade;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Informar sobre as consequências da solidão;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;
- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderadamente grave, no Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. EA, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que a Sra. EA, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;
- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas situações que anteriormente lhe eram indiferentes ou completamente desinteressantes;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar à participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar a GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com o indivíduo sobre o seu estado de humor, avaliar o tipo de humor apresentado, referir a importância do humor como agente socializante;
- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. EA não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência;
- Que a Sra. EA utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto e longo prazo, promover o treino de estratégias;
- ▶ Instruir a pessoa sobre táticas de resolução de problemas.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sra. EA

1ª Entrevista (12/10/2010)

Duração: 15 minutos

Encontrei a Sra. EA na Sala Polivalente sentada à mesa a conversar com outras utentes. Após ter cumprimentado as pessoas, perguntei à Sra. EA se podia acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela.

Convidei-a a acompanhar-me, para efectuar a entrevista num ambiente mais acolhedor e reservado. Lá puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretária.

Expliquei-lhe o motivo pelo qual me tinha dirigido a ela e disse-lhe que pretendia efectuar frequentemente reuniões, a fim de podermos conversar. Aceitou participar nas ditas entrevistas sem qualquer renitência.

Disse que de modo geral é uma pessoa bem-disposta, mas ao F.S. está muito só e não tem ninguém para conversar o que a deixa muito triste. Na APOIO, mesmo durante a semana, por vezes sente que não tem nada para conversar com as pessoas que estão à sua volta.

Sra. EA

2ª Entrevista (27/10/2010)

Duração: 1 hora e 30 minutos

Convidei a Sra. EA a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela a fim de a conhecer um pouco melhor, referindo-lhe por diversas vezes que só responderia aquilo que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum a Sra. EA seria identificada.

O trabalho desenvolvido teria o objectivo de a ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida da Sra. EA.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, pormenorizadamente no ponto A deste Anexo.

Sra. EA**3ª Entrevista (29/10/2010)****Duração: 35 minutos**

Encontrei a Sra. EA junto à recepção da APOIO e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de conversar com ela.

Após nos termos instalado, começámos por falar do tempo e do dia soalheiro que estava. A Sra. EA disse: *“está realmente um dia muito bonito, ... mas eu tenho andado com tantas dores. Dói-me o braço esquerdo e o pulso, ...acho que é ainda da queda que dei”* (sic).

Referiu que gosta muito dos dias quando há sol, nesses dias até sabe melhor sair de casa.

Intervenções:

Perguntei-lhe como se tem sentido? Respondeu: *“sinto-me muito só...triste...tantas vezes com vontade de chorar”* (sic). De seguida questionei-a se à alguma coisa que lhe dei-a alegria, alguma coisa que goste de fazer e que a faça sentir-se bem? Disse: *“oh...Sr. Enf.º...desde que o meu marido morreu os momentos de felicidade são muito poucos...”* (sic).

Questionei-a se gosta, por exemplo, de viajar, de ouvir música, de dançar, de fazer desporto? *“Gosto muito Sr. Enf.º, só o desporto e dançar é que não consigo...,muito tempo,...sabe canso-me muito...mas adoro ouvir música e viajar...deviam haver mais actividades dessas no Centro...”* (sic).

Gosta de vir para a APOIO? *“aqui tenho companhia, não estou tão só e como estávamos a falar...tenho actividades que gosto muito de fazer...é bom vir para cá...”* (sic).

Situação:

Terminada a entrevista, agendámos outra para o próximo dia 05/11/2010.

Acompanhei a Sra. EA à Sala Polivalente e agradei-lhe pelo tempo que esteve a conversar comigo, tendo a Sra. EA dito: “...eu é que agradeço, Sr. Enf.º...o tempo, que passou comigo...sabe bem ter alguém para conversar...e às vezes pensamos que tudo é mau, mas até há coisas boas...a gente é que nem pensamos nas coisas boas. ...Assim de repente só vemos coisas más...mas falou-me nas viagens e em ouvir música...é claro que isso não me faz sentir menos sozinha, quando chego a casa...mas quando há festas nem me lembro dos problemas...” (sic).

Sra. EA

4ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 40 minutos

Abordei a Sra. EA no sentido de lhe perguntar se, tal como combinado para hoje, estaria disposta a falar um bocadinho comigo?

No Gabinete Clínico perguntei-lhe como se sentia, se sentia momentos de felicidade? Verbalizou: “...acho que sim, às vezes ainda me sinto triste e com vontade de chorar...mas penso que a vida anda para a frente... e temos de andar...” (sic).

“...oh Sr. Enf.º está de parabéns, a festa de ontem, esteve tão bonita e eles cantam tão bem...” (sic). Disse-lhe que não era a mim que teria de dar os parabéns, mas aos artistas. Perguntei-lhe se se tinha divertido? Referiu que se divertiu muito, que cantou, bateu as palmas ao som das músicas e depois verbalizou que este tipo de actividades anima muito as pessoas, que as ajuda a saírem da rotina habitual e lhes dá momentos de felicidade. “...mas há sempre alguém pronto para arranjar confusão Sr. Enf.º, veja lá quando o Sr. José foi tocar, começaram logo a meter-se com ele...a dizerem que não levou a namorada para junto dele” (sic).

Perguntei-lhe se ela se sentiu bem na festa, se lhe trouxe bons momentos de alegria? Referiu que sim e disse também: “só não cantei mais porque me canso, mas olhe Sr. Enf.º cantaram tão bem que até os aplaudi mais que uma vez de pé...” (sic).

Intervenções:

Antes das férias de verão, a Sra. EA disse que preferia ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas. Confrontei-a com isso, tendo referido: “agora...talvez já não seja assim tanto...gosto de vir aqui para o Centro, e assim não estou sozinha. Foi para

não estar sozinha, durante os dias que comecei a frequentar o Centro...e gosto de aqui estar, de participar nas actividades...e também gosto muito de falar consigo, às vezes às outras pessoas nem tenho nada para dizer...consigo nem me calo...se calhar até já está farto de me ouvir...” (sic).

De seguida perguntei-lhe se se tem sentido com energia? Tendo respondido que “...tenho participado aqui nas actividades como já lhe disse...hoje à tarde vai haver música que a Sra. Animadora coloca para dançarmos...e eu também quero dançar...mas já sei que não consigo dançar muito tempo porque me canso facilmente...mas estas coisas fazem-me sentir viva...e o Sr. Enf.º gosta de estar aqui connosco? Vai ficar aqui a trabalhar? Já se vai embora no dia 19 deste mês?” (sic). Expliquei à Sra. EA que embora o Estágio termine nesse dia, faço questão de continuar a vir cá, embora com uma frequência menor e assim a nossa saída será realizada de uma forma progressiva. A Sra. EA acabou por dizer: “*é bom ter cá pessoas novas...pessoas que falam connosco...que andam junto de nós...*” (sic).

Situação:

Terminei a entrevista, referindo que não a queria maçar mais, e obtive como resposta que não a estava a maçar nada.

Disponibilizei-me para a ouvir e para a ajudar no que estivesse ao meu alcance.

A entrevista foi dada como concluída e acompanhei a Sra. EA à Sala Polivalente.

Sra. EA

5ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 40 minutos

A Sra. EA procurou-me dizendo que se sentia doente, doía-lhe o corpo todo e achava que poderia ter febre. Convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e proporcionei-lhe uma cadeira para se sentar junto de mim. Avaliei-lhe a temperatura e embora tivesse a face rosada, na realidade estava apirética. Perguntei-lhe se tinha gostado do passeio que tinha realizado no dia anterior, e obtive como resposta que tinha adorado e que só tem pena que não se realizem, mais frequentemente, este tipo de actividades. No dia anterior ao entrar para o autocarro ia sorridente, bem-disposta e até estava a cantar enquanto as outras pessoas iam entrando e tomando posições.

Questionei-a acerca dos locais por onde tinha passado, tendo referido alguns, mas apressou-se a dizer que gostou muito de ter passado na Ponte Vasco da Gama.

A Sra. EA tinha aparentemente, uma relação muito boa com o seu marido. O pai dela nunca aceitou muito bem a relação, dizia-lhe frequentemente que tinha casado com um homem que tinha idade para ser o seu avô e isso deixava-a muito triste. Embora de um modo geral a família dela não tivesse aceitado muito bem o facto de ter casado com um homem mais velho, a mãe acabou por aceitar e até lhe dava apoio.

A família do marido também não aceitou o casamento e a Sra. EA e o marido acabaram por ir morar para um quarto alugado para não terem de partilhar a casa com a sogra.

Intervenções:

Questionei-a se mesmo após os passeios, as actividades no Centro, os espectáculos musicais, continua a sentir a vida vazia? Referiu que nesses dias não, e mesmo quando está na APOIO, também está bem, mas depois em casa sozinha, particularmente aos F.S. e feriados, aí é que sente a vida vazia, está muito tempo sozinha e passa os dias na cama. Referiu: “...Sr. Enf.º, se soubesse...custa tanto passar os dias em que não venho para a APOIO...eu preferia vir todos os dias...” (sic). Falei na situação com a responsável pela APOIO e têm conhecimento destas situações, mas disseram-me que por enquanto não têm possibilidade de abrir o Centro para além dos dias úteis.

Verbaliza, frequentemente que sente muito a falta do marido e embora não tivessem tido filhos, faziam uma pequena família, muito feliz. Ele era 14 anos mais velho, mas tratava-a como uma princesa.

Quer falar-me da vida que tem tido? “Sr. Enf.º tive uma vida muito dura de trabalho...trabalhava tanto...a vida naqueles tempos não era nada fácil...depois casei e também tivemos momentos muito difíceis...chegámos a morar num quarto alugado...foi muito duro..., mas tinha o meu marido e era tão feliz ao lado dele...nunca me sentia só” (sic). Agora sente-se só? “sim, sinto a falta do meu marido...o que ainda tenho de bom é a APOIO, que me ajudam quando preciso...a minha vizinha também é boa pessoa, mas também já tem alguma idade...” (sic).

Disse-lhe que é uma pessoa autónoma, que vai fazendo as suas coisas, pelo que ainda é uma mulher muito capaz! A Sra. EA disse que felizmente isso era verdade, e que esperava que assim continuasse por mais alguns anos. Perguntei-lhe se sente a sua

vida aborrecida? “*Já senti mais..., agora tenho tido mais atenção...*” e a sorrir referiu: “*sabe...eu gosto de atenção...gosto de conversar...muitas vezes não tenho é com quem! Isso faz com que tenha os dias ocupados, e também temos tido algumas actividades menos habituais...vem ainda cá um Grupo tocar cavaquinho, não é?*” (sic).

Pedi-lhe para verbalizar coisas que gosta de fazer e que lhe dão alguma felicidade, tendo respondido as festas, os passeios, as actividades que são realizadas no Centro e os momentos de convívio com as outras pessoas.

Sra. EA

6ª Entrevista (18/11/2010)

Duração: 25 minutos

Convidei a Sra. EA a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e utilizei esta entrevista para aplicar a GDS final.

Terminei, dando por concluídas as entrevistas formais que decorreram nestas últimas semanas. Mais uma vez referi-lhe que embora estivesse a terminar o tempo oficial de estágio, ainda me iria manter pelo Centro durante mais algum tempo, pelo que se necessitasse de algo em que pudesse ser útil estaria à sua disposição.

Agradei-lhe o facto de ter colaborado comigo, e mais uma vez disse-lhe que todos os assuntos que tratámos, durante as entrevistas, eram confidenciais pelo que ela não seria identificada. Por outro lado, os dados colhidos seriam utilizados somente para fins académicos.

ANEXO XXVIII - Intervenções Terapêuticas Realizadas com a Sra. ED

A – CONHECIMENTO DA PESSOA

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Nome: ED

Idade: 80 anos

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 23/10/1930

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Habita Sozinha

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Residência: Algés

Nível Socio-económico: Não tem problemas económicos

Rendimentos: Reforma

Habilitações Literárias: 1º Ciclo

Profissão: Empregada de Comércio

Religião: Católica

Pessoas Significativas: Filho

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

Data de Ingresso no Centro de Dia: Há cerca de 10 anos.

2 – ANAMNÉSE

2.1 – HISTÓRIA DA VIDA PESSOAL

2.1.1 – Período peri-natal (até 1 mês)

A Sra. ED nasceu em casa, o parto foi eutócico e sem complicações aparentes. É filha única.

Pensa que a gravidez não foi planeada mas ao longo do seu crescimento sempre foi muito acarinhada pelos pais e não tem dúvidas que foi uma filha muito desejada.

A mãe amamentou-a, não sabendo especificar até que idade.

2.1.2 – Primeira Infância (0-5 anos)

A sua mãe trabalhava a dias e o pai era sapateiro. Foi criada por uma prima.

Nunca teve chucha, tinha de usar o polegar. Não sabe com que idade começou a comer papas ou sopa. Mas sempre lhe disseram que comia e dormia bem. Também não consegue dizer quando começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

Antes de entrar para a escola, não tem ideia de ter brincado muito.

2.1.3 – Segunda Infância (6-11 anos)

Entrou para a escola primária aos 7 anos de idade. Adaptou-se bem e tinha lá muitos amigos. Foi uma boa aluna e sempre teve bom aproveitamento. Gostava e ainda continua a gostar muito de ler. Na escola, gostava de brincar com as outras crianças.

Aos 11 anos de idade, terminou a escola primária e começou a trabalhar na sapataria “Paris”, empresa onde trabalhou ao longo de toda a sua vida laboral e de onde se viria a reformar.

2.1.4 – Adolescência (12-20 anos)

Viveu a sua adolescência em casa dos seus pais.

Pelos 19 anos de idade começou a namorar com a pessoa que mais tarde viria a ser o seu marido.

Nunca fumou.

2.1.5 – História da Vida Actual

Só deixou a casa dos pais pelos 21 anos de idade, para casar. Nessa altura, o marido tinha uma mercearia, e mais tarde acabaram por ter duas pastelarias.

Apesar de terem as pastelarias, nunca quis deixar o seu trabalho, pois gostava muito de trabalhar na sapataria “Paris”. Refere: *“naquela época era seguramente uma das mais conceituadas de Lisboa”* (sic). Fala frequentemente no facto de ter atendido a Rainha Dona Amélia e de lhe ter vendido vários pares de sapatos que ela própria escolheu a pedido da Rainha.

Teve dois filhos, um rapaz e uma rapariga. Tem uma boa relação com o filho e não tem qualquer relação com a filha desde há cerca de 10 anos.

O seu marido faleceu e segundo a Sra. ED era muito novo, tinha cerca de 40 anos, mas não consegue especificar o motivo.

Tem uma relação muito boa com o filho, e ele como era administrador numa empresa em Macau, levou-a e esteve lá a viver durante cerca de cinco anos.

Há cerca de 10 anos houve um médico que aconselhou o seu filho a inscreve-la no Centro de Dia a fim de não passar tanto tempo sozinha.

Na APOIO além do convívio, é-lhe fornecido transporte, alimentação e higiene pessoal, ou seja toma banho na Associação com o auxílio das Ajudantes de Acção Directa.

No dia 31/05/2010 foi efectuada uma entrevista à Sra. ED em que foi preenchido um formulário, que tem incluído a GDS e o MMSE. Após terem sido trabalhados os respectivos resultados, concluiu-se que esta utente, e de acordo com as respectivas escalas apresenta índices compatíveis com depressão ligeira e sem defeito cognitivo.

Não irei aprofundar aqui a evolução das entrevistas porque isso irá ser efectuado, de modo mais ou menos directo, ao longo deste Anexo.

2.2 – HISTÓRIA FAMILIAR

A Sra. ED considera que o pai e a mãe tinham uma boa relação entre si e com ela, não se recordando de grandes conflitos.

Inicialmente o pai e a mãe eram o sustento da família, até que ela começou a trabalhar para ajudar os pais nas despesas da casa.

O pai era sapateiro e a mãe, como já foi referido, trabalhava a dias. Refere que a mãe faleceu aos 80 anos de idade, mas não sabe qual o motivo e o pai faleceu aos 33, vítima de cancro. A Sra. ED é filha única.

Viveu harmoniosamente com os pais até aos 21 anos, altura em que se casou e foi viver com o marido.

Teve dois filhos, que se formaram em direito e tem dois netos de cada filho. Refere que ajudou a criar os netos, mas a filha desde há cerca de 10 anos que não fala à Sra. ED nem ao irmão, alegando que a mãe era mais generosa com o irmão.

A utente considera que tem uma excelente relação com a família do filho e diz que passa frequentemente os F.S. com eles.

2.2.1 – Antecedentes Familiares

Sabe que o pai faleceu com cancro, mas desconhece doenças do foro psiquiátrico na sua família.

2.2.2 – Antecedentes Pessoais Médicos

Patologias do foro osteoarticular, psiquiátrico e neurológico.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA VIDA ACTUAL

3.1 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTRAPESSOAIS

3.1.1 – Variáveis Biológicas

3.1.1.1 – Exame Físico Objectivo

Aspecto Geral

Idade: 80 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Peso: 70,9kg

Estado Nutricional: Bem nutrida

Altura: 1,49m

Nota: A idade aparente corresponde à idade real

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 145/84mmHg

Frequência Cardíaca: 82ppm

Temperatura: 36,3°C

Sistema Neurológico

Crânio: Simétrico, sem lesões ou edemas.

Olhos: São castanhos-escuros e a acuidade visual está mantida, com o apoio de óculos.

Pupilas simétricas, isocóricas e isorreactivas. Sem queixas de dor, ardor ou secreções.

Pescoço: Simétrico, sem massas visíveis ou cicatrizes.

Reflexos: Aparentemente mantidos.

Sistema Músculo-Esquelético

Nível de Actividade: Activo, com fraca amplitude de movimentos devido aos problemas osteoarticulares.

Extremidades: Com pequenas deformações mas sem hematomas, equimoses ou edemas.

Articulações: Simétricas, mas refere dores nas pernas e braços quando os mobiliza.

Músculos: Apresentam-se com tónus e sem fraqueza.

Tronco Posterior: Refere que tem muitas vezes dores nas costas, associando-as às posições viciosas que teve ao longo da sua vida profissional.

Sistema Respiratório

Nariz: Não refere qualquer problema relacionado com o mesmo, está simétrico e sem deformações.

Tórax Anterior: Não refere dor, expectoração ou tosse, sem deformidades e está simétrico.

Padrão Respiratório: Eupneica.

Sistema Cardiovascular

Padrão Cardíaco: Normocárdica, com frequência de 82 ppm. O pulso é regular e cheio.

Sistema Gastrointestinal

Boca e Orofaringe: Não refere dores, mastiga e deglute sem queixas e fala sem qualquer dificuldade.

Língua: Simétrica e sem alterações.

Gengivas: Sem hemorragias ou outras alterações aparentes.

Dentes: Possui prótese.

Abdómen: Simétrico e sem distensão abdominal.

Padrão Intestinal: Sem alterações, evacuando habitualmente uma vez por dia.

Padrão Urinário: Sem alterações.

Tegumentos

Pele: Rosada e hidratada na generalidade. Face com rugas.

Cabelo: Preto com alguns brancos, curto e liso com algum volume. O couro cabeludo

não apresenta lesões.

Unhas: As unhas das mãos são rosadas.

3.1.2 – Variáveis Psicológicas

Aparência: A Sra. ED tem uma aparência cuidada. Muitas vezes, mesmo sendo fortemente estimulada para participar nas actividades que são realizadas no Centro, recusa-se. Passa longos períodos sentada na sua mesa, sozinha. Veste roupa adequada à sua idade. É uma pessoa que responde espontaneamente às questões e que se mostra perfeitamente receptiva às entrevistas.

Actividade Psicomotora: Apresenta-se adequada, fácies aberto e expressivo, contudo passa muito tempo isolada na sua mesa, interagindo preferencialmente com algumas funcionárias. Dificilmente interage com outros utentes, verbalizando que são pessoas que não têm nada a ver com ela.

Linguagem: A Sra. ED apresenta um discurso coerente, pobre e negativista dizendo que já não espera muito desta vida. Fala com alguma labilidade emocional, chegando a deixar cair algumas lágrimas, quando fala da filha.

Atitude Perante o Enfermeiro: O contacto sempre foi muito bom, no entanto no início das entrevistas parecia tímida, mas com a evolução das mesmas foi ficando muito mais espontânea e descontraída, falando facilmente dos problemas que a preocupavam.

Humor: Tonalidade depressiva, verbalizando frequentemente que se sente uma pessoa triste.

Expressão Afectiva: Com o decorrer da entrevista exprimia as suas emoções e os seus sentimentos, ao ponto de por vezes se emocionar e chorar.

Adequação: Recusa constantemente participar nas actividades propostas pelo Centro de Dia, e por vezes apresenta um semblante fechado e triste. Aceitou participar, sem qualquer dificuldade, nas entrevistas individuais que lhe propus, mas recusou sempre participar em qualquer actividade de Grupo.

Percepção: Sem alterações.

Curso do Pensamento: Apresenta discurso lógico e coerente.

Conteúdo do Pensamento: Apresenta ideias angustiantes associadas à velhice e à ausência de relação com a filha. Verbalizando: “...*pode ser que um dia os filhos dela lhe façam o que me está a fazer a mim...mas ela é gananciosa...estava com medo que eu desse mais ao irmão do que a ela, mas isso não acontecia...ajudei-lhe a criar os filhos e agora nem me falam...tenho muita pena que a minha relação com ela esteja assim, mas foi ela que assim o quis...não há qualquer possibilidade de nos voltarmos a relacionar...eu nunca a irei procurar e ela não tem sentimentos para me procurar a mim*” (sic).

Concentração do Pensamento: Concentrada quando conversa.

Consciência: Apresenta-se consciente.

Orientação: Apresenta-se orientada no tempo, espaço e pessoa auto e alopsiquicamente.

Memória: Refere sentir que por vezes quando está a falar se esquece do que estava a dizer. Foi aplicado o MMSE, tendo obtido uma classificação de 23/30, o que atendendo ao facto de ter 4 anos de escolaridade, significa que não tem Defeito Cognitivo.

Controlo de Impulsos: A utente tem consciência dos comportamentos socialmente correctos. Nunca se mostrou agressiva quer com os outros utentes ou técnicos, mas mostra o seu desagrado, por exemplo quando alguém se coloca à sua frente quando está a ver televisão.

Julgamento: A utente considera que já não é uma pessoa nova e que já não tem as mesmas forças, mas refere que ainda é ela que cuida da sua casa e da sua roupa. A este propósito verbaliza: “*sou independente, faço a lida da casa, cuido das minhas coisas... já não conduzo, mas quando o meu filho não me pode ir buscar, ao F.S., para ir para sua casa, vou sem qualquer dificuldade de transportes públicos...*” (sic).

Confiabilidade: Penso ter conseguido estabelecer, com a utente, uma relação empática e de confiança, o que veio facilitar a sua narrativa de vida e por conseguinte contribuir para a relação de ajuda.

Insight: A utente apresentava o insight comprometido uma vez que sabia e sentia que estava triste, reconhecia alguns dos motivos que contribuía para esse seu estado, mas não sabia nada da doença.

Juízo Crítico: Inicialmente achava que as entrevistas não a iam ajudar em nada porque não havia solução possível. Já numa fase posterior começou a apresentar crítica em relação às mesmas e à sua vantagem, bem como em relação há necessidade que sentia em verbalizar os seus problemas e de falar com alguém disposto a ouvi-la. Era no entanto muito selectiva, relativamente às pessoas com quem estava disposta a expor-se.

3.1.3 – Variáveis Socioculturais

Nacionalidade: Portuguesa

Classe Sócio Cultural: Média

Estado Civil: Viúva

Religião: Católica

3.1.4 – Variáveis Maturacionais

A Sra. ED é viúva, reformada e vive sozinha.

3.2 – FACTORES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Tem uma boa relação com o filho, nora e netos. Desde há 10 anos que não tem qualquer relação com a filha, genro e respectivos filhos.

Aparentemente a família do filho preocupa-se com ela, costumando ir passar os F.S. com eles, e refere mesmo que habitualmente aproveitam o estar todos juntos para irem passear.

Quando confrontada com a pergunta: Considera que tem amigos e quem são? Responde que somente o seu filho e a respectiva família. Verbaliza: *“Tive amigas que me traíram, a partir daí prefiro fazer a minha vida, não quero saber da vida dos outros*

e também não lhes falo da minha. Prefiro não fazer amizades para depois não correr o risco de me decepcionar” (sic). Tinha uma atitude reservada para com os outros utentes, e no final do Estágio não aceitou participar no “Grupo Terapêutico”.

Passava longos períodos na Sala Polivalente, sentada na sua mesa. Embora seja uma pessoa calada, falava e era simpática quando abordada principalmente por mim ou pela Sra. Animadora.

Em relação aos técnicos tem uma postura correcta, aceita as suas orientações e não se imiscui no serviço ou na relação dos técnicos com outros utentes.

3.3 – FACTORES DAS RELAÇÕES EXTRAPESSOAIS

Vive sozinha em Algés, mas tem o apoio do filho. Mora num 3º andar sem elevador. Gosta muito de morar naquele local e naquele prédio.

O local é bem servido pela rede de transportes públicos e junto à sua casa tem uma paragem do eléctrico e de vários autocarros.

Está inscrita no Centro de Saúde de Algés onde tem médico de família e onde vai quando necessita.

3.4 – PROCESSO DE TOTALIZAÇÃO

Foi inscrita na APOIO, por recomendação de um médico, uma vez que passava muito tempo sozinha. Quando confrontada com a questão: “Gosta de frequentar o Centro de Dia?” respondeu: *“Gosto muito. Tenho aqui a vida facilitada...não preciso de trabalhar, posso comer, ajudam-me no banho e tenho a possibilidade de falar com algumas pessoas... se não praticarmos até nos esquecemos...sabia falar inglês, mas como não pratico, já nem sei dizer nada...quando estava em Macau tinha de falar, por cá só falo Português e se não vou treinando também me esqueço de algum vocabulário”* (sic).

Foi-lhe efectuada a seguinte questão: “Quer falar acerca daquilo que, neste momento, mais a preocupa?”, respondeu: *“é o medo de ficar dependente dos outros, de deixar de conseguir fazer a minha vida”* (sic).

3.5 – PROJECTO INDIVIDUAL

O seu projecto individual passa por continuar a fazer a sua vida como tem feito. Pretende passar todos os seus bens para o nome do filho, uma vez que a filha se afastou dela e não tem qualquer preocupação para consigo, considera que não terá o direito de herdar uma parte igual à do irmão.

Não quer dar o primeiro passo para se aproximar da filha, por considerar que ela é que injustamente se afastou, mas também deixou claro que não pretende que terceiras pessoas se imiscuem na sua vida, em virtude de serem assuntos familiares. Refere que mesmo que a sua filha a procurasse, o que considera muito pouco provável, as relações que se poderiam vir a estabelecer nunca mais seriam semelhantes às do passado.

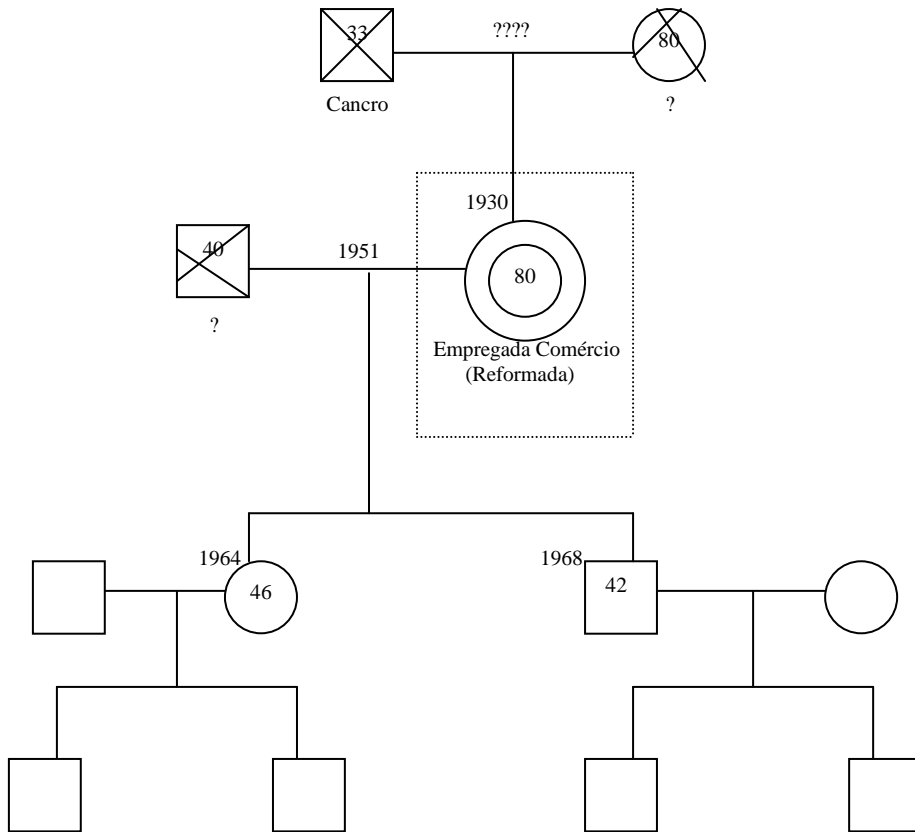
3.6 – GENOGRAMA

O genograma é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que dá a conhecer a estrutura e dinâmica das famílias, relacionando-as com acontecimentos marcantes como é o caso dos nascimentos, casamentos, separações, vida em comum ou morte (NASCIMENTO, 2005, p.281).

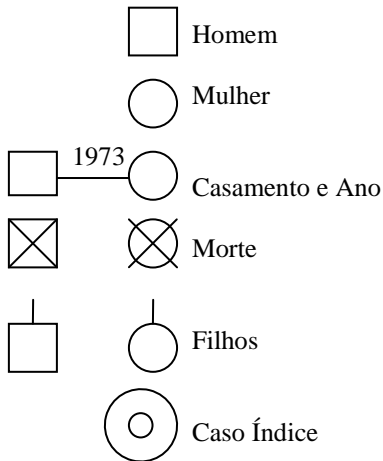
De acordo com a análise do genograma da Sra. ED, podemos verificar que é filha única, casou em 1951, mas o seu marido faleceu quando tinha 40 anos de idade, não sabendo especificar qual o motivo.

Do casamento teve dois filhos, já casados e com dois filhos cada um. Actualmente vive sozinha.

GENOGRAMA



Legenda



Idade: Dentro do Símbolo

Ano Nascimento: Escrito em cima e à esquerda do símbolo

Nota: 1) Se a pessoa faleceu, a idade dentro do símbolo reporta-se à idade que a pessoa tinha quando morreu;

2) Atendendo à menor dimensão deste Genograma, foi decidido colocar os filhos e respectivos casamentos, bem como os netos.

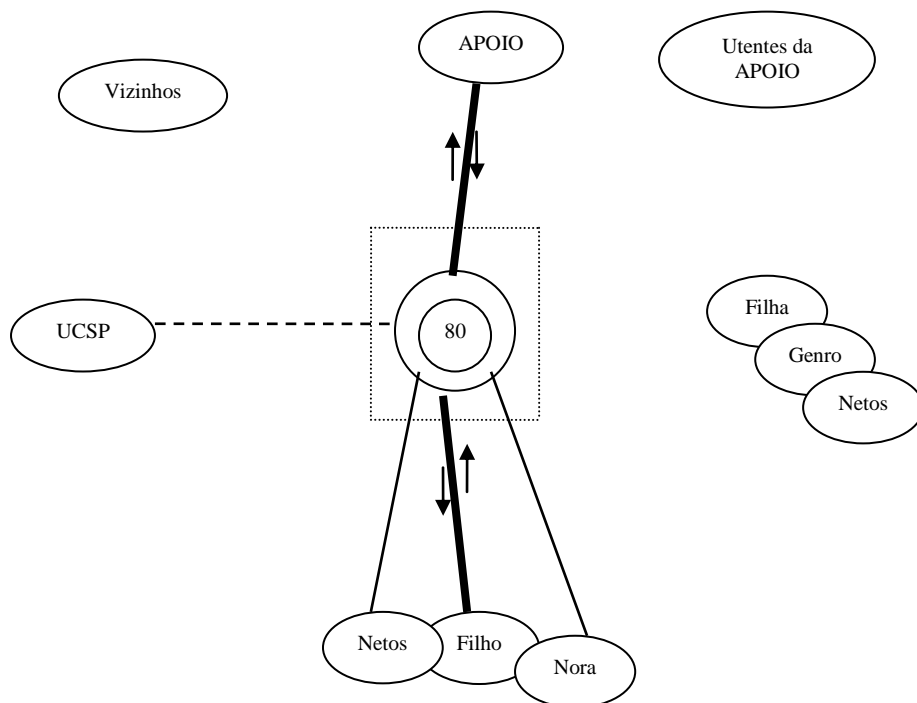


Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.7 – ECOMAPA

Pela observação de um ecomapa podemos inteirar-nos das relações entre uma família e a comunidade, e ficar a conhecer os apoios e os recursos disponíveis, bem como aqueles que estão a ser usados (NASCIMENTO, 2005. p.282).

Pela análise deste ecomapa, pode-se verificar que a Sra. ED tem relações mais fortes com a APOIO e com o filho; relações fortes com a nora e os netos, e não tem qualquer relação com a filha, nem com a respectiva família.



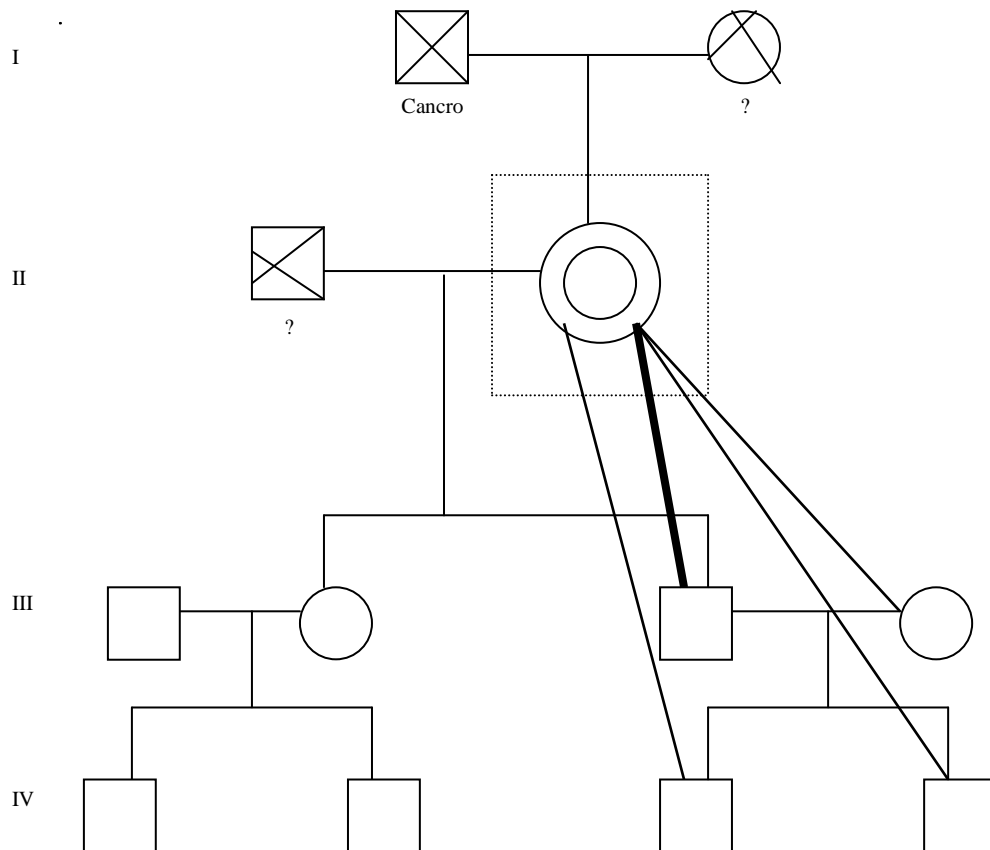
Legenda:

- Relação Mais Forte
- Relação Forte
- - - - - Relação Fraca
- ||||| Ausência de Relação
- ||||| Relação Conflituosa
- > Fluxo de Energia/Recursos
- <———— Fluxo de Energia/Recursos
- Caso Índice
- Dentro do Símbolo: Idade

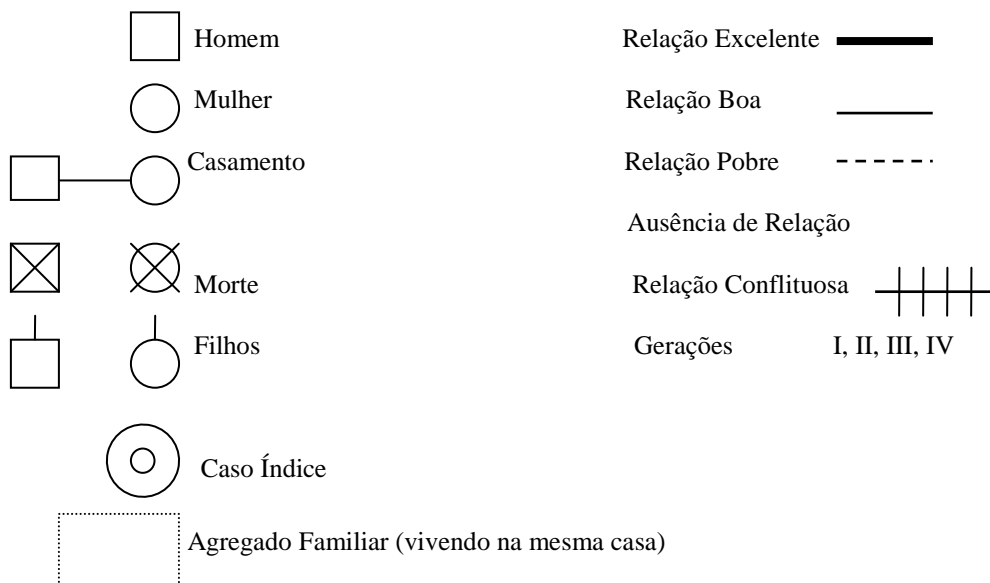
⋯⋯⋯⋯⋯⋯ Agregado Familiar (vivendo na mesma casa)

3.8 – PSICOFIGURA DE MITCHELL

A Psicofigura de Mitchell é uma representação esquemática de rápida e fácil consulta que nos dá a conhecer, como é que a cliente vê as suas relações com a sua família (LOBO, 2007, p.702).



Legenda



Pela observação da psicofigura de Mitchell, anteriormente exposta, podemos referir que a Sra. ED considera ter uma relação excelente com o filho, e relações boas com a respectiva nora e netos.

Não tem qualquer relação com a filha, nem com os familiares desta.

4 – FICHA TERAPÊUTICA

4.1 – PLANO FARMACOLÓGICO

De seguida vou dar a conhecer a terapêutica que a Sra. ED fez durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio, na APOIO.

→ Guia Terapêutico:

Elontril 300mg 0+0+1+0+0+0

Medipax 5mg 0+0+1+0+0+0

Legenda:

1+1+1+1+1+1 => Jejum+Pequeno Almoço+Almoço+Lanche+Jantar+Deitar

Nota:

1) Não foi possível apurar a data de início da toma de cada um dos medicamentos, em virtude deste dado não estar disponível na APOIO, da utente não se recordar e de não o ter registado, bem como de ter verbalizado que os seus próprios familiares também não sabiam;

2) Os nomes dos medicamentos acima descritos são os que estão referidos nos registos da APOIO. No ponto do trabalho respeitante à farmacologia, faço a ligação entre os nomes comerciais e genéricos.

4.2 - FARMACOLOGIA

Seguidamente apresento a medicação que a Sra. ED cumpriu durante o período em que estive a realizar o Módulo III, do Estágio na APOIO, referenciando o Nome Comercial, o Nome Genérico, o Grupo Terapêutico e as Indicações.

Optei por não tornar este ponto mais exaustivo, por considerar que não havia um interesse significativo nessa situação, uma vez que não estive a trabalhar com utentes em fase aguda.

Todos os medicamentos são de administração oral e a informação apresentada procura estar o mais direccionada possível para a utente.

Para a concretização deste ponto socorri-me de informação extraída do prontuário terapêutico.

Nome Comercial: Elontril

Nome Genérico: Bupropiom

Grupo Terapêutico: Medicamentos com acção no Sistema Nervoso Central/
Medicamentos para tratamento da dependência de drogas

Indicações: Depressão.

Nome Comercial: Medipax

Nome Genérico: Clorazepato dipotássico

Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos/Benzodiazepinas

Indicações: Ansiedade e sintomas ansiosos.

5 – GDS

5.1 – GDS I

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | X |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | X | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | X | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | X | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | X |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | X | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | X |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | X | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 13

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS I: 31/05/2010

5.2 – GDS II

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | X | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | X | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | X |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | X | |
| 5) Tem esperança no futuro? | | X |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | X |
| 7) Está bem-disposto/a maior parte do tempo? | X | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | X | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | X |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | | X |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | X | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | X |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | X | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | X |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | X | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | X | |
| 17) Sente-se inútil? | | X |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | X |
| 19) Acha a vida interessante? | X | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | X |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | X | |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | X |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | X |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | X |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | X | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | X |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | X | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | X |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | X | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | X | |

Pontuação: 9

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS II: 18/11/2010

B - PLANO ASSISTENCIAL GENÉRICO

Durante cerca de um mês e meio foi possível acompanhar a Sra. ED no Centro de Dia da APOIO. Acredito que o mesmo foi estruturado e terapêutico tendo sido seguido o Processo de Enfermagem.

Considerando as necessidades da Sra. ED, pretendi desenvolver as seguintes intervenções que se localizaram ao nível do equilíbrio da interacção social e prevenção do isolamento, tendo em conta o seu pleno bem-estar.

Assim, debrucei-me nas seguintes áreas prioritárias:

- Melhorar a sua auto-estima;
- Melhorar o seu humor depressivo;
- Melhorar a sua participação em actividades do Centro de Dia;
- Melhorar os seus próprios mecanismos de coping;
- Melhorar a sua interacção social, diminuindo o seu isolamento.

C - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES – CIPE

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos após ter avaliado a situação da Sra. ED e de acordo com os pressupostos da CIPE. Seguidamente foram definidas as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico: - Tristeza presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. ED verbalize menos frequentemente sentimentos de desalento e de melancolia associados a problemas familiares;
- Que a Sra. ED verbalize menos frequentemente sentimentos de tristeza;
- Que não apresente tão facilmente vontade de chorar;
- Que não apresente isolamento tão marcado;
- Que participe mais facilmente nas actividades propostas.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;

- ▶ Supervisionar tristeza;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.

Diagnósticos: - Auto-estima diminuída, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. ED, verbalize menos frequentemente sentimentos de descontentamento associados a problemas familiares;
- Que aceite as suas limitações;
- Que participe em actividades de grupo;
- Que valorize os elogios que recebe;
- Que verbalize sentimentos de auto valorização;
- Que demonstre orgulho próprio.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distracção → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover auto-estima;
- ▶ Melhorar autoconhecimento → ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;

▶ Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.

Diagnósticos: - Solidão presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. ED, verbalize menos frequentemente sentimentos de insatisfação com a sua vida;
- Que a Sra. ED, não apresente isolamento social;
- Que participe em actividades de grupo;
- Que não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à solidão;
- Que não verbalize sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa auto-estima.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Promover interacção → com profissionais e utentes, Grupos Terapêuticos...;
- ▶ Vigiar interacção → com profissionais e utentes;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Motivar para a interacção → durante a permanência no Centro de Dia;
- ▶ Informar sobre as consequências da solidão;
- ▶ Instruir sobre métodos de distração → ouvir música, pintar, jogar...;
- ▶ Validar → se todos os ensinamentos foram entendidos correctamente.

Diagnóstico: - Humor depressivo presente, em grau moderado, no
Indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. ED, apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias;
- Que a Sra. ED, mantenha um padrão saudável de manifestação de sentimentos;
- Que apresente os seus afectos de um modo adequado;
- Que participe, em actividades de grupo;
- Que sinta prazer nas situações que anteriormente lhe eram indiferentes ou completamente desinteressantes;
- Que demonstre interesse por aspectos da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Incentivar participação em actividades de distração → realizadas no Centro de Dia, tendo em atenção as suas preferências;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Avaliar sintomatologia depressiva → aplicar a GDS;
- ▶ Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar a expressar sentimentos;
- ▶ Promover humor eutímico → reflectindo com o indivíduo sobre o seu estado de humor, avaliar o tipo de humor apresentado, referir a importância do humor como agente socializante;

- ▶ Supervisionar humor.

Diagnóstico: - Coping ineficaz presente, no indivíduo.

Resultados esperados:

- Que a Sra. ED não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência;
- Que a Sra. ED utilize mecanismos de coping eficazes;
- Que utilize o suporte social de forma eficaz;
- Que adopte comportamentos de redução de stress;
- Que verbalize necessidade de ajuda;
- Que descreva sintomas de desconforto com situações da sua vida.

Intervenções de enfermagem:

- ▶ Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação...;
- ▶ Gerir ambiente → proporcionando um ambiente calmo, seguro e confortável;
- ▶ Planear/oferecer escuta activa → escuta atenta orientada para o problema que permite a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, permite a focalização na interacção, reflecte compreensão e recepção da mensagem;
- ▶ Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão do indivíduo, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- ▶ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão;
- ▶ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes → avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objectivos a curto e longo prazo, promover o treino de estratégias.

D - DADOS MAIS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS

Sra. ED

1ª Entrevista (18/10/2010)

Duração: 15 minutos

Encontrei a Sra. ED, na Sala Polivalente sentada no seu lugar habitual e só, como também é costume.

No Centro de Dia é a única pessoa que está sozinha numa mesa, que come sozinha e que evita participar em qualquer actividade de grupo.

Disse-lhe que gostaria de falar um pouco com ela, caso estivesse disposta e convidei-a a acompanhar-me ao Gabinete Clínico. Aceitou e acompanhou-me, lá estaríamos num local mais acolhedor e reservado, para ser efectuada uma entrevista. Puxei-lhe uma cadeira para que pudesse ficar sentada junto de mim, sem a barreira da secretária.

Expliquei-lhe o motivo pelo qual me tinha dirigido a ela e disse-lhe que pretendia que nos reuníssemos frequentemente a fim de podermos conversar, se ela estivesse disposta e interessada. Aceitou participar nas entrevistas sem qualquer renitência e verbalizou que gosta muito de falar comigo.

Atendendo a que é uma pessoa muito pouco interactiva com os outros utentes e mesmo com a maioria dos técnicos procurei, desde logo, começar a estruturar uma relação de empatia com a Sra. ED.

O contacto foi muito fácil, disposta a participar nas entrevistas, chegou a confidencializar-me que se sentia triste porque não tinha motivos para estar alegre. Tem dois filhos e a filha não lhe fala há cerca de 10 anos, por ciúmes do irmão.

Intervenção:

Escutei activamente a Sra. ED, respeitei os seus momentos de silêncio e perguntei-lhe se já tinha pensado em alguma coisa para inverter a má relação entre ela e a filha, pois parecia-me que o facto de não ter relação com a filha, a deixava muito triste.

Sra. ED**2ª Entrevista (19/10/2010)****Duração: 15 minutos**

Mais uma vez a Sra. ED estava, na Sala Polivalente, sentada no seu lugar habitual e só, como também é costume.

Abordei-a tentando interagir com ela, a fim de melhor solidificar a relação que comecei a construir no dia anterior. Como é uma pessoa que se isola dos utentes e até funcionários só se me conseguir aproximar e granjear a sua confiança, poderei pensar em estabelecer com a Sra. ED uma relação de ajuda.

Junto à sua mesa e estando a falar em assuntos do dia-a-dia, consegui que a Sra. ED fosse também falando e dando a sua opinião sobre assuntos inespecíficos. Ao chegar junto de nós a Sra. DH, cumprimentou-nos cordialmente, mas de imediato a Sra. ED se calou, só voltando a falar quando ficámos de novo sozinhos.

Intervenção:

Procurei estimular a Sra. ED a falar, partilhando comigo os seus saberes. Isto com o objectivo de lhe diminuir o isolamento.

Sra. ED**3ª Entrevista (26/10/2010)****Duração: 60 minutos**

Convidei a Sra. ED a acompanhar-me ao Gabinete Clínico, pois gostaria de falar com ela a fim de a conhecer um pouco melhor. Referi-lhe por diversas vezes que só responderia aquilo que entendesse e que aquilo que fosse por nós falado seria usado para fins académicos, mas que em caso algum a Sra. ED seria identificada.

O trabalho desenvolvido teria o objectivo de a ajudar a lidar melhor com a sua vida e a estar um pouco menos isolada e triste.

Esta entrevista, permitiu colher a história de vida da Sra. ED e ficar a conhecê-la muito melhor.

Situação:

Os dados colhidos nesta entrevista estão descritos, pormenorizadamente no ponto A deste Anexo.

Sra. ED**4ª Entrevista (29/10/2010)****Duração: 30 minutos**

A Sra. ED é uma pessoa que não interage facilmente com outros utentes, é reservada e passa os dias isolada, sentada na sua mesa. Com os profissionais é cordial, simpática e esboça sorrisos de modo adequado. Perante mim mostra-se uma pessoa de contacto fácil e discurso fluente.

Comecei por falar dos problemas de mobilidade que vive e do cansaço fácil a pequenos esforços.

Associa os seus problemas osteoarticulares ao facto de ter caminhado muito quando era nova, para se deslocar para o seu local de trabalho, a fim de por um lado poupar o dinheiro dos transportes e por outro evitar estar à espera muito tempo pelos mesmos: *“sabe que...antigamente os transportes eram muito menos, e se perdíamos um era necessário esperar muito tempo pelo próximo...não haviam com a mesma regularidade de hoje”* (sic).

Trabalhava na sapataria “Paris”, como tal tinha de se baixar inúmeras vezes para calçar os sapatos às “donzelas”. Considera que isso foi mais uma causa para agora ter muitas dores articulares.

Refere com muito orgulho que chegou a atender a Rainha Dona Amélia. *“Sabe, Sr. Enf.º, a Rainha comprou-me 14 pares de sapatos e disse-me para ser eu a escolhe-los todos...”* (sic). **Intervenção:** Elogiei o seu bom gosto, pela forma como se veste. Tendo a Sra. ED esboçado um sorriso e dito: *“modéstia à parte é verdade, sempre tive muito bom gosto. Não foi por acaso que me mandaram a mim atender a rainha...era uma pessoa muito cordial e educada, com um trato refinadíssimo, foi um prazer poder tê-la servido.”* (sic).

Agora as dores vêm na sequência de muito trabalho, das posições viciosas que tinha de ter na sapataria. Referiu-me que houve um médico que lhe disse: *“sofreste a trabalhar e agora sofres por ter trabalhado”* (sic).

Teve uma vida difícil? *“oh Sr. Enf.º...nem sabe as dificuldades por que passei...naqueles tempos a vida era muito dura, era preciso trabalhar muito...”* (sic). Então e agora considera-a mais fácil? *“Diga-me só? Quem é que faz agora a distância que eu fazia, a pé, para ir trabalhar?...os transportes eram caros e havia poucos..., trabalhava todo o dia a dobrar-me...a andar de um lado para o outro, dentro da sapataria, ... agora não se compara”* (sic). Então está a dizer que a sua vida, hoje em dia, também é melhor? *“tenho mais dores, tenho mais dificuldade em andar mas, não tenho de trabalhar como trabalhava...faço as minhas coisas em casa, não necessito de ajudas...faço-as quando posso e como posso...durante o dia venho para aqui...não estou tão sozinha”* e a sorrir diz: *“como, bebo e não tenho de me preocupar muito”* (sic).

Sente-se ainda com energia para andar com a vida para a frente? *“por enquanto...já não conduzo, mas ainda ando de transportes públicos. Sempre que o meu filho não me pode ir buscar, ao F.S., vou de transportes para sua casa...olhe e como já lhe disse vou fazendo as minhas coisitas, ... a minha vida”* (sic).

Situação:

Dei por concluída a entrevista e combinei, com a Sra. ED, realizar a próxima no dia 05/11/2010.

Acompanhei a Sra. à Sala Polivalente, tendo ficado sentada na sua mesa.

Sra. ED

5ª Entrevista (05/11/2010)

Duração: 55 minutos

Atendendo ao facto do Gabinete Clínico e da Sala de Reuniões estarem ocupados, pedi licença à Sra. ED para me sentar junto de si, a conversar um bocadinho. Acedeu com um sorriso e com um aceno de cabeça. Procurei criar o melhor ambiente possível no sentido de, dentro do viável, criar o melhor ambiente terapêutico. Estávamos só os dois naquela mesa, que é aquela onde a Sra. ED se costuma sentar. Dentro da Sala Polivalente é a única pessoa que se senta sozinha por vontade própria. Esta mesa é aquela que está mais próxima da televisão e a Sra. ED passa os dias a ver televisão, ficando muito incomodada quando alguém se coloca à sua frente. Não

participa nas actividades realizadas pela animadora e pelo que me foi dito, foi uma “sorte” ter aderido às entrevistas.

Hoje, estavam a dançar um grupo de utentes. Uma das actividades que a animadora costuma realizar e que, de um modo geral, as pessoas gostam, é a tarde de dança. Nessa altura a televisão é desligada e eu com esse facto consegui um melhor ambiente para entrevistar a Sra. ED. Mesmo sabendo que não participa nas actividades, coloquei-a à vontade para ir dançar se assim o deseja-se e eu adiaria a entrevista para um outro dia. A sorrir verbalizou: *“Não entro nessas coisas. Gostava muito de dançar quando era mais nova, mas agora canso-me muito e com o problema que tenho nas pernas até sentia vergonha se fosse para ali”* (sic).

Abriu a sua mala e retirou uma carteira que tinha uma fotografia e disse: *“veja esta fotografia”* (sic). Perguntei-lhe se era ela há uns anos atrás? Referiu que não, que era a sua filha. A sua filha não lhe fala há vários anos por pensar que a Sra. ED só presenteava o irmão, e isso nunca foi verdade. O que dava a um dava a outro mas ela achava que não, que o irmão era sempre beneficiado. Por estas situações acabou por se afastar da mãe e do irmão. Acerca de 10 anos que não se falam e a filha mora na mesma rua do filho, mas também eles não têm qualquer relação. Questionei-a se mesmo assim guardava uma fotografia da filha? Após um momento de silêncio, respondeu: *“é filha, é a minha filha, mas ela é teimosa e escolheu assim...os meus netos do lado dela também não me falam...isso deixa-me muito triste, mas o que é que eu hei-de fazer...foi ela que quis assim...tudo por causa de dinheiro...é mesmo gananciosa...mas ela tem filhos...talvez lhe venham um dia a fazer o mesmo e aí ela vai sentir o que me tem estado a fazer sentir a mim ao longo destes últimos anos. Estou mesmo a preparar tudo para que quando fechar os olhos ela não fique com nada daquilo que é meu...”* (sic).

Verbaliza com um sorriso: *“o meu marido não queria que os meus filhos estudassem...queria que ficassem a tomar conta das nossas mercearias e pastelarias...mas eu impus-me e disse NÃO, os nossos filhos vão estudar...ainda começou a dizer que não tínhamos dinheiro para os mandar para a Universidade...mas eu sabia o dinheiro que facturávamos e aquilo que tínhamos e ... foi a nossa primeira briga... mas eles foram estudar e hoje são os dois formados, estão os dois muito bem e não me arrependo nada do os ter mandado para a Universidade...eu nessa altura até já tinha carro e carta e era eu que os levava à escola, à nataçãõ...”* (sic).

Refere que agora já não tem capacidades para conduzir, mas que se orienta muito bem nos transportes públicos e ao F.S., se o seu filho está em casa vai ter com ele

e com a nora. Verbaliza que a sua relação com o filho, com a nora e com os seus netos é muito boa. Disse: “...até fui eu que ajudei a criar os meus netos, tanto do lado do filho como da filha e agora os da filha nem me ligam, nem querem saber de mim...” (sic).

Intervenção: Perguntei-lhe se nunca pensou em aproximar-se deles? Referiu que não, que a sua filha tinha sido muito injusta, com ela e com o irmão e isso fazia com que não a procurasse e nem pretendia que ela herdasse nada do que é seu.

Voltei a abordar a questão de estar muito isolada no Centro. Referiu que gosta muito de cá estar, que foi o médico que disse ao filho que ela não deveria passar os dias sozinha, pois iria cair numa solidão muito grande e foi assim que começou a frequentar o Centro de Dia. Disse que há noite está sozinha, mas que tem sempre muito que fazer. É ela que cuida da sua roupa, lava-a e passa-a a ferro. Se não consegue fazer tudo num dia, deixa para os dias seguintes, mas é ela que faz tudo em sua casa.

A Sra. ED quando chega junto da sua casa, após o transporte do Centro a deixar, ainda vai até uma pastelaria que fica na esquina do seu prédio e fica de frente para a estação para ver as pessoas entrarem e saírem dos comboios. Depois vai para casa e muitas vezes leva da pastelaria alguma coisa para jantar.

De seguida falou-me das suas viagens, do Oriente. Como o seu filho era administrador numa empresa em Macau, viveu lá com ele durante cinco anos. Gostou muito de lá estar, conheceu também a China e de um modo geral, uma boa parte do Oriente. Disse-me que sempre foi bem tratada pelas populações de lá.

Referiu que agora já viaja muito pouco, as pernas também não lhe permitem fazer grandes caminhadas e também se cansa facilmente.

Intervenção: Disse à Sra. ED que sentia que ela era uma Sra. que falava muito bem, sem qualquer dificuldade, com uma cultura que lhe permitia falar de um conjunto variadíssimo de temas e embora esteja frequentemente isolada até parece uma pessoa que gosta muito de falar. Não entendia desse modo a sua vontade em isolar-se das outras pessoas! Nesta sequência disse que gosta muito de conviver e de conversar, mas que para evitar confusões, preferia não saber nada da vida das outras pessoas e também não contava às pessoas do Centro a sua vida. Assim, evitava confusões e mal entendidos. **Intervenção:** Disse-lhe que não estava a entender a sua ideia e pedi-lhe se poderia ser mais clara? A Sra. ED respondeu: “teve a ver com uma situação que ocorreu em Algés. Já estou há mais de 12 anos na APOIO e estive em Algés até há dois anos, altura em que o Centro de lá foi para obras e nós tivemos de vir para este da Outurela...e os problemas foram ainda em Algés. Algumas das pessoas envolvidas até

*já morreram e nenhuma delas está actualmente na Outurela...eram minhas amigas e depois...mas, até já morreram algumas delas e nem vale a pena falar disso aqui. Vale mais só que mal acompanhada...” (sic). **Intervenção:** Disse-lhe que imaginava que teria sido muito magoada pelas suas amigas, e calei-me! A Sra. ED referiu: “tenho dificuldade em perdoar traições e foi isso que me fizeram...prefiro esquecer Sr. Enf.º, como lhe disse até porque algumas até já morreram...mas isso fez-me jurar a mim mesma que não me iria voltar a expor de qualquer maneira para outras pessoas e estou a falar consigo porque sei que é enfermeiro e não vai andar a divulgar as nossas conversas. Por exemplo se eu fosse dizer às pessoas daqui que já tinha atendido a Rainha Dona Amélia, ainda era criticada, assim eu não sei dos outros e os outros não sabem de mim...cada um faz a sua vida” (sic).*

Intervenções:

Comentei que ontem, a tinha visto a cantar e a bater palmas durante a festa dos fados! Confirmou e disse que gostava muito de cantar, dançar e até chegou a ganhar prémios de dança. Mas agora tem os problemas osteoarticulares e as pernas não ajudam muito.

A entrevista terminou, quando terminou o “bailarico” e a televisão foi ligada. Agradei-lhe a disponibilidade e a partilha da sua história de vida. A sorrir, acabou por dizer que gosta muito de falar do seu passado, das coisas que já fez e voltou a dizer que tinha vendido vários pares de sapatos à Rainha Dona Amélia e que tinha sido ela a escolher todos eles. **Intervenção:** Perguntei-lhe se teria sido o seu bom gosto e a forma de tratar os clientes que fez com que fosse a eleita para atender a Rainha? A sorrir, verbaliza que a sua relação com os clientes sempre foi muito boa daí ter sido escolhida pelo patrão, de entre várias empregadas, para a atender. Pela forma como o diz e pela sua expressão, é evidente que este facto foi para si sempre um motivo de grande orgulho.

Disse à Sra. ED que enquanto estivesse por cá e sempre que pretendesse, estaria disponível para a ajudar, naquilo que estivesse ao meu alcance. A Sra. agradeceu e verbalizou: “já falei mais hoje do que aquilo que costumo falar habitualmente durante uma semana. Faz bem falar...se não falamos até nos esquecemos das palavras...olhe eu deixei de falar inglês, agora já não digo quase nada” (sic).

Agradei-lhe por ter partilhado os seus conhecimentos, e especialmente por ter confiado em mim ao ponto de me ter mostrado a fotografia da sua filha.

Situação:

Por mais que seja incentivada, ainda não foi possível fazer com que a Sra. ED tenha uma participação mais activa nas actividades de grupo. Mesmo actividades do tipo pintura, desenho, construção de puzzles, em que não há necessidade de grande exposição social, a Sra. ED recusa participar.

Terminada a entrevista, acordámos em realizar outra no próximo dia 11/11/2010.

Sra. ED

6ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 45 minutos

Comecei por falar da viagem que a Sra. ED tinha realizado. Disse que inicialmente não estava com muita vontade de ir, pois viajava muito com o seu marido, quando era nova, e conhece quase tudo. Mas depois acabou por ir e gostou muito de ter passado na Ponte Vasco da Gama. Viu muitas coisas que já tinham mudado relativamente aos tempos em que passeava com o seu marido. Verbalizou: *“é assim a vida, as coisas vão-se modificando, fazem coisas novas...e nós...vamos envelhecendo”* (sic).

Intervenções:

Abordei alguns dos seus pontos de tristeza e inevitavelmente a Sra. ED refere que o seu grande desgosto é o facto de não ter relação com a filha e respectivos netos.

Perguntei-lhe se achava que era possível fazer alguma coisa, no sentido de conseguir uma aproximação à filha? *“Não, foi ela que assim o quis. Começou a tratar-me mal, a dizer que eu dava tudo ao irmão e isso foi uma perfeita injustiça. Eu acho que já lhe disse que ela é uma grande gananciosa, ela é que queria tudo para ela...depois como eu não lhe aparei os golpes, acabou por cortar relações comigo e com o irmão. Eu sei que ambos vivem muito bem, e como sei que ela não tem dificuldades, estou disposta a tudo para que ela não venha a herdar absolutamente nada daquilo que é meu. Já que ela não me dá qualquer apoio, é injusto que venha a*

herdar do mesmo modo que o irmão, que tem sido a pessoa que me auxilia sempre que necessito” (sic).

Pedi-lhe para falar de coisas boas da sua vida? Nomeia o filho e respectiva família, pois considera-os, a todos, muito seus amigos. Adora ir para casa deles aos F.S., pois tratam-na muito bem e até a levam frequentemente a passear. Verbaliza que o seu filho preocupa-se muito com ela e que até mesmo quando esteve em Macau, fez questão de a levar com ele.

Não vê qualquer possibilidade de algum dia procurar a filha, pois acha que teria de ser ela a dar o primeiro passo. Refere que o facto de não ter relação com a filha a entristece muito. Se a filha a procurasse não põe completamente de parte a possibilidade de falar com ela, contudo a relação inevitavelmente, nunca mais voltaria a ser o que foi no passado. Considera impossível esquecer aquilo que ela já a fez passar. Mas acha que a filha é orgulhosa demais para alguma vez dar o braço a torcer e ser ela a dar o primeiro passo. De qualquer modo, refere que não retrocede com o seu intento de passar tudo o que é seu para o nome do filho.

Questionei-a se já falou com o filho acerca das saudades que tem da filha? E o que é que ele acha disso? Verbalizou: *“já falei com o meu filho e ele colocou-me completamente à vontade se eu a quisesse procurar, mas não consigo, depois do sofrimento que me causou. E também faço questão de que ninguém se meta nestes assuntos, pois são assuntos de família, e como se costuma dizer: o que se passa no Convento, sabe quem lá está dentro...” (sic).*

Perguntei-lhe se, com esses problemas familiares, se sente desamparada? Respondeu que não, porque tem o seu filho e a respectiva família, que gostam muito dela. Além disso, no dia-a-dia também pode contar com a APOIO. Acabou por referir que com a filha é que não pode contar: *“...e tanto que fiz por ela e pelos meus netos...mas não querem saber de mim...”* encolheu os ombros e disse: *“o que é que se há-de fazer?” (sic).* O que é que acha que pode fazer? *“...nada!” (sic).*

Embora seja uma pessoa muito calada e pouco interactiva com os outros utentes, verbaliza que gosta muito destes momentos que passa a falar comigo e que não pode falar com os outros em relação a este tipo de assuntos, porque são coisas muito pessoais e não quer falar com as outras pessoas acerca deles, pois já está escaldada e pessoas que eram suas amigas no passado já a traíram e não está disposta a que isso volte a acontecer.

Situação:

Dei a entrevista por terminada e mais uma vez agradeci-lhe a disponibilidade e a paciência por ter estado a partilhar comigo informações que habitualmente não partilha com ninguém.

Agradeceu-me tê-la ouvido e disse: *“quando falo consigo, faz-me voltar ao passado, lembrar-me dos meus filhos quando eram pequenos e os levava à escola ou à natação, ...lembro-me de quando ficava a tomar conta dos meus netos...das viagens que fazia primeiro com o meu marido, depois já acompanhada pelos filhos e agora mais recentemente da minha passagem pelo Oriente...ainda me vêm à memória aqueles locais, a comida, alguns cheiros...à muito tempo que não tinha a possibilidade de partilhar as minhas memórias com outra pessoa...por um lado como já lhe disse, não gosto muito de me expor e por outro também quem é que está interessado em ouvir as histórias de uma velha, a não ser o Sr. Enf.º?”* (sic).

Hoje a entrevista foi realizada no Gabinete Clínico, e quando terminou acompanhei a Sra. ED à Sala Polivalente. Durante o trajecto e enquanto deambulávamos lado a lado, voltei a agradecer a disponibilidade da Sra. e disse-lhe que me sentia um privilegiado por ter tido a possibilidade de a ouvir.

Sra. ED**7ª Entrevista (18/11/2010)****Duração: 30 minutos**

Convidei a Sra. ED a acompanhar-me ao Gabinete Clínico e utilizei esta entrevista para aplicar a GDS final.

Terminei, dando por concluídas as entrevistas formais que decorreram nestas últimas semanas. Mas, embora tivesse terminado o tempo oficial de estágio, disse à Sra. ED que ainda me iria manter pelo Centro durante mais algum tempo, pelo que se necessitasse de algo em que pudesse ser útil estaria à sua inteira disposição.

Verbalizei-lhe que foi um prazer tê-la conhecido e que só lamento o tempo ter sido muito pouco. A Sra. foi uma pessoa muito cordial, educada e acabou por dizer que sempre que queira passar pelo Centro fica à espera que não me esqueça de a ir cumprimentar.

ANEXO XXIX - “Grupo Terapêutico”

“Grupo Terapêutico”

1ª Reunião

Dia: 10/Novembro/2010;

Duração: 50 minutos;

Participaram: AF; BD; BH; EA e Enf.º;

Recusou: ED;

Neste dia, há hora da reunião, não esteve presente no Centro de Dia: BC.

Introdução:

A fim de procurar contribuir para a diminuição do estado depressivo das pessoas que compõem a nossa população, foi elaborada uma reunião visando a constituição de um “Grupo Terapêutico”.

Este Grupo tinha por objectivos:

- Permitir que as pessoas encontrassem um tema de interesse para todos;
- Estimular a interacção entre os utentes;
- Reflectir acerca da vida difícil que as pessoas tinham antigamente, e acerca da vida nos dias de hoje;
- Diminuir o isolamento, permitindo que pessoas que raramente interagem, debatam ideias e se aproximem;
- Aumentar a auto-estima dos utentes.

Desenvolvimento:

Hoje efectuei a primeira reunião de Grupo, em que estiveram presentes aquelas pessoas anteriormente identificadas.

Não participaram duas das pessoas da nossa população, uma porque não esteve presente nesse dia, de manhã, na APOIO e outra porque recusou determinantemente,

referindo que comigo está disponível para falar e até gosta muito de verbalizar aquilo que lhe vai na alma, contudo para actividades de Grupo não está disponível. Mesmo estimulada, não foi possível demover a Sra. ED da sua ideia em não participar.

Acredito que a Reunião de Grupo correu muito bem. Inicialmente as pessoas ao ficarem sentadas em círculo mostraram alguma apreensão. Depois, foi-lhes explicado que não se pretendia que entrassem em pormenores pessoais das suas vidas.

Foi explicado que a Reunião visava ser um momento de partilha, em que todos poderíamos falar, e todos poderíamos ensinar algo uns aos outros. Perguntei se alguém queria falar de alguma coisa que soubesse fazer e que estivesse disposto a partilhar connosco? Diz a Sra. AF: “... eu cá trabalhei tanto..., mas quem é que se vai interessar por aquilo que já fiz ou que sei fazer?” (sic). Incentivei-a a contar-nos, e perguntei às outras pessoas se estariam interessadas em saber algo sobre aquilo que a Sra. AF fez na vida? “...tínhamos um moinho...eu ia com um burro e um macho a casa das pessoas buscar os cereais, levava-os para o moinho...trabalhava de dia e de noite...o meu marido ficava a tomar conta das coisas lá no moinho...fazia a farinha...e para moer melhor passava muito tempo a picar as pedras, com um escopro e um martelo, era um trabalho duro para os dois...agarrar em grandes pesos...nem sei onde íamos buscar tanta força..., depois da farinha estar feita era eu que a distribuía pelos donos dos cereais, e pagavam-nos em dinheiro ou com farinha e depois nós vendíamo-la. O macho era bravo, mas quando começava a saltitar e a não querer obedecer...levava com uma carga maior para aprender...levava cada carregó...” (sic).

Depois alguém começou a falar da plantação do milho, e o processo desde o semear, passando pela rega, pelo sachar, apanhar a espiga, fazer as descamisadas (em que as pessoas se ajudavam uma às outras, partilhavam ideias, saberes, conhecimentos e até utilizavam esses momentos como momentos lúdicos em que cantavam, contavam anedotas, falavam dos seus feitos e até arranjavam namoricos), tirar o milho do carolo (ninguém se recordou do termo que era dado a esse processo), até chegar ao moinho, ao fabrico da farinha...acabando no pão. Debateram-se as tradições, os usos e a forma de fazer a mesma coisa e que tinha algumas variações de terra para terra.

Falou-se da plantação das batatas...todas as pessoas tiveram uma relação com o campo, até mesmo a Sra. EA que sempre viveu na cidade, chegou a ir com o marido para casa de amigos, que viviam no campo, arrancar e apanhar batatas. Partilhámos informação de como as batatas se cultivam nas várias regiões do país e até em Cabo

Verde. Foi possível concluir que cada região tem as suas especificidades ao nível da produção da batata.

Solicitei-lhes para compararem esses tempos com os actuais. Todas as pessoas referiram que foram tempos muito duros, algumas referiram que chegaram a passar fome. Começava-se a trabalhar no campo ou a “servir”¹ com cerca de 10 anos de idade e embora esses tenham sido tempos muito difíceis na opinião de todos, com muitas dificuldades comparadas com as actuais, todas as pessoas recordam esses tempos com nostalgia, embora todos eles sejam unânimes em dizer que apesar de tudo a vida de hoje em dia é mais fácil, no entanto existem outro tipo de problemas.

No final da reunião, os utentes foram estimulados a fazer um resumo do que foi falado e a reflectirem acerca de como se sentiram ao partilhar estas informações com o Grupo.

Todos aprendemos uns com os outros, todos rimos com determinados episódios relatados e foi verbalizado que embora as pessoas tenham entrado na Sala de Reuniões com alguma apreensão, pois não sabiam muito bem o que iria acontecer e era a primeira vez em que participavam numa actividade nestes moldes, as pessoas foram muito participativas, debateram ideias, recordaram tempos passados e compararam-nos com os tempos actuais. Foi um momento de partilha descontraído, em que as pessoas estiveram à vontade umas com as outras, e até mesmo as pessoas que se dizem mais tímidas falaram espontaneamente.

Os utentes no final da reunião saíram verbalizando que é uma pena que este tipo de reuniões não se faça mais vezes, pelo que lhes propus que algum deles tomasse a iniciativa de organizar uma em moldes semelhantes, eventualmente pedindo apoio à Sra. Animadora nas primeiras e depois fazendo-o de modo mais autónomo.

Procurei que a Sra. Animadora estivesse presente na reunião, mas não foi possível por motivos superiores. Dessa forma foi-lhe explicado em que moldes foi efectuada a reunião, quais os seus objectivos e a importância de ser continuada no tempo, eventualmente numa fase posterior autonomamente sem a necessidade de um técnico.

¹ A Sra. EA começou a trabalhar como empregada doméstica, interna, aos 10 anos de idade.

Conclusão:

Acredito que o Grupo cumpriu os objectivos delineados. As pessoas verbalizaram que gostaram muito de ter participado, ao ponto de não quererem terminar a reunião pois algumas ainda queriam continuar a expor ideias, debatendo-as com os outros utentes e connosco.

Na reunião a partir de determinado momento, já não era necessário estimular as pessoas a falar pois isso acontecia naturalmente.

ANEXO XXX - Entrevistas Realizadas a Utentes, Inscritos no Centro de Dia, mas
que Não estão Incluídos na População em Estudo

**ALGUNS DOS DADOS MAIS RELEVANTES DE ENTREVISTAS
REALIZADAS, NO MÓDULO III, A UTENTES INSCRITOS NO CENTRO DE
DIA E QUE NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Sra. AD

1ª Entrevista (29/10/2010)

Duração: 30 minutos

A Sra. AD abordou-me no sentido de lhe avaliar a tensão arterial, referindo que ultimamente não se tem sentido muito bem, que tem andado com umas tonturas. Acabou por verbalizar que tem andado muito preocupada com o seu filho que desde Setembro tem perdido muito peso, e que lhe começaram a aparecer uns “caroços”, inicialmente no pescoço e posteriormente pelo corpo todo. Estão muito preocupados porque um médico já lhe disse que pode ser leucemia, mas outro disse-lhe que pode se uma mononucleose.

Agora, estão a viver na angustia de não saberem o que os espera. Além do problema de saúde, como o filho tem uma profissão liberal, se não trabalha não ganha. Contudo, já se mobilizaram e uns amigos emprestaram-lhe dinheiro, a irmã que vive no estrangeiro também irá apoiar-lo a fim de que ele consiga ir pagando as suas contas. Diz a Sra. AD: “...Sr. Enf.º...o meu filho parece um velhinho de mais de 60 anos e está tão debilitado que não consegue aguentar uma consulta, que demora cerca de duas horas. Também dá aulas mas está a ter muita dificuldade pelo enorme cansaço que sente” (sic).

No final da entrevista, agradeceu ter sido ouvida e referiu que sabe bem desabafar aquilo que nos preocupa.

Intervenções:

Num ambiente calmo, sereno e reservado, procurei que a Sra. AD ficasse sentada junto de mim, sem a barreira da secretaria e disponibilizei-me para a ouvir e ajudar naquilo que estivesse ao meu alcance.

Sra. AD

2ª Entrevista (11/11/2010)

Duração: 15 minutos

Abordei a Sra. AD no sentido de lhe perguntar se já tinha conhecimento da situação do seu filho. Disse que não, que ainda continuam há espera do resultado da biopsia, mas que o filho já está em casa. Verbalizou que tem rezado muito para que não seja nada de grave.

Apesar da situação do filho, a Sra. AD está bem-disposta, com sorriso fácil, dizendo que a vida não pára, é sempre a andar para a frente.

Perguntei-lhe como se sentia, tendo referido que embora esteja preocupada, de nada isso adianta daí que hoje à tarde é dia de dançar e cantar², e ela não vai perder a tarde. Diz a Sra. AD: *“de nada vale estar ou andar por ai triste, Sr. Enf.º..., olhe...pelo menos enquanto canto e danço, estou distraída e nem penso tanto na situação...”* (sic). Decorreu ainda uma outra actividade, que consistia em preparar castanhas para cozer, mas esta, a Sra. AD recusou, referindo que não está com muita vontade e por outro lado como não tem dentes também não as pode comer.

Sra. BA

1ª Entrevista (27/11/2010)

Fui contactado pela Sra. BA, referindo que andava muito preocupada com os seus valores de glicemia. Feito o teste, os valores eram perfeitamente normais.

Intervenções:

Foram-lhe efectuados ensinamentos sobre alimentação saudável e a importância de realizar exercício físico, como por exemplo andar a pé e participar nas actividades propostas pela Sra. Animadora, particularmente aquelas que levam a pessoa a mobilizar-se.

² Habitualmente, às quintas-feiras à tarde a Sra. Animadora coloca música e as pessoas cantam e dançam.

Sra. DA

1ª Entrevista (13/10/2010)

Fui contactado pela Sra. CJ, referindo que a sua mãe tinha sido avaliada por uma Psiquiatra do DPSM do HSFX e que não entendiam muito bem a forma da continuar a toma da terapêutica prescrita, no próximo mês. Elucidámo-las contudo, a fim de que não houvesse quaisquer dúvidas, referimos-lhes que iríamos entrar em contacto com a médica, uma vez que a encontramos frequentemente no Departamento e depois seriam informadas da decisão antes do final do mês, altura em que a medicação iria sofrer um ajuste.

Intervenção:

Acredito que as Sras. ficaram muito mais calmas com a segurança que lhes foi transmitida, acerca do esclarecimento das suas dúvidas.

Nota: Ambas as Sras. DA e CJ, mãe e filha, frequentam o Centro de Dia da APOIO.

Sra. DA

2ª Entrevista (14/10/2010)

Contactei a Sra. DA e a Sra. CJ, a fim de lhes transmitir a informação fornecida pela Médica Psiquiatra e efectuei-lhes os ensinamentos necessários até que a situação ficou completamente esclarecida e já não havia espaço para qualquer dúvida.

Após a situação ter sido esclarecida, sem qualquer dificuldade de maior, as Sras. verbalizaram que tinham sido chamadas à atenção para que quando lhes surgissem dúvidas não seria eu a efectuar a ponte com a médica do hospital, mesmo estando a trabalhar no mesmo serviço, mas as pessoas responsáveis pelo Centro.

Intervenção:

As dúvidas colocadas foram completamente esclarecidas, e as utentes deixaram de estar preocupadas com uma situação que lhes estava a provocar grande incerteza e ansiedade.

Sra. DG

1ª Entrevista (14/10/2010)

Estando no Gabinete Clínico, fui contactado pela Sra. DG, referindo que gostava muito de falar comigo. Disponibilizei-me para a ouvir, e convidei-a a entrar e a sentar-se numa cadeira que estava ligeiramente de lado para mim e sem qualquer objecto a separar-nos.

Começou por verbalizar que tem muita dificuldade em viver numa casa velha: *“... é uma casa tão velha..., é até mais velha do que eu, e nem tenho um sítio para tomar banho devidamente...”* (sic). Gostava de tomar banho na APOIO, mas tinha de pagar, para além dos €125,00 que já paga para frequentar o Centro, tendo direito a almoço, lanche e transporte; mais €65,00 para tomar banho 3 vezes por semana, com o auxílio das Ajudantes de Acção Directa da APOIO, o que atendendo ao reduzido valor da sua pensão é completamente incomportável.

Intervenção:

Ouvi-a com a máxima atenção, mostrando-lhe disponibilidade e interesse pelo seu problema.

Perguntei-lhe se já tinha exposto o seu problema à Assistente Social, referiu que sim mas que até agora ainda não lhe tinham dado qualquer solução.

De seguida questionei-a se já tinha pensado em alguma outra solução, tendo referido que tem 5 filhos mas que eles também têm as suas despesas. Acabou por verbalizar que gostava de ter mais apoio dos seus filhos. Como a casa que habita é alugada, refere que era bom que o senhorio fizesse obras de melhoramento, nomeadamente ao nível da casa de banho, mas ele não está para aí voltado.

No final da entrevista, verbalizou que sabia que eu não era Assistente Social, mas que não gosta de falar sobre estes pormenores da sua vida pessoal, com qualquer pessoa, porque depois já sabe como é, acabam por ainda falar dela: *“oh Sr. Enf.º sei que não me vai fazer uma casa de banho, e...elas (responsáveis da APOIO) aqui já têm conhecimento dos meus problemas, mas dizem-me que também tenho de pedir apoio à família...obrigado por me ter ouvido, olhe só estar a aturar-me já me fez bem à alma...esta chata nunca mais se cala...”* (sic). Disse-lhe que não me tinha aborrecido de modo nenhum e que estaria disponível para a ouvir sempre que sentisse falta de alguém para conversar, ou para partilhar as suas preocupações, dúvidas ou angústias.

No final da entrevista, acompanhei-a à Sala Polivalente, tentando falar dos assuntos genéricos que envolvem o nosso dia-a-dia.

Sr. EG

1ª Entrevista (18/10/2010)

Fui contactado por uma funcionária do Centro de Dia, porque o Sr. EG estava com a cabeça sobre a mesa e não dizia o que é que estava a sentir.

Aproximei-me do Sr. e perguntei-lhe se haveria alguma coisa que pudesse fazer para o ajudar? Inicialmente não queria falar, mas acabou por dizer que tinha ido ao Hospital por causa de uma perna e que lhe fizeram vários exames, mas no final ficou muito desiludido porque não lhe receitaram nada.

Mostrou-me a coxa direita, e observei uma extensa equimose, aparentemente em fase de resolução.

Em tom zangado, virou-se para mim e disse: “...um homem pode morrer...ninguém quer saber...já viu, vou ao Hospital por causa desta perna, fazem-me montes de exames e depois nem um medicamento me receitam...isto está tudo perdido...estamos entregues aos bichos...” (sic).

Embora só tenha falado com o Sr. EG; solicitado para me deixar observar a sua perna; mostrado preocupação com a sua situação; e, efectuado alguns ensinamentos, acabou por ficar verbalmente mais calmo e por pedir desculpa pelo facto de ter sido verbalmente agressivo.

No final do dia já esboçava sorrisos, e o seu contacto com utentes e funcionários era muito mais cordial.

Intervenções:

Fui verificar qual a medicação que o Sr. EG estava a tomar, e constatei que não tinha prescrito nenhuma medicação anticoagulante ou antiagregante.

A equimose como foi referido estava aparentemente em fase de resolução. Assim, expliquei ao Sr. EG que após ter efectuado os exames o médico terá verificado que não havia motivo para lhe prescrever qualquer medicação, e deu-lhe alta da Urgência. Disse-lhe que nem sempre é necessária medicação para resolver algumas

situações e que por vezes se não for mesmo necessária tanto melhor, pois evita sujeitar-se aos seus efeitos secundários.

Expliquei-lhe que muito provavelmente a situação iria evoluir favoravelmente, contudo se piorasse, aí teria de ser novamente avaliado.

Por fim informei-o que se não estivesse aparentemente a piorar, passados dois ou três dias deveria voltar a procurar-me a fim de mostrar a perna.

ANEXO XXXI – Reflexões Semanais do Módulo III

REFLEXÕES SEMANAIS DO MÓDULO III

1ª Semana (27 Set a 1 Out)

Na primeira semana do Módulo III voltei ao Centro de Dia da Outurela.

Embora já conhecesse as pessoas que constituem aquele Centro, funcionários e utentes, envolve sempre uma grande ansiedade voltar e dizer: aqui estou eu para mais um Módulo de Estágio.

No decurso das férias tive a oportunidade de me deslocar, algumas vezes, ao Centro onde pude falar com utentes, Animadora Sociocultural e com a Técnica Superior de Serviço Social coordenadora da APOIO, a fim de não perder completamente o contacto com aquelas pessoas. Ainda durante este período, fui contactado pela Sra. Enf.^a Orientadora para me informar que não poderia continuar a orientar o meu Estágio uma vez que tinha deixado a coordenação da UCC Cuidar+ e iria passar a desempenhar funções num outro local e sem qualquer relação com aquele Centro de Dia.

Nesta primeira semana, procurei solidificar e fortalecer a relação estabelecida com técnicos e utentes aquando do Módulo I. Falei com os técnicos, abordei os utentes e tive a possibilidade de falar, de modo mais ou menos superficial, com todos eles.

Nesta semana fui à ESMCC, situada no Dafundo, a fim de discutir com a Sra. Enf.^a Orientadora os objectivos de estágio e a possibilidade de os tornar ou não viáveis.

Considerando os recursos humanos e temporais disponíveis, decidiu-se seleccionar uma amostra intencional de utentes no sentido de desenvolver com eles uma relação de ajuda, através de entrevistas, após ter realizado uma colheita de dados mais ou menos minuciosa. Isto permitiu-me conhecer melhor a pessoa e desenvolver com ela estratégias de intervenção, recorrendo a entrevistas de ajuda.

Gostaria ainda de salientar que os formulários aplicados a pessoas com idades inferiores a 65 anos foram eliminados, para o desenvolvimento de intervenções neste Módulo, todavia fazem parte do Processo constituído no Centro de Dia. A estes utentes não foi aplicada uma outra escala, mais uma vez pela limitação de recursos.

No decurso desta semana conheci as instalações físicas da ESMCC, e foi possível reencontrar, no local, técnicos de saúde que já conhecia do DPSM.

Embora já estivesse perfeitamente familiarizado com os profissionais e utentes da APOIO, voltar para realizar o último Módulo do Estágio, causa sempre alguma

ansiedade. Contudo, pela forma como fui recebido, rapidamente me senti de novo “em casa”.

2ª Semana (04 a 08Out)

Considerando a disponibilidade dos Gabinetes, da APOIO, nem sempre foi possível realizar as entrevistas que entretanto tinham sido agendadas. Pela reduzida privacidade, não poderia efectua-las na Sala Polivalente, de outro modo iria correr o risco das mesmas não se desenvolverem num ambiente terapêutico.

Considerando que seria muito grave não proceder ao encaminhamento dos utentes cuja GDS I deu depressão grave, com ou sem defeito cognitivo, comecei por realizar entrevistas a cada um dos utentes identificados, de modo a conhecer cada caso de forma mais pormenorizada e assim ficar com a certeza de que aquele utente seria medicado e devidamente seguido em consulta.

Em relação aos utentes com depressão ligeira e simultaneamente com defeito cognitivo, não foi possível efectuar abordagens direccionadas, pelo que acreditei que seria de todo o interesse que futuramente estas pessoas viessem a ser acompanhadas quer no que concerne à depressão ligeira, quer eventualmente ao defeito cognitivo, se o mesmo se mantivesse após redução da sintomatologia depressiva.

Considerando que seria completamente impossível trabalhar com todos os casos de um modo estruturado, estive sempre disponível para apoiar quem me procurava, e em cada dia em que estive no Centro de Dia, tinha o cuidado de passar algum tempo pela Sala Polivalente onde me era possível, cimentar relações de empatia que previamente tinha estabelecido com os utentes. Mais uma vez quero salientar a excelente colaboração que obtive das funcionárias da APOIO e em especial da Animadora Sociocultural, que conhece os utentes como ninguém e que diariamente desenvolve com eles actividades do maior interesse. Em todos os momentos foi a minha ponte, facilitando assim uma maior aproximação aos utentes.

Nesta semana foi decidido, em conjunto com a Coordenadora do Departamento de Acção Social que seria de todo o interesse efectuar uma Sessão de Formação, dirigida às Ajudantes de Acção Directa da APOIO, subordinada ao tema “A Demência”, mais centralizada na prática, ou seja, no que elas poderiam fazer pelos doentes. Deste

modo, seria também uma forma indirecta de eu dar algum contributo a este tipo de utentes.

Procurei dirigir a minha actuação, para as pessoas com depressão ligeira e sem defeito cognitivo. Fi-lo pela realização de entrevistas de ajuda, tendentes ao estabelecimento de uma relação de ajuda, e desta forma, espero conseguir uma melhoria, mesmo que pequena da sintomatologia depressiva. Para tal no final do estágio, espero voltar a aplicar a GDS aos utentes, com os quais efectuarei uma intervenção terapêutica individual sistematizada e que irão fazer parte da minha amostra.

Para concluir, não poderei deixar de reflectir acerca da completa disponibilidade da responsável da APOIO, para que as pessoas que aqui trabalham aumentem a sua formação profissional.

3ª Semana (11 a 15Out)

Num dos dias desta semana fui contactado pela responsável pelos cuidados domiciliários, no sentido de intervir junto de um casal em conflito devido a grandes dificuldades de entendimento.

O Sr. H, tinha referido que não se conseguia entender com a esposa e se as coisas continuassem assim ainda punha termo à vida.

Estive a falar com o Sr. H e depois fui na companhia do Sr. H, da Assistente Social referida anteriormente e da Assistente Social responsável pela APOIO a casa do casal, no sentido de tentar resolver as divergências.

Falei com a Sra. I, a fim de apurar a sua versão dos factos. As divergências prendiam-se com a colocação de uma mesa na sala, no local em que deveria ficar um sofá e a aparelhagem sonora. Acabei por ajudar a alterar a posição dos objectos, a Assistente Social tomou nota de algumas particularidades que o casal pretendia relativamente às refeições fornecidas pela APOIO e o casal aparentemente ficou muito mais tranquilo.

No final da semana o Sr. H, encontrou-me à porta do Centro de Dia e agradeceu o que fiz por ele e pela sua esposa, pois já estava a chegar ao seu limite, e não estava a aguentar mais aquelas discussões: *“olhe Sr. Enf.º, ela não sabia era o que é que queria e eu é que a tinha de a aturar, as vossas sugestões já eu tinha proposto, mas nada*

estava bem daquilo que eu dizia...” (sic). Referiu que de um modo tão simples as coisas foram resolvidas, no momento, e a sua esposa que andava insuportável desde há alguns dias, tem andado muito mais simpática e até já pede para vir ao Centro. É de salientar que a Sra. I é uma mulher muito obesa, com grandes dificuldades na mobilidade. Desloca-se de cadeira de rodas, mas como reside num dos apartamentos por cima do Centro, com o apoio do marido, vai para esse espaço com relativa facilidade.

Aparentemente o Sr. H, ficou com uma boa relação comigo, ao ponto de, por vezes me abordar com dúvidas em coisas tão genéricas como situações de facturas que tem para pagar, marcações de consultas médicas, etc.

Esta pessoa nunca mais voltou a verbalizar qualquer ideação suicida até ao final do estágio.

É gratificante chegar ao final de uma semana e pensar: *“Com a nossa intervenção, provavelmente alguém estará melhor”*.

4ª Semana (18 a 22 de Outubro de 2010)

Atendendo a que, de um modo geral, as pessoas verbalizaram que gostavam muito de ouvir música, de dançar e cantar foram realizados contactos a fim de conseguir que uma pessoa, minha amiga, pudesse vir cantar ao Centro.

A pessoa referida, canta fado e inclusivamente já conhecia o Grupo Coral composto por alguns utentes da APOIO, quando em Junho organizei uma actuação de ambos os grupos no DPSM do HSFX.

A disponibilidade da fadista e do seu acompanhamento foi total e marcou-se uma ida ao Centro para o próximo dia 02/Nov/2010 a fim de lhes mostrar o local onde iriam actuar, para que deste modo ficassem com uma ideia do equipamento que teriam de trazer.

Ao longo desta semana, além das entrevistas realizadas, não ocorreu nada mais digno de reflexão.

5ª Semana (25 a 29 Outubro de 2010)

Nesta semana, impressionou-me uma das entrevistas que efectuei à Sra. BD. Isto, deveu-se ao facto de várias vezes ter expressado os seus sentimentos através de lágrimas, relacionados com a sua situação de vida, onde se inclui o filho que vive consigo, que tem 42 anos e não tem emprego nem mulher. Apesar da situação exposta, ia esboçando sorrisos quando falava da sua infância, verbalizando que embora houvesse muitas dificuldades, foi muito feliz com os seus irmãos e com alguns dos seus colegas de juventude.

Gosta muito de vir para o Centro, é uma pessoa bem-disposta, gosta de fazer rir as outras pessoas, conta anedotas, faz teatro, dança e canta. Faz parte do Grupo Coral do Centro de Dia, e já foi fazer várias actuações ao exterior, tendo a ultima sido no DPSM do HSFX, em Junho passado.

As pessoas referem frequentemente que a música lhes dá ânimo. Na passada semana envidei esforços para que uma fadista, minha amiga, viesse actuar ao Centro de Dia. Mas, comecei a pensar que se um grupo de música popular também pudesse vir e cantasse músicas que todos sabemos cantarolar poderia ser uma forma de proporcionar uns momentos de alegria a estas pessoas pondo-as a cantar e a dançar.

Contactei um amigo que frequenta a Escola Superior de Música, e que costuma tocar cavaquinho e cantar música popular com o tio. Disponibilizaram-se de imediato para actuarem na APOIO e foi agendada uma data.

Nesta semana a Sra. Enf.^a Orientadora, veio à APOIO. Apresentei-lhe alguns utentes, funcionários, a Assistente Social responsável pelo Centro de Dia e a Sra. Animadora Sociocultural. De seguida efectuei uma visita guiada às instalações do Centro de Dia.

6ª Semana (02 a 05 de Novembro de 2010)

Nesta semana apercebi-me, de um modo claro, como algumas pessoas se organizam no Centro de Dia. Faz lembrar quase que uma pequena sociedade. Juntam-se em pequenos grupos, seja para jogar às cartas, para jogar dominó, para deambularem em volta do Centro, para cantar, para dançar ou até para rezar o Terço.

Embora existam, no Centro, várias pessoas tristes, desiludidas com a vida, com graves problemas de saúde, económicos, de solidão ou familiares, de um modo geral todas referem que gostam de ouvir música, de cantar e de dançar, e que isso lhes faz esquecer os problemas e lhes dá alguma felicidade.

Gostei de verificar que alguns utentes se conseguem organizar autonomamente e em dias definidos a fim de rezarem o Terço. Contudo, nem mesmo este tipo de actividade é completamente pacífica e isso causou-me algum desânimo. Num dos dias, pela forma como o grupo foi liderado, surgiram divergências entre os vários elementos.

No dia 03 de Novembro de 2010, o Sr. CC pediu-me para o pesar. É uma pessoa que habitualmente “se mostra” alegre e cordial, procurando contagiar de boa disposição quem está por perto.

Após o almoço a Sra. EE assumiu a liderança de um Grupo para rezar o Terço, e o Sr. CC comentou com um outro utente, em voz baixa, que a Sra. EE era uma incompetente como líder. Como esta Sra. ouviu o comentário, acabou por gerar nela uma grave crise de ansiedade. As funcionárias da APOIO, com o auxílio de alguns utentes, trouxeram-na para o Gabinete Clínico pedindo ajuda.

A Sra. EE referia uma opressão no peito, tendo sido deitada no catre e como tem prescrito nitromint para fazer sublingual em caso de necessidade, foi-lhe administrado com algum alívio. Os sinais vitais estiveram estáveis. Fiquei sempre junto da utente e passados cerca de 50 minutos verbalizou que já se sentia bem.

Enquanto estive junto da Sra. EE, acabou por dizer que o Sr. CC embora pareça uma pessoa muito sociável e divertida, efectivamente não o é, e poucos são os utentes do Centro de Dia que se aproximam dele. Refere: “...sempre foi uma pessoa muito crítica em relação aos outros e por vezes com as suas atitudes foi magoando aqueles que lhe eram próximos e por isso, a pouco e pouco...quase todas as pessoas se foram afastando dele...” (sic).

Agradecendo o facto de nunca a ter deixado sozinha levantou-se, sem queixas, e foi lanchar.

Como intervenção, procurei acalmar a Sra. EE, administrei-lhe a medicação prescrita, proporcionei-lhe um ambiente calmo e acolhedor e estive ao seu lado a falar com ela e a ouvi-la. Procurei também aumentar a sua auto-estima, pois ficou muito abalada com as críticas do Sr. CC.

Ainda durante esta semana, aconteceu outra situação, “fora do previsto” a Sra. EB foi trazida pelas funcionárias porque referia que tinha uma espinha na gengiva, após ter começado a comer o peixe do almoço.

Tinha a boca com sangue, pois ela própria a tentar tirar a suposta espinha, que efectivamente não existia, acabou por arrancar pontos de uma sutura efectuada pelo Médico Dentista.

Foi aconselhada a voltar ao referido técnico de saúde, a fim de ser avaliada.

À semelhança das situações anteriormente descritas acontecem, frequentemente, outras em que sou solicitado a intervir. Todas estas questões acabam por implicar um consumo de tempo considerável, contudo como enfermeiro não posso deixar de atender as pessoas.

Uma outra situação que dificulta o desenvolvimento do meu trabalho, é o facto de nem sempre os utentes estarem disponíveis para a realização das entrevistas, isto pelos mais variados motivos. Embora as mesmas possam estar agendadas, por vezes surgem situações que obrigam a adia-las.

No início do dia 4 sentia-se uma agitação anormal, relativamente aos outros dias. As pessoas esperavam pela festa agendada para a tarde, com fados e guitarradas.

Pelas 14 horas chegou a cantora acompanhada por um músico, a fim de se começar a instalar todo o sistema de som. Referiram que não foi possível vir um outro músico que inicialmente estava previsto, por motivos de doença, contudo acreditavam que a actuação não iria ser muito penalizada.

Alguns dos utentes já os conheciam do DPSM do HSF, aquando do festejo dos Santos Populares em que se juntaram a cantar o Grupo da Fadista com o Grupo Coral do Centro de Dia da APOIO.

O espectáculo teve o seu início pelas 15 horas, em que após uma pequena apresentação a CF começa os seus fados acompanhada à viola pelo músico e cantor JS. De seguida, JS cantou e também encantou com músicas de cariz mais popular. Este grupo terminou a sua actuação a cantar músicas populares, apoiado pela voz e palmas dos utentes, e funcionários.

Para terminar a festa com chave de ouro, o Sr. JAS tocou, com uma perícia admirável, uma música clássica na sua viola. Foi elogiado pela actuação e teve direito a grandes aplausos.

Foi muito gratificante verificar que pessoas que habitualmente têm de ser extremamente estimuladas para participarem nas actividades propostas, a cantarem, a baterem palmas e até a dançarem de uma forma espontânea.

Nos dias anteriores, houve pessoas que referiram que estavam muito nervosas para a festa e que nem sabiam o que deveriam trazer vestido. Acabei por verificar que estas mesmas pessoas perto da hora de ter início o espectáculo, apressaram-se a reservar lugares nas filas da frente.

Penso que consegui, através destes meus amigos, dar alguns momentos de felicidade a estas pessoas. Isto pode ser documentado pelas fotos que retratam a alegria das pessoas, pelo facto de muitos dos utentes terem feito questão em ir cumprimentar os artistas e até terem solicitado para tirarem fotografias com eles.

Após o término do espectáculo, fomos convidados pela APOIO, para um lanche.

7ª Semana (08 a 12 de Novembro de 2010)

Apercebi-me que muitas das pessoas que mais frequentemente me procuram, tanto para ficarem a conversar comigo, no Gabinete Clínico e de um modo mais reservado, como em abordagens casuais pela Sala Polivalente, foram pessoas identificadas com depressões graves.

Como era o único enfermeiro, no Centro, tanto utentes como funcionários, vinham frequentemente ter comigo, para avaliar a glicemia capilar, para pesar ou para lhes esclarecer dúvidas. O facto de ser frequentemente abordado fez-me acreditar que, de um modo geral, consegui estabelecer uma excelente relação com todas as pessoas da APOIO.

No dia 10 pelas 13:30 horas, os utentes do Centro de Dia foram num passeio em que saíram do Centro, passaram pela Ponte Vasco da Gama e regressaram pela Ponte 25 de Abril. Uns utentes iam verbalizando que estavam muito satisfeitos por poder sair do Centro e fazer algo diferente do habitual, enquanto outros iam resmungando e dizendo que preferiam ficar por cá sossegados. A Direcção do Centro fez questão que fossem todos os utentes e eles lá iam entrando para o autocarro. Foi notória a forma diferente como uns técnicos e outros interagem com os utentes. Observei funcionários que em tom de brincadeira iam “empurrando” as pessoas para o passeio e elas acabavam por sorrir e nos seus passos mais ou menos rápidos, consoante a capacidade de cada um,

iam subindo e tomando os seus lugares na viatura. Ajudei as pessoas com mais dificuldades de mobilização a subir para o autocarro, a tomarem os seus lugares e a colocarem os cintos de segurança.

No dia 11, à medida que ia percorrendo a Sala Polivalente, ia falando com os utentes um por um e, de um modo geral, todas as pessoas disseram que gostaram muito de ter ido na viagem. Surpreendentemente, até mesmo algumas que saíram do Centro contrariadas acabaram por verbalizar que foi um passeio muito agradável.

Fui verificando que a viagem foi mais um tema de conversa para os utentes interagirem uns com os outros.

A Reunião do Grupo Terapêutico estava agendada para o dia 11 de manhã mas, em virtude de não termos Sala disponível, com as características desejáveis, acabei por ficar pela Sala Polivalente a assistir a uma actividade da Sra. Animadora Sociocultural que tinha o objectivo de estimular as pessoas a mobilizarem-se. Foram realizando exercícios físicos, mandando uma grande bola de espuma uns aos outros. Como a Sra. Animadora teve de sair, convidou-me para continuar a actividade. Fi-lo sem qualquer problema e aumentei o grau de dificuldade, em que cada vez que uma pessoa recebia a bola tinha de dizer nomes de cidades, países, pessoas, flores, etc., a dada altura eram os utentes que sugeriam os temas para dizer aquando da recepção da bola.

Na actividade referida também tentei estimular a Sra. ED a participar, mas foi completamente impossível leva-la a interagir nos exercícios de grupo. É a única pessoa que está numa mesa sozinha, come sozinha e passa os dias sozinha. Fala quando é abordada pelos profissionais, ou pontualmente por utentes embora não desenvolva grandes diálogos.

No dia 10 de manhã, consegui reunir 4 das 6 pessoas que fizeram parte da minha população de estudo, para elaborar o “Grupo Terapêutico”. Das seis pessoas faltaram duas, uma porque não foi ao Centro nesse dia e outra porque recusou determinantemente participar, alegando que tinha jurado para ela mesma não voltar a entrar em actividades de grupo, pois já uma vez foi traída por amigas e agora também não quer participar porque não quer que depois falem dela. Mesmo estimulada, não foi possível fazê-la integrar o “Grupo Terapêutico”.

Acredito que a reunião correu muito bem. Inicialmente as pessoas estavam com alguma apreensão mas rapidamente começaram a partilhar ideias, a ficarem mais descontraídas e a interagir espontaneamente umas com as outras. Falavam com um sorriso nos lábios das suas terras, de como cresceram e do que fizeram

profissionalmente. Comparou-se a vida nos seus tempos de infância e a actual. E, embora todos eles tenham referido que gostaram muito da sua infância, também não deixaram de referir que a vida actualmente, embora não seja fácil, não é tão dura. Hoje não têm de partilhar uma sardinha com outras pessoas, andam calçadas, têm vários conjuntos de roupa para vestir, não têm de fazer grandes percursos a pé porque existem muito mais transportes. Referiram que aqui no Centro comem bem, há pessoas que têm ajuda para tomar banho, que têm quem os leve ao médico quando é necessário. Mesmo as pessoas sem apoio de familiares têm alguém que olhe por elas. De um modo geral as pessoas gostam e participam numa ou mais actividades que são realizadas pela Sra. Animadora Sociocultural.

No início do dia 11 sentia-se uma maior agitação entre os funcionários e utentes, pois era o dia de São Martinho.

Os preparativos para o magusto começaram logo de manhã, com o retalhar das castanhas por um grupo de utentes. Alguns utentes confidencIALIZARAM-me que nos dias de festa, há sempre mais confusão e até mais movimento de pessoas que nem pertencem ao Centro mas que também querem assistir.

Cerca das 18 horas, fui abordado pelas responsáveis da APOIO e do Centro de Dia, perguntando se me importava de observar uma radiografia da Sra. EB, pois tinha tido uma queda em sua casa, queixava-se com muitas dores, e a sua médica pediu-lhe uma radiografia mas não a iria observar nesse dia. Efectivamente tinha uma fractura ao nível da bacia, pelo que foram aconselhadas a lavar a utente ao Hospital, até para ser medicada com analgésicos. As técnicas estavam preocupadas com as diligencias que teriam de fazer pois se a Sra. EB não ficasse internada necessitaria de um apoio que elas próprias teriam dificuldade em disponibilizar. Informei-as que neste tipo de situações o tratamento é repouso e os doentes habitualmente não ficam internados e foi o que efectivamente aconteceu. No hospital foi medicada e teve alta com indicação para cumprir repouso.

É curioso constatar que foi a Assistente Social do Hospital que contactou a do Centro de Dia a fim de darem alta à Sra. EB. Uma envida esforços para retirar a doente do hospital, outra diz-me que não entende como é que do hospital dão alta clínica a uma pessoa que não tem um suporte familiar consistente. Considera que nestas situações o hospital deveria ficar com os doentes até estarem completamente restabelecidos e com a independência que tinham anteriormente. Eu que trabalho no Hospital, sei que isto,

muitas das vezes, não é possível pois estas Unidades de Saúde têm como objectivo resolverem situações agudas.

Estando sozinho na Associação e ao ter de intervir, junto de utentes com supostas ideações suicidas, causa sempre alguma preocupação e ansiedade a atitude que as pessoas possam vir a ter. Foi pois necessário encontrar as melhores opções para lidar com este tipo de situações.

8ª Semana (15 a 19 de Novembro de 2010)

Atendendo a que os utentes verbalizavam frequentemente que tinham gostado muito dos fados e da música popular cantada pelos meus amigos no dia 4 e, considerando que temos amigos que cantam músicas populares acompanhadas ao cavaquinho, nesta semana, mais concretamente no dia 16, para animar os utentes do Centro de Dia tivemos a presença de um Grupo de Cavaquinhos.

Foram muito bem recebidos pela Sra. Animadora e pelos utentes. Após alguns preparativos começaram a sua actuação cantando aquelas músicas populares que todos conhecemos, abrilhantadas ao som dos cavaquinhos e por vezes também de uma flauta.

É extremamente gratificante ver pessoas que várias vezes vi chorar no Gabinete Clínico, por problemas que relataram e que fazem parte das suas vidas; pessoas tantas vezes isoladas que pouco falam com utentes ou mesmo com técnicos; pessoas com fâcies tristes; com grande desesperança, etc., numa festa cantarem, dançarem sozinhos ou acompanhados, aplaudirem os artistas com muitas palmas e até de pé, quererem ficar perto deles e até tirar fotografias com os artistas, sorrirem, e deixarem ver no seu fâcies uma imagem de alegria.

No final da actuação, as pessoas não queriam que os artistas fossem embora e iam pedindo mais uma música e mais outra.

Curiosamente algumas pessoas vieram ter comigo, com um sorriso nos lábios, e agradeceram o facto de os ter feito recordar os seus velhos tempos e de lhes ter proporcionado bons momentos de alegria e felicidade. Disse-lhes que o agradecimento era para os artistas. Nesta sequência perguntaram-me se eles lá teriam ido e se as pessoas que frequentam o Centro teriam tido uma festa assim se não fosse eu a tratar da sua organização?

No dia 17 pelas 14:30 horas, realizei uma Acção de Formação dirigida às Ajudantes de Acção Directa da Apoio, subordinada ao tema “A Demência”, onde procurei incentiva-las a estimularem os utentes que assistem. No final, foi passado um pequeno filme, acerca do tema, seguido de um período de reflexão e debate.

Penso que a sessão correu muito bem e que consegui motivar facilmente as pessoas para o tema abordado, talvez pela forma como foi feito, ou seja, relacionando-o com a prática diária das ajudantes. Verifiquei que houve uma grande participação/interacção das pessoas que assistiram e de acordo com a avaliação final, em que obtive 100% de respostas correctas, poderei dizer que a referida sessão foi um sucesso e que conseguimos fazer passar a mensagem.

Atendendo a que o dia 19 foi o último dia oficial de estágio, fiz questão de que ao lanche houvesse algo diferente e levei um bolo como forma de agradecimento a todas as pessoas, utentes e funcionários pela forma como me acolheram ao longo dos meses em que estive a estagiar na APOIO.

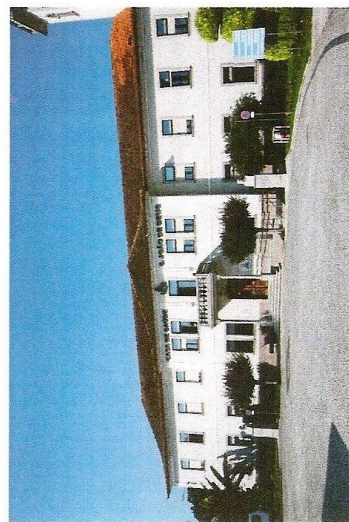
Senti-me muito bem, quando a Sra. Animadora se dirigiu a mim e disse publicamente, na presença de funcionários e responsáveis pelo Centro, que fazia questão que fosse eu a distribuir as fatias do bolo, utente por utente. Fi-lo com todo o gosto! Era o último dia em que oficialmente estaria no local de estágio, mas não esperava de todo que fosse o último em que estaria naquele local...

ANEXO XXXII – Participação Congresso SPESM



SPESM

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que:

Manuel Maria Gameiro Dias

PARTICIPOU no II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, “DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”, que se realizou dos dias 26 a 29 de Outubro de 2010 no Auditório da Casa Saúde S. João Deus - Barcelos - Portugal.

Barcelos, 29 de Outubro de 2010



Dr. II Série, n.º 174 de 10-09-2007
Contribuinte n.º 588147964
Comissão Científica

Presidente SPESM

ANEXO XXXIII – Apresentação Poster Congresso SPESM



SPESM

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o trabalho científico:

A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO ACTIVO: (RE) CONSTRUIR UM NOVO CAMI-NHO,

Sob a forma de Poster

Com o(s) seguinte(s) autor(es):

C.Silva L. Galvão L.Reis M. Dias

foi apresentado no II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, “DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”, que se realizou dos dias 26 a 29 de Outubro de 2010 no Auditório da Casa Saúde S. João Deus - Barcelos - Portugal.

Barcelos, 29 de Outubro de 2010

Comissão Científica



Presidente SPESM

[Handwritten signature]
SPESM
(III II Série, n.º 174 de 10-09-2007)
Contribuinte N.º 508147964

[Handwritten signature]

ANEXO XXXIV – GDS com Interpretação de Resultados

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale"

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1) Está satisfeito/a com a sua vida? | | |
| 2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | | |
| 3) Sente a sua vida vazia? | | |
| 4) Fica muitas vezes aborrecido/a? | | |
| 5) Tem esperança no futuro? | | |
| 6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar? | | |
| 7) Está bem disposto/a maior parte do tempo? | | |
| 8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | | |
| 9) Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | |
| 10) Sente-se muitas vezes desamparado/a? | | |
| 11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a? | | |
| 12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | | |
| 13) Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | | |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | | |
| 15) Pensa que é bom estar vivo/a? | | |
| 16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a? | | |
| 17) Sente-se inútil? | | |
| 18) Preocupa-se muito com o passado? | | |
| 19) Acha a vida interessante? | | |
| 20) É difícil para si começar novas actividades? | | |
| 21) Sente-se cheio/a de energia? | | |
| 22) Sente que a sua situação é desesperada? | | |
| 23) Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | | |
| 24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | | |
| 25) Sente muitas vezes vontade de chorar? | | |
| 26) Tem dificuldade em se concentrar? | | |
| 27) Gosta de se levantar de manhã? | | |
| 28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | | |
| 29) Tem facilidade em tomar decisões? | | |
| 30) O seu pensamento é tão claro como era dantes? | | |

Pontuação: _____

Tradução para português:

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Data da Aplicação da GDS: _____ Enfermeiro: _____

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Pontuação:

- 1 Ponto por cada resposta **SIM** nas questões: 2 – 4; 6,8,10 – 14, 16 – 18, 20, 22 – 26, 28.
- 1 Ponto por cada resposta **NÃO** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

| Interpretação dos resultados | |
|------------------------------|-----------------------|
| 0 – 10 | Ausência de depressão |
| 11 – 20 | Depressão ligeira |
| 21 – 30 | Depressão grave |