



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mónica Alexandra Monteiro Romero

Março 2015



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Mónica Alexandra Monteiro Romero

Sob orientação de Professora Doutora Aida Fernandes

Março 2015

Neste mundo, tudo tem a sua hora; cada coisa tem o seu tempo próprio.

(Eclesiastes 3:1)

Resumo

O presente relatório reflete o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo do estágio, através de uma análise crítico-reflexiva sobre as competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio foi fracionado em três módulos distintos: o Módulo I foi realizado na Unidade de Saúde Pública do ACES Ave Famalicão, no âmbito da Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Intervenção; o Módulo II foi efetivado na Unidade S. João de Deus da Casa de Saúde do Bom Jesus, no contexto do desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos; o Módulo III foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, no campo de ação das Equipas de Psiquiatria Comunitária.

A escolha destes locais de estágio reflete as minhas preferências e objetivos que, por sua vez, vão ao encontro do desenvolvimento de competências profissionais concordantes com os objetivos previstos para o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica propostos pela Universidade Católica Portuguesa.

Com a realização do estágio pretendi desenvolver e adquirir competências que me permitiram intervir em múltiplos contextos, no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que me possibilitaram a prestação de cuidados de acordo com a *legis artis*. Simultaneamente constitui um pilar essencial para o futuro exercício profissional enquanto enfermeira especialista e contribuiu para o crescimento pessoal.

Este relatório tem como objetivo refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, através da análise crítica sobre as atividades desenvolvidas e os objetivos inicialmente delineados.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental e Psiquiátrica; Competências.

Abstract

This report reflects the learning process developed over stage, through a critical and reflective analysis of the skills acquired in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The stage was fractionated into three distinct modules: Module I was conducted in Unidade de Saúde Pública do ACES Ave Famalicão, in the context of healthy lifestyles promotion, Diagnosis and Intervention; Module II was executed in Unidade S. João de Deus da Casa de Saúde do Bom Jesus, in the development of skills in intervention units in adult crisis; Module III was held in Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, in the field of action of Community Psychiatry Teams.

The choice of these places of stage reflects my preferences and objectives which, in turn, go to the development of professional skills consistent with the objectives set out for the masters course in Mental Health and Psychiatric Nursing proposed by Universidade Católica Portuguesa.

With the accomplishment of stage I have aimed to develop and acquire skills that allowed me to intervene in multiple contexts in the field of Mental Health and Psychiatric Nursing, which enabled me to provide care according to the *legis artis*. Simultaneously, constitutes an essential pillar for the future professional practice as nurse specialist and contributed to personal growth.

This report aims to reflect on the skills acquired and developed through the critical analysis of the activities developed and objectives initially set.

Keywords: Nursing; Mental Health and Psychiatric; Skills.

Agradecimentos

A todos os professores e alunos do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa.

À Professora Doutora Aida Fernandes pela orientação e disponibilidade demonstrada neste longo caminho.

A todos os profissionais da USP do ACES Ave Famalicão que me acolheram e me fizeram sentir como se eu fosse um deles, em especial à Enf.^a Lurdes Marques pela sua maneira de ser e estar pessoal e profissionalmente.

A todos os profissionais da Unidade S. João de Deus, da CSBJ, por contribuírem para o enriquecimento do meu percurso profissional, em especial à Enf.^a Ana Mendes por me orientar e me ajudar no desenvolvimento de competências na área da ESMP.

A todos os profissionais da UCCSMI, que me ensinaram e mostraram o quanto se pode fazer na área da Saúde Mental e, de forma particular, à Enf.^a Sofia Figueiredo pela orientação e colaboração disponibilizada.

A todos os utentes com quem de forma direta ou indireta contatei ao longo de todo o estágio.

À minha amiga, Cassilda, pelo companheirismo, compreensão e amizade.

Aos meus pais, por ajudarem-me no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha irmã, Carina, por acreditar sempre em mim e por ser o meu porto seguro nos bons e maus momentos.

Ao meu marido, Ricardo, pelo incentivo e por me ajudar a enfrentar os desafios da vida.

À minha filha, Inês, por me fazer feliz e por ter suportado as ausências da mãe!

Lista de Siglas

- AAA – Ar, Água e Amor
- AAP - Associação Americana de Psiquiatria
- ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
- ADI – Alzheimer’s Disease International
- ASPESM - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
- CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
- CID-10 – 10ª Classificação Internacional das Doenças
- CIPE – Classificação da Prática de Enfermagem
- DL - Decreto Lei
- CPCJ - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco
- CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus
- CSP - Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DR – Diário da República
- EEESMP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- ESC - Enfermagem de Saúde Comunitária
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESIP –Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- DSM-IV – IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- DSM-V – V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EC – Estimulação Cognitiva
- ECT - Eletroconvulsivoterapia
- MEEM – Mine Exame do Estado Mental
- MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde

PAAAF – Projeto 3 AAA na Família

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

RCEEESM - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional

SJD – São João de Deus

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

TOR – Terapia de Orientação para a realidade

UAG – Unidade de Apoio à gestão

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCCSMI - Unidade de Cuidados Continuados S. Mamede Infesta

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Sumário

0 – Introdução	11
1 – Contextualização do Estágio	13
1.1 – Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Intervenção	13
1.2 – Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos	15
1.3 – Módulo III – Equipas de Psiquiatria Comunitária	16
2 – Competências adquiridas e desenvolvidas	19
2.1 – Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	20
2.2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	26
2.3 – Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	34
2.4 – 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	42
3 – Conclusão	61
4 – Referências Bibliográficas	65

ANEXOS

Anexo I – Artigo em proposta para publicação na Revista da ASPESM	71
Anexo II – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço do Módulo I: Relaxamento - Avaliação 3AAA"	91
Anexo III - Resultados obtidos com a implementação da Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole, no Módulo II	97
Anexo IV - Estudo de Caso	99
Anexo V - Panfleto elaborado no Módulo II intitulado: "Relaxamento: Para um autocontrole mais eficaz"	124
Anexo VI - Diapositivos utilizados na Sessão de Psicoeducação para cuidadores de utentes com Demência	127
Anexo VII – Folheto sobre “Cuidar na Demência”	139

0 – Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Relatório, inserido no segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, foi-me proposto desenvolver um relatório de estágio.

De acordo com o plano de estudos do Curso, o estágio compreende três módulos, cada um com 180 horas de contacto direto, nomeadamente: Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Intervenção; Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos e Módulo III – Opcional: Equipas de Psiquiatria Comunitária, sendo que este relatório refere-se a todo este período de estágio.

Os três Módulos decorreram em unidades distintas: Módulo I realizado na Unidade Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Ave Famalicão, Módulo II efetuado na Unidade S. João de Deus da Casa de Saúde do Bom Jesus e, por fim, o Módulo III decorreu Unidade de Cuidados na Comunidade S. Mamede de Infesta. A escolha destes locais de estágio retrata por um lado preferências e objetivos pessoais, na medida em que foram selecionadas duas unidades distintas na área dos Cuidados de Saúde Primários, pois é o contexto onde exerço funções há dez anos e, onde gostaria de desenvolver projetos na área da ESMP, após conclusão da especialidade. A Unidade São João de Deus foi escolhida para me dar a conhecer a realidade da intervenção na crise em Saúde Mental, sendo uma visão importante para, no futuro, implementar projetos relacionados com a prevenção da crise no serviço onde exerço funções. Por outro lado, a seleção destes três campos de estágio, vão ao encontro do desenvolvimento de competências profissionais concordantes com os objetivos previstos para o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica proposto pela Universidade Católica Portuguesa.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a "enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (DR, 2011, p. 8669). Nesta afirmação, denota-se que o objetivo dos cuidados de enfermagem consiste na promoção do bem estar, através da

potencialização do funcionamento da pessoa.

A pessoa alvo dos cuidados de enfermagem tem o direito de participar nas decisões relacionadas com a sua saúde, pelo que a relação estabelecida entre o utente e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve ser de parceria. Esta especificidade foi explanada pela Ordem dos Enfermeiros, quando refere que

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (DR, 2011, p. 8669).

O presente relatório surge como um espelho das competências desenvolvidas no decurso do Estágio, adotando uma metodologia crítico-reflexiva. Desta forma, apresenta como objetivos:

- Analisar o cumprimento dos objetivos gerais e específicos definidos no projeto de estágio;
- Refletir sobre as atividades realizadas;
- Identificar competências adquiridas enquanto aluna de mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Elaborar um documento académico para discussão pública que proporcione a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Relativamente à estrutura do relatório, ele inicia-se pela presente introdução, seguida de um capítulo que abordará o projeto de estágio e a caracterização dos locais de estágio. O segundo capítulo aborda os aspetos mais significantes do estágio e os seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, analisando as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Termina o relatório com uma síntese do estágio, seguida das referências bibliográfica e anexos.

Os conhecimentos teóricos são os fundamentos, que unidos à prática fazem do enfermeiro um profissional competente. Estes, fazem parte indissociável do processo de cuidar, em que o enfermeiro tem em si mesmo a sua principal ferramenta para a prestação de cuidados de qualidade.

1 – Contextualização do Estágio

A primeira etapa deste caminho percorrido, correspondeu à elaboração do projeto de estágio. “A palavra projeto vem da palavra latina *projectum* do verbo em latim *proicere*” (wikipedia, 2014) que significa antes de uma ação. Se analisarmos a palavra verificamos que ela inicia-se pelo prefixo “pro” que revela anteposição, ou seja, algo que em termos temporais, vem antes de qualquer outra coisa. Assim, um projeto de estágio refere-se a um plano desse estágio, que permite delinear o percurso a seguir para ser concretizado.

Este instrumento foi encarado como um guia orientador, ostentando um caráter flexível, na medida em que foi possível a sua reestruturação no decorrer do estágio. De salientar que esta possibilidade de alteração apenas se tornou pertinente quando se traduzia num ganho quer para a aquisição/desenvolvimento de competências ou para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem especializados prestados. O próprio estágio em si apresentou esta faceta dinâmica, na medida em que pretendi a otimização de todas as oportunidades de aprendizagem possíveis, de forma a adquirir um elevado nível de competências no âmbito da ESMP, que é o foco desta unidade curricular.

1.1 – Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Intervenção

Este Módulo decorreu do período de 28 de abril a 28 de junho de 2014 e foi realizado na USP do ACES Ave - Famalicão, com a duração de 180 horas.

O ACES AVE-Famalicão coincide na área geográfica com o concelho e tem 6 USF, 9 UCSP (distribuídas em 10 edifícios), 1 UAG, 1 URAP, 1 USP, 2 UCC e 1 CDP. Dos 133.625 utentes inscritos, 58,4% estão em USF, e 41,6% em UCSP.

A USP deste ACES é constituída por uma equipa multidisciplinar, das quais quatro são enfermeiras com especialidades diversas, uma EEESMP, uma EEESC e duas EEESIP. Inclui ainda três médicos especialistas em Saúde Pública, dois assistentes técnicos e quatro técnicas de Diagnóstico e Terapêutica. Esta unidade situa-se na freguesia de Delães, uma

das quarenta e nove freguesias que compõem o concelho de Famalicão, abrangendo uma população de 133.832 pessoas (Censos 2011).

A seleção do local de estágio refletiu preferências e objetivos pessoais, uma vez que trabalho na área dos CSP e pretendo no futuro implementar projetos do âmbito da ESMP no serviço onde exerço funções. Antes desta escolha, obtive informações sobre as intervenções desenvolvidas nesta Unidade Funcional e verifiquei a existência do programa 3 AAA, que está vocacionado para a gestão do stress na criança, incitando esta seleção. Por outro lado, a escolha da USP foi de encontro com o desenvolvimento de competências profissionais concordantes com os objetivos previstos para o Módulo I da Unidade Curricular, uma vez que foi um local privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis em todas as fases do ciclo de vida da pessoa.

A reorganização dos CSP, iniciada em 2005, de acordo com o Ministério da Saúde (2011, p.12), assenta em cinco pilares essenciais, nomeadamente na rede descentralizada de equipas, na concentração de recursos e partilha de serviços, na descentralização da gestão para o nível local, na governação clínica e de saúde e na participação da comunidade. As equipas das diferentes unidades funcionais apresentam uma missão específica, sendo que a USP desenvolve intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional.

A enfermagem ao longo dos últimos anos foi alvo de um progresso marcante no processo de formação e consequentemente na competência e eficiência da prestação de cuidados de saúde. De acordo com o REPE:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (DR, 2006, p. 2960)

Assim, como as Unidades de Saúde Pública apresentam uma intervenção baseada nas áreas fundamentais à melhoria do nível de saúde da população, é manifesta a importância da presença de enfermeiros especialistas nas diversas áreas, para o desempenho de intervenções autónomas e interdependentes. No que concerne à ESMP, é de crucial relevância que o enfermeiro especialista integre estas unidades funcionais, pois apresenta um grau de diferenciação para o desempenho de funções e atividades no âmbito da prevenção da doença mental, da proteção e promoção da saúde mental, assim como para a avaliação organizada do impacto dos programas de saúde mental na comunidade.

De acordo com o Artigo 3.º do DL n.º 81/2009, no que refere ao domínio das competências

Os serviços de natureza operativa de saúde pública são serviços públicos...com competência para: (...) e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respectivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral; f) Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior...(DR, 2009, p.2059).

Assim, na USP do ACES Ave-Famalicão, ao abrigo do disposto no DL anterior, é desenvolvido ao nível da ESMP programas de saúde escolar, nomeadamente o “3AAA” e o “Saber Beber” e programas de proteção e promoção da saúde da população, designadamente o programa “Ajudar” e o Programa de apoio e tratamento de tabagismo “Consulta de cessação tabágica”. No decurso do Estágio foi-me possível desenvolver intervenções especializadas em todos os programas supracitados, sendo uma mais-valia para aquisição e desenvolvimento de competências previstas quer pela OE, quer pelo plano de estudos da UCP para o MESMP, nomeadamente “ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em ESMP” (UCP, 2014, p.3).

1.2 – Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos

Este Módulo decorreu no período de 15 de setembro a 08 de novembro de 2014 e foi realizado na Unidade S. João de Deus da Casa de Saúde do Bom Jesus, com a duração de 180 horas.

A CSBJ foi fundada em 30 de Setembro de 1932, constituindo um dos 12 centros da Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração Jesus, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com ideário católico e de utilidade pública. Tem como missão promover uma assistência integral e defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

A Unidade SJD destina-se ao internamento de doentes do sexo feminino, do foro psiquiátrico, em fase aguda.

A escolha do local de estágio espelhou as minhas preferências e objetivos pessoais e profissionais, uma vez que como trabalho na área dos CSP, não conhecia a realidade da

intervenção na crise em saúde mental, sendo uma visão importante para, no futuro, implementar projetos relacionados com prevenção da crise no serviço onde exerço funções. Por outro lado, a escolha da Unidade SJD da CSBJ foi de encontro com o desenvolvimento de competências profissionais concordantes com os objetivos previstos para o Módulo II, uma vez que foi um local privilegiado para o desenvolvimento de competências de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na crise de adultos.

A OE preconiza que as intervenções do enfermeiro especialista no tratamento das pessoas com doença mental “... visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente...”(DR, 2011, p.8669) assim, enquanto mestranda em ESMP, penso que neste percurso formativo, a passagem por uma unidade de agudos me ajudou a ter uma visão mais ampla das respostas humanas desadaptadas ou desajustadas às transições e que geram sofrimento e doença mental.

Sendo um contexto de trabalho diferente para mim, uma vez que trabalho numa unidade funcional dos CSP, foi sem dúvida um desafio e uma oportunidade de desenvolvimento da “...capacidade compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares...”(UCP, 2014, p.3)

1.3 – Módulo III –Equipas de Psiquiatria Comunitária

Este Módulo decorreu do período de 10 de novembro de 2014 a 21 de janeiro de 2015 e foi realizado na UCCSMI, com a duração de 180 horas.

A UCCSMI foi inaugurada em dezembro de 2009 e está Integrada no ACES da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Encontra-se localizada geograficamente na freguesia de São Mamede de Infesta e, em articulação com as outras Unidades do ACES, visa uma resposta potencialmente comunitária, tendo como clientes grupos e comunidades, cooperando para a melhoria do estado de saúde e obter ganhos em saúde na população da sua área geográfica de intervenção.

No que respeita aos recursos humanos da UCCSMI, a equipa multiprofissional é constituída maioritariamente por enfermeiros, dos quais três são EEESMP. Desenvolve a sua atividade na comunidade, dinamizando um conjunto de projetos orientados para os diversos programas de saúde, nomeadamente Saúde Escolar, Saúde Materno-Infantil,

Saúde Infanto-Juvenil, Saúde do Adulto e Idoso, Reabilitação, Saúde Mental e Psiquiatria e Cuidados Continuados e Paliativos..

A escolha deste campo de estágio depreendeu-se com o facto de os CSP serem da minha preferência pessoal, uma vez que trabalho nesta área há dez anos e é nela que pretendo exercer a minha atividade profissional no futuro como EEESMP. A existência do projeto “Viver com Demência” foi, sem dúvida, o propulsor desta seleção, uma vez que as Perturbações Neurocognitivas despertam-me um grande interesse pessoal e profissional. Por outro lado, a escolha da UCCSMI foi de encontro com o desenvolvimento de competências profissionais concordantes com os objetivos previstos para o Módulo III, uma vez que foi um local privilegiado para a promoção da Saúde Mental na comunidade. As UCC estão vocacionadas para a comunidade pelo que intervêm em pessoas, famílias e grupos em situações particulares, completando a ação das USF, UCSP e das USP. É uma unidade à qual compete, à luz do disposto no artigo 11º do DL 28/2008 de 22 de fevereiro, prestar

“...cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”(DR, 2008, p.1184).

No sentido de implementar cuidados de saúde de proximidade a pessoas com problemas de saúde mental e seus familiares, existem vários projetos de enfermagem, nomeadamente “Viver com Demência”, “Promoção da saúde Mental do Idoso”, “Promoção da saúde mental do cuidador informal” e “Saúde Mental na população da área de abrangência da UCCSMI”. Tratam-se de diversos programas de apoio em saúde mental, de domínio domiciliário, direcionados para a promoção, prevenção e tratamento da doença mental. Estes programas permitiram-me implementar intervenções de enfermagem diferenciadas, direcionadas para o treino e restabelecimento das competências individuais, no que se refere a cuidados pessoais, cuidados de higiene, gestão do regime terapêutico e medicamentoso, atividades de vida diária, relação interpessoal, projeto de vida pessoal, autoestima e autocontrolo.

Com a colaboração na implementação destes programas pretendi adquirir e desenvolver competências que me permitirão desenvolver na UCC onde exerço funções, intervenções de enfermagem especializadas com vista à obtenção de ganhos em saúde, particularmente, os preconizados no plano de Saúde Mental: melhoria dos resultados, com ganhos na

redução de episódios de doença ou redução da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física, cognitiva e psicossocial e, conseqüentemente pela melhoria da qualidade de vida.

2 – Competências adquiridas e desenvolvidas

De acordo com o REPE:

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (DR, 1996, p.2960).

No decurso desta caminhada de aquisição e desenvolvimento de competências, penso que a formação em Enfermagem facilita o desenvolvimento da identidade profissional e possibilita a oportunidade de fortalecer o saber e as aptidões solicitadas para uma prática competente.

Falar de competência requer uma visão abrangente do seu significado, pois esta "...envolve, não só, a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática, com utilização adequada de tecnologias..." (Novo, 2011, p.1).

Phaneuf (2005,p.3) refere que "...a competência em enfermagem revela-se muito complexa uma vez que supõe uma combinatória de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros". Para a mesma autora, "...a competência aplicada ao domínio de enfermagem comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem". Nesta perspetiva, a competência define-se por um agrupado de conhecimentos que se vão acumulando e que funcionam como recursos a mobilizar sempre que se tornam necessário, tendo sempre em conta que esta só se desenvolve através da experiência profissional em articulação permanente com os contextos de atuação.

Enquanto aluna de mestrado, pretendi desenvolver e adquirir competências que me permitam intervir na multiplicidade de situações terapêuticas e na multiplicidade de contextos implícitos a cada situação específica. Este saber esteve em permanente

construção e resultou de vários investimentos pessoais que cruzam com o modo de reconhecimento de mim mesma numa área de conhecimento, nomeadamente a ESMP.

Desta forma, este estágio, ao proporcionar o desenvolvimento e a aquisição de competências na área da especialização, consistiu num pilar essencial para o futuro exercício, ao mesmo tempo que, contribuiu para o crescimento pessoal.

A ESMP tem como foco a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição. Baseada neste foco, selecionei como linhas orientadoras para a elaboração do presente relatório as competências definidas pela OE para o EEESMP no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. De acordo com o Artigo 4.º do Regulamento n.º 129/2011

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes: a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) 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 (DR, 2011, p.8670).

Cada uma das quatro competências previstas no Regulamento supracitado é ostentada com o descritivo, as unidades de competência e os critérios de avaliação. Desta forma, nos subcapítulos seguintes faço uma análise pessoal crítico - reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no decurso do estágio, através da análise da consecução dos objetivos delineados no projeto de estágio e das atividades desenvolvidas.

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

Ciente de que a ESMP é uma área de trabalho com elevada exigência para o enfermeiro enquanto profissional e enquanto pessoa, é importante valorizar o saber fazer, mas também o saber ser e estar.

“Cuidar bem” em todas as áreas da Enfermagem é importante para mim, sendo altamente motivador na ESMP, o poder ser eu própria, enquanto enfermeira, instrumento terapêutico. Desta forma, é essencial existir uma reflexão sobre o trajeto que fui construindo, e nesta busca de entendimento sobre a minha função e o modo de a exercer, encontrei esclarecimentos que suportam a resiliência imprescindível para o dia-a-dia.

Assim, os **objetivos** delineados para desenvolver esta competência descrita no RCEEESM da OE, foram:

- Desenvolver a minha capacidade de autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira;
- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos diversos campos de estágio;
- Potenciar a reflexão crítica sobre a minha prática;
- Desenvolver a minha capacidade de adaptação em situações novas e não familiares e em contextos alargados e multidisciplinares.

Para concretizar estes objetivos, foram implementadas várias **atividades**, nomeadamente:

- Visita guiada das instalações dos três campos de estágio;
- Entrevista informal com o enfermeiro chefe, enfermeiro tutor e com os demais profissionais das unidades funcionais;
- Observação da dinâmica da unidade;
- Consulta do manual de integração, protocolos, plano de atividades e outros documentos úteis;
- Registos no processo dos utentes e análise das intervenções efetuadas;
- Registo e apresentação das atividades desenvolvidas no decurso do estágio;
- Registo da reflexão crítica do meu desempenho ao longo do estágio;
- Avaliação crítica dos resultados obtidos;
- Elaboração de duas reflexões críticas das atividades desenvolvidas em cada Módulo;
- Elaboração de um portefólio em cada Módulo;
- Monitorização das reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico;
- Desenvolvimento de uma atitude de abertura à aprendizagem permanente, de forma a deter conhecimentos atualizados que, por sua vez, permitam saber fundamentar e construir opinião;
- Participar no V Congresso da ASPESM.

Análise crítico – reflexiva

De acordo com o Anexo I do Regulamento n.º 129/2011:

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados (DR, 2011,p.8670).

Uma das qualidades essenciais para o EEESMP é a autoconsciência, uma vez que este constitui em si mesmo um instrumento terapêutico. De facto, como refere Horta (2005, p.3) “o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente”, em que o enfermeiro é um ser humano que cuida de outro. No relacionamento terapêutico estabelecido com os utentes, o enfermeiro não se deve distanciar do seu próprio *eu*, que envolve todas as dimensões do ser humano, com as suas distintas capacidades e limitações.

A relação instituída com os utentes depende do autoconhecimento do enfermeiro na medida em que, a sua história de vida e o relacionamento consigo próprio, afetam o cuidar em enfermagem. No decurso do estágio, olhei para mim e consciencializei-me que o que eu sou enquanto pessoa e enquanto enfermeira que presta cuidados, está interligado e não pode ser omissos.

A autoconsciência é passível de ser desenvolvida, sendo que para Stuart e Laraia (2001,p.49):

Para aumentar o autoconhecimento, é necessário escutar a si mesmo. Isso significa que o indivíduo se permita sentir emoções genuínas, identifica e aceita as necessidades pessoais e movimenta o seu corpo de modo livre, alegre e espontâneo, o que inclui a exploração de seus próprios pensamentos, emoções, recordações e impulsos.

Assim, a forma como o enfermeiro aumenta o autoconhecimento, é relevante para o estabelecimento da relação terapêutica e para a aceção da maneira como emprega essa compreensão na arte de cuidar.

O Enfermeiro só é competente para cuidar, na medida que através do desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência, for capaz de ajudar-se a si próprio, na procura do equilíbrio para a sua vida pessoal e profissional.

Este prisma da profissão, e especificamente na área da ESMP, exigiu que eu descobrisse dentro de mim mesma o fabuloso potencial terapêutico e deixei que ele resplandecesse,

tendo sempre em mente que o meu percurso biográfico e as conjunturas de índole pessoal me foram modelando a vida e instruiu-me a racionar o saber profissional.

As reflexões críticas sobre as atividades desenvolvidas no estágio foram impulsionadoras do desenvolvimento de uma prática reflexiva que permitiu o desenvolvimento da autoconsciência, na medida em que levou-me a dialogar com cada situação, compreender a relevância dos diversos conhecimentos a mobilizar para a sua resolução, bem como, a recolher da situação a sabedoria que me possibilitasse, em situações futuras, agir de modo apropriado.

De acordo com Kemmis (1985, pp. 139-163), a reflexão deve ser orientada para a ação e o seu significado em relação a um contexto ou situação. A reflexão por si só não é suficiente, ela deve promover a ação, isto é, levar os intervenientes a repensar a sua prática. Pode inferir-se, que a reflexão tem como principal objetivo fornecer ao profissional a informação correta e autêntica sobre a sua ação, as razões para a sua ação e as consequências dessa ação, levando à melhoria das práticas dos enfermeiros.

A elaboração das seis reflexões críticas colaborou para o cumprimento, dos objetivos “Potenciar a reflexão crítica sobre a minha prática” e “Desenvolver a minha capacidade de autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira”, na medida em que demonstrei tomada de consciência de mim própria durante a realização de intervenções de Enfermagem no âmbito da ESMP.

Um outro recurso eficaz e essencial para o enfermeiro foi a iniciativa para a formação. Para Stedile (2002), citado por Mendes e Mantovani (2010, pp. 209-215) “ a formação traduz-se num momento privilegiado de construção do saber que estimula a consolidação de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem, com repercussões na identidade do enfermeiro e na visibilidade do corpo de conhecimento produzido”. De facto, ao investir na formação enquanto mestranda em ESMP, desenvolvi o meu autoconhecimento e a minha autoconsciência, na medida em que esta permitiu a complementaridade da reflexão crítica sobre a minha prática.

Nesta área, destaco a minha participação no Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental e no V Congresso Internacional da ASPESM, realizado ao longo de três dias.

No Seminário foram divulgados alguns resultados de investigação de trabalhos realizados em Portugal, Espanha e Brasil. Num momento em que se presencia um reconhecimento gradual do papel crucial da saúde mental para a saúde e bem-estar das pessoas e a

ampliação conjeturável do número de pessoas com perturbações neuropsiquiátricas, os sistemas de saúde encontram-se perante um novo desafio. Este, passa pelo reforço do papel da investigação enquanto meio para aprofundar o conhecimento na área da Saúde Mental, pela definição de prioridades e pelo planeamento e a avaliação de vários tipos de intervenções.

No Congresso d'ASPESM, uma das conferencias que mais me suscitou interesse foi a que abordou a questão da saúde mental dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que trabalham na área da psiquiatria. Esta preleção ajudou-me, também, no desenvolvimento da competência referente ao autoconhecimento, pois a investigação na área da saúde ocupacional dos enfermeiros de saúde mental é fundamental, contribuindo para a proteção da sua saúde e, por conseguinte, das pessoas alvo dos seus cuidados.

Estes eventos deram destaque à investigação, aos consensos e à sua utilização na prática, sendo que a minha participação constituiu um reforço do desenvolvimento da primeira competência enunciada pela OE, uma vez que, ao longo dos três dias do evento, foi-me possível aperceber sobre o estado da arte no âmbito da saúde mental a nível nacional e internacional. Esta perceção teve uma excelente componente pedagógica, na medida em que os conhecimentos adquiridos foram integrados na minha intervenção junto das pessoas, contribuindo para a melhoria da satisfação, qualidade de vida e bem estar dos utentes alvo dos meus cuidados e de mim própria enquanto pessoa e enfermeira.

Realço, ainda, que apresentei uma comunicação livre no Congresso da ASPESM, com o tema “Intervenções psicoeducacionais aos cuidadores informais de pessoas com demência”, em parceria com a mestranda Fátima Roca. Do resultado da investigação surgiu um artigo que foi proposto para publicação pela ASPESM (Anexo I).

A participação como oradora foi uma experiência gratificante e pedagógica. Denoto que foi a minha estreia na apresentação de comunicações orais em eventos deste género, o que me trouxe alguma ansiedade e receio relativamente à minha performance no desempenho da atividade. Estas dificuldades foram superadas, na medida em que apelei ao autocontrole e disfrutei do momento com serenidade, desenvolvendo as competências definidas pela OE, relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional.

Considero que a Enfermagem requer produção e renovação contínuas de conhecimentos, o que apenas pode ser garantido pela Investigação. Esta, é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, assim como para a melhoria da saúde das pessoas.

No decurso do Estágio passei por diversas experiências novas, que favoreceram o desenvolvimento do autoconhecimento, na medida em que examinei e discuti com os enfermeiros tutores as emoções e sentimentos associados a essas experiências. O sentimento de ansiedade e nervosismo foi comum no início de cada módulo de Estágio e relacionou-se com a novidade da experiência, sendo mais acentuado na fase de integração na equipa e na unidade.

A palavra integração tem origem no termo latim *integratio* e expõe a ação e o efeito de integrar ou integrar-se, que, no caso concreto deste estágio, significa fazer com que eu enquanto aluna passe a pertencer a um todo.

Neste processo, foi-me importante validar a perspectiva da organização dos campos de estágio, dado que cada uma apresentou cultura, identidade coletiva, normas, sistema de informação e de comunicação próprias e específicas. Os diversos serviços demandaram um esforço na observação, pois foram os primeiros passos na área da ESMP em contexto de trabalho. A observação é uma fase do estágio, no entanto, não posso deixar de lembrar que ela é também um instrumento básico da enfermagem. As formas de observação que utilizei no período de integração modificaram de acordo com o contexto, o observado e os instrumentos utilizados. A observação participante foi a que mais utilizei pois permitiu-me agir e refletir, o que contribuiu para a construção do conhecimento. O resultado destas observações foram inúmeras questões, que resolvi quer através da pesquisa bibliográfica, quer pela abordagem dos enfermeiros tutores. Penso que o questionamento teve uma grande importância na medida em que constituiu uma forma de desafiar as minhas ideias e conceções, sendo que foi uma habilidade que se desenvolvi neste percurso académico e profissional.

Neste processo de maturação individual, a prática reflexiva foi importante, na medida em que

pode auxiliar o estudante a desenvolver competências de questionamento da sua prática, no sentido em que também, enquanto enfermeiro, deverá questionar diariamente a sua intervenção e ter flexibilidade e humildade para reconhecer as suas oportunidades de melhoria e de crescimento (Bernardino,2007,pp.5-7).

Este método foi também útil, na medida em que me permitiu um conhecimento mais aprofundado dos utentes, das rotinas e funcionamento do serviço, bem como uma maior familiarização com os diagnósticos e intervenções de ESMP.

A equipa multidisciplinar das três unidades integrou-me nas atividades relacionadas com a ESMP, demonstrando respeito, simpatia e importância nas minhas intervenções. Desta

forma, senti-me integrada como um elemento constituinte das unidades, que tudo fizeram para a promoção das minhas qualidades próprias, sem estigmatização e sem segregação.

Todas estas estratégias revestiram-se de uma oportunidade de desenvolvimento da minha capacidade de adaptação em situações novas e não familiares e em contextos alargados e multidisciplinares, que encarei como um desafio que superei.

Simultaneamente, a autoanálise contribuiu para atenuar os sentimentos disfuncionais de insegurança e ansiedade sentidos inicialmente.

De forma a desenvolver esta competência emanada pela OE, constituí relacionamentos construtivos com os utentes e enfrentei a realidade, pois ao funcionar como um modelo, foi importante estar consciente do meu *eu* e controlar tudo o que passo para o alvo dos meus cuidados, para que estes consigam fazer o mesmo.

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

Segundo o REPE:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (DR,1996,p.2960).

Desta definição, depreendo que o destinatário dos cuidados de enfermagem pode ser uma pessoa, uma família ou uma comunidade, para o qual o EEESMP deve apresentar competência que lhe permite a colheita de informação imprescindível e adequada ao entendimento do estado de saúde mental.

Segundo o Regulamento n.º 129/2011 o “processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”(DR, 2011, p.8670). Por forma a desenvolver esta competência delinee para o estágio os seguintes **objetivos**:

- Ser capaz de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental nos diversos campos de estágio;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito da ESMP;

- Implementar um programa dirigido a cuidadores de crianças com perturbações ligadas ao álcool (PAAAF) no Módulo I;
- Desenvolver técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e estabelecer relação terapêutica;
- Implementar a Consulta de Enfermagem de Promoção do autocontrolo no Módulo II;
- Realizar a avaliação inicial de enfermagem no âmbito dos projetos da UCCSMI, no Módulo III.

Para concretizar os objetivos citados, foram realizadas várias **atividades**, nomeadamente:

- Identificação de necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental;
- Avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental dos utentes;
- Implementação de programas de promoção da saúde mental nas escolas, através da colaboração no programa 3AAA e Saber Beber, no Módulo I;
- Implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, através da elaboração e consecução do programa PAAAF no Módulo I e da Consulta de Enfermagem de Promoção do autocontrolo no Módulo II;
- Identificação da população alvo para os projetos implementados, nomeadamente o PAAAF e a Consulta de Enfermagem de Promoção do autocontrolo;
- Disponibilização de informação aos profissionais de saúde das USF sobre o PAAAF e forma de referenciação;
- Elaboração de uma minuta de referenciação para o PAAAF;
- Efetivação de visitas domiciliárias aos utentes referenciados para o PAAAF;
- Avaliação global dos utentes que permita uma descrição clara da história geral de saúde;
- Identificação dos problemas e das necessidades específicas da pessoa e família no âmbito da saúde mental;
- Desenvolvimento da capacidade de manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;
- Estabelecimento de relação empática com utentes e família;

- Planeamento e colaboração na concretização das visitas domiciliárias aos utentes referenciados no Módulo III para os projetos de ESMP;
- Aplicação de instrumentos de avaliação em Saúde Mental, de acordo com as áreas de intervenção em ESMP identificadas;
- Realização dos registos de Enfermagem no sistema de informação dos campos de estágio, nomeadamente no sistema informático SAPE e no processo clínico;
- Avaliação global do cuidador informal que permita uma descrição clara da história geral de saúde;
- Identificação dos problemas e das necessidades específicas do cuidador informal no âmbito da saúde mental;
- Aplicação de instrumentos de avaliação em Saúde Mental aos cuidadores informais identificados, de acordo com as áreas de intervenção em ESMP reconhecida;
- Otimização do papel do cuidador de pessoas com demência;

Análise crítico – reflexiva

O “Cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática da(o) enfermeira(o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano” (Horta, 2005,p.36). Esta definição vai ao encontro da caracterização dos cuidados de enfermagem apresentada pela OE no REPE, na medida em que considera a utilização da metodologia científica na implementação das intervenções autónomas e interdependentes.

Os primeiros passos desta sistematização científica, consistem na "identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade" e a "recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta"(DR, 1996, p.2960).

No decorrer de todos os Módulos de estágio iniciei a minha intervenção pela avaliação inicial, através da qual obtive informações dos utentes de forma estruturada, através da entrevista. A entrevista constituiu uma técnica fundamental para a realização das intervenções planeadas, na medida em que foi o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

A entrevista em enfermagem

... é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à

transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas(Phaneuf, 2005,p.250).

No Módulo II e III existia no serviço um formulário de colheita de dados, mas, no Módulo I, apenas na consulta de apoio à cessação tabágica é que existia um modelo próprio.

No Módulo I verifiquei que a consulta de cessação tabágica é um programa organizado de apoio intensivo ao fumador e compreende abordagens comportamentais e medicamentosas. Tem como fundamento a compreensão integral do fumador bem como das motivações e dificuldades sentidas no processo de mudança. Assisti e realizei primeiras consultas de enfermagem, em que, no âmbito desta competência, procedi à avaliação clínica do fumador e do consumo do tabaco, avaliação das razões que levam ao tabagismo e aquelas que motivam o seu abandono.

A entrevista motivacional foi comum a todo o processo. Tenho consciência que a motivação para a mudança é um aspeto fundamental que deve ser tido em consideração em qualquer processo de mudança comportamental. Isto porque muitas vezes os utentes apresentaram desejo de mudar, mas, simultaneamente, não se sentiram suficientemente capazes e preparados para lidar com os sintomas de privação e o sentimento de perda associados à mudança. De forma a ajudar o utente, durante a entrevista motivacional, expressei empatia e assisti o utente a compreender e a ter consciência da discrepância entre a realidade atual e a que gostaria de alcançar.

Na ausência de uma minuta oficial de registo dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas no Módulo I, elaborei um modelo de avaliação inicial de enfermagem para o projeto que implementei dirigido a cuidadores de crianças com PLA (PAAAF).

Desde os tempos remotos da História da Humanidade que o consumo de álcool surge associado, quer às formalidades religiosas, quer aos rituais de festa. É responsável por cerca de 60 doenças diferentes, por atos de violência, homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas), suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), por 60 000 nascimentos abaixo do peso normal, por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto estando relacionado com défices intelectuais nas crianças e sendo a maior causa de debilidade mental evitável na Europa (Anderson, P. & Baumberg, B., 2006, pp.195-238).

Os PLA frequentemente acarretam danos e complicações graves, resultando numa deterioração da saúde geral da pessoa, além de produzir efeitos negativos nos contextos pessoal, social e profissional.

Tendo em conta estes pressupostos, desenvolvi um projeto cujo grupo alvo foram os cuidadores de crianças com PLA. Iniciei o projeto pela pesquisa bibliográfica, para tentar compreender quais as melhores estratégias interventivas a aplicar neste género de abordagem, e baseei-me no Plano Nacional para a redução dos PLA.

O nome “PAAAF” significa Projeto dos 3AAA na Família, pois uma das estratégias de intervenção foi o programa 3AAA, que adaptei de forma a ser aplicado na família e em contexto domiciliário.

As finalidades deste projeto foram: promover a Saúde Mental e prevenir a doença em cuidadores com PLA e família; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias; aumentar e manter as competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade da pessoa com PLA; promover comportamentos saudáveis; contribuir para a redução do consumo de álcool nos cuidadores de crianças e jovens; contribuir para alterar os padrões de consumo; diminuir os impactos negativos para a pessoa, família e comunidade dos PLA; contribuir para a redução dos maus tratos a crianças e jovens potenciados pelo consumo de álcool dos cuidadores.

Desta forma, o PAAAF foi uma das atividades que contribui para o cumprimento do objetivo "Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito da ESMP". Isto porque, a avaliação global do utente e a identificação dos seus problemas e das suas necessidades em saúde, permitiu a elaboração e implementação de um plano de cuidados que permitiu aumentar e manter as competências e capacidades do utente, diminuindo o risco de incapacidade.

Este projeto foi um dos meus maiores desafios neste estágio. Primeiro porque foi a primeira vez que planeei e implementei um projeto na área da saúde mental, exigindo conhecimentos e pesquisa aprofundada. Depois, porque pretendi a elaboração de um projeto que pudesse ser continuado pela USP no pós-estágio, e foi muito bem aceite pela equipe multidisciplinar e pelas entidades que articulam com a USP, nomeadamente a CPCJ e as USF, tendo sido um marco muito positivo neste percurso formativo.

Realço ainda que deixei na USP do ACES Ave-Famalicão a minuta de avaliação inicial de enfermagem, Isto porque, considerei que a existência de um formato específico permitiu uniformizar e sistematizar toda a informação no processo individual do utente, garantindo, por outro lado, a obtenção das informações pertinentes e necessárias para elaborar o diagnóstico de enfermagem e planear as intervenções a implementar. Para a elaboração deste modelo foram, ainda, seleccionadas várias escalas a aplicar, de acordo com as

necessidades individuais do utente e família. Todos os instrumentos foram selecionados de acordo com as evidências científicas encontradas na pesquisa bibliográfica efetuada e foram empregues com o intuito de definir os scores antes do tratamento e assim, poder documentar o processo evolutivo do utente ao longo do tempo e avaliar os resultados obtidos com as intervenções de ESMP implementadas.

As entrevistas foram realizadas quer no espaço institucional dos campos de estágio, quer no contexto domiciliário, tendo sempre a preocupação de gerar e sustentar um ambiente físico acolhedor, agradável e provido de privacidade, adotando uma postura de disponibilidade e de abertura ao diálogo.

Durante a entrevista, a comunicação foi fundamental, pelo que preoquei-me em clarificar os conceitos, estabelecer empatia, escuta ativa, promover o respeito mútuo e manter a congruência e autenticidade de forma a potenciar a confiança do utente em mim e na instituição. A minha principal função foi a de manter o curso da entrevista e registar as observações fornecidas pela comunicação verbal e não verbal.

Nesta intervenção, assumi um papel muito importante, na medida em que fui vista pelos utentes, como o rosto da equipa multidisciplinar. Certa de que a forma como decorre este primeiro encontro influencia todo o acompanhamento posterior, realizei pesquisa bibliográfica e observei as práticas, de forma a obter uma preparação consistente ao nível da detenção dos conhecimentos e das habilidades de comunicação linguística compreensível, da observação do comportamento e da avaliação da pessoa como um todo. As principais dificuldades encontradas nesta intervenção passaram pela colheita de dados em utentes com Perturbações de Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas em fase aguda, em utentes com Perturbações Neurocognitivas em estadio avançado e na ausência de colaboração por parte dos utentes. Penso que este obstáculo foi ultrapassado, uma vez que compreendi as melhores estratégias de atuação perante situações novas e imprevistas. A minha avaliação de cada entrevista foi realizada com base na análise de interação de Phaneuf para este tipo de entrevista. Para isso, utilizei o instrumento de colheita de dados e a organização da informação nesse mesmo instrumento de registo, e simultaneamente realizei após cada entrevista, espaços de reflexão com as enfermeiras tutoras.

A abordagem não farmacológica da demência depende do seu estadio, pelo que realizei, no âmbito do projeto "Viver com Demência", uma avaliação cognitiva e funcional do utente

de forma a identificar os défices, a gravidade desses défices, e por outro lado, as funções que se encontram sem alterações.

Para a avaliação cognitiva utilizei vários instrumentos de avaliação, nomeadamente:

- Mini exame do estado mental: é um teste breve que avalia a cognição geral. As áreas avaliadas são a orientação, a atenção, o cálculo, a retenção, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva.
- Teste do relógio: é de fácil e rápida implementação e permite avaliar várias funções cognitivas, nomeadamente a memória semântica, a função executiva, a linguagem, a praxia e a função visuo-espacial.
- Escala de Avaliação Clínica da Demência: indica a presença ou ausência de demência e qual o seu grau. Avalia o desempenho do indivíduo em cinco graus de comprometimento: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e hobbies, e cuidado pessoal.

Para a avaliação funcional usei o Índice de Lawton para avaliar o nível de dependência em atividades instrumentais de vida diária e, o Índice de Barthel para avaliar o nível de dependência em atividades de vida diárias.

Na avaliação do idoso, por vezes, incluí as escalas de depressão, de ansiedade ou queixas subjetivas de memória, de acordo com as necessidades detetadas na avaliação inicial de enfermagem. Após esta avaliação, planeei uma intervenção adequada ao utente e à gravidade da demência que apresentava.

Na minha perspetiva e do que presenciei ao longo do estágio, a assistência de enfermagem à pessoa com perturbações do foro psiquiátrico, deve ser fundamentada maioritariamente na relação interpessoal terapêutica.

H. Peplau, na década de cinquenta, foi a primeira desenvolver um modelo teórico em enfermagem, que se baseava essencialmente na Relação Interpessoal. Para Belcher e Fish (in George,2000,p.56) "O núcleo da teoria de enfermagem de Peplau é o processo interpessoal, que é uma parte integrante da enfermagem da atualidade", em que o objetivo da intervenção de enfermagem consiste na promoção do crescimento e maturação do paciente.

Esta orientação teórica é útil na prática dos EEESMP, na medida em que a Relação de Ajuda é vista como um dos instrumentos básicos de enfermagem. A legislação também prevê a relação de ajuda como uma intervenção característica dos cuidados de enfermagem. No DL n.º 161/96, de 4 de setembro, que contempla o REPE, determina no artigo 5.º que

os cuidados de enfermagem são caracterizados por: “1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; e, ainda, 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”(DR,1996,p.2960).

A relação de ajuda apresenta vários pressupostos teóricos, princípios e atitudes que enquanto aluna dei primazia ao seu conhecimento, de forma a desenvolver capacidades que contribuíram para a aquisição de competências neste domínio.

Para Lazure (1994, p.97) a relação de ajuda tem como objetivo "dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar", o que incute no enfermeiro a necessidade de olhar para o utente numa perspetiva verdadeiramente holística para identificar os recursos que este dispõe.

No decorrer do estágio deparei-me com algumas dificuldades no desenvolvimento da interação com os utentes em fase de crise e que apresentavam inquietude, desconcentração, agitação, dificuldades afetivas, entre outros. Para além disso, havia utentes em que os seus sintomas estavam constantemente carregados de conteúdos distantes da realidade, como por exemplo nos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia, doença bipolar ou transtorno da personalidade. Para enfrentar estas dificuldades, procurei perceber a patologia de base e adquirir conhecimentos relacionados com as melhores estratégias de intervenção. Estas passaram por criar um ambiente de confiança, onde foram expressos os papéis do doente e do enfermeiro na relação terapêutica, bem como por ajudar o doente a expressar a sua necessidade de ajuda. Usei ainda, os meus conhecimentos, habilidades e atitudes para poder estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, dando sentido à mesma, segundo as necessidades e dificuldades que os utentes apresentaram.

A comunicação deve ser vista como uma ferramenta facilitadora no estabelecimento de uma relação terapêutica, na medida em que é vista como "um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar sentimentos e emoções entre pessoas" (Phaneuf,2005,p.23). Esta inclui diferentes modos de expressão da comunicação, nomeadamente a verbal e a não-verbal.

Ao nível da ESMP a comunicação não verbal assume uma importância saliente, na medida em que muitas vezes identifica com mais genuinidade a mensagem que o utente quer transmitir. Para Phaneuf (2005,p.68) " a comunicação não verbal é uma troca sem palavras". Desta forma, na interação com os utentes estive desperta para o tom de voz, ritmo do discurso, outras sugestões bocais, postura, expressão facial, contacto ocular, mímicas, gestos, comportamento, ritmo respiratório, aparência e reação ao toque

terapêutico de forma a decodificar o que o utente está a transmitir e, simultaneamente a modelar a minha forma de comunicação. Realço ainda que a linguagem não verbal revestiu-se de ambiguidades, pois tive alguma dificuldade de identificar e decodificar várias mensagens não verbais que surgiam ao mesmo tempo e, por outro lado, a incongruência entre o que era dito e o que era traduzido pela linguagem não verbal.

No que se refere á comunicação verbal, nos cuidados de enfermagem, ela pode ter vários objetivos, nomeadamente:

"...confirmar o doente na sua existência e na sua identidade...facilita a expressão do respeito e a aceitação do outro...favorece a compreensão da enfermeira e orienta a sua ação...ferramenta potente nas trocas quotidianas, no ensino aos doentes e na manifestação da compreensão e compaixão da enfermeira" (Phaneuf,2005,p.83).

Assim, na relação que estabeleci com os utentes, preocupei-me em exprimir-me de forma a ser compreendida e adotei uma postura de aceitação da mensagem que estes pretendiam transmitir.

Para Cerqueira (2014,p.7)

na comunicação terapêutica, o profissional de saúde utiliza um conjunto de técnicas/habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a se relacionarem melhor consigo e com os outros, a adaptarem-se a sua condição de saúde e contexto de vida.

Assim, no estabelecimento da comunicação terapêutica, estabeleci um objetivo singular baseado na pessoa e no seu contexto. Simultaneamente, manifestei disponibilidade, escuta e sobretudo aceitação de forma a garantir que os cuidados prestados valorizassem a componente relacional e humana.

Com a realização destas intervenções de enfermagem desenvolvi a capacidade de orientar e interpretar a informação resultante quer da minha formação, quer da minha experiência profissional e de vida. Por outro lado a habilidade de reagir na presença de situações inesperadas e complexas e de avaliar a congruência das formas de análise de situações complexas, relativamente ao utente, foram aperfeiçoadas, sendo que foram a base para a concretização da competência que deu título a este subcapítulo.

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

De acordo com o Regulamento n.º 129/2011 esta competência refere-se à "sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde"(DR, 2011,p.8671). De facto, é com base na identificação das respostas humanas aos problemas de saúde mental reais ou potenciais que o EEESMP consegue prescrever os cuidados especializados.

Após a análise dos dados colhidos na avaliação de enfermagem, consegui desenvolver diagnósticos, identificar os resultados esperados, esboçar os objetivos e prescrever intervenções de enfermagem no plano de cuidados promotoras e protetoras da saúde mental e preventivas da doença mental.

Assim, para desenvolver esta competência referenciada pela OE para o EEESMP, tracei os seguintes **objetivos**:

- Desenvolver competências que permitam ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias do contexto dos CSP, das unidades de intervenção na crise e nos Cuidados de Saúde Comunitários;
- Identificar os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental;
- Elaborar o plano de cuidados em parceria com o utente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar do utente, diminuindo a exclusão social;promover e reforçar as capacidades das famílias;
- Planear e realizar visitas domiciliárias aos cuidadores informais no âmbito do Módulo III;
- Avaliar os resultados das intervenções de Enfermagem realizadas no Estágio.

Para cumprir estes objetivos, foram concretizadas as seguintes **atividades**:

- Formulação de Diagnósticos de Enfermagem para os utentes referenciados para o PAAAF ;
- Elaboração de um plano de intervenção de acordo com as necessidades encontradas no programa PAAAF;
- Orientação dos utentes do PAAAF para outros serviços, nomeadamente Unidades de Alcoologia, tendo em conta o seu problema de saúde mental;
- Formulação de Diagnósticos de Enfermagem para as utentes referenciadas para a "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrolo" instituída no Módulo II;

- Elaboração de um plano de intervenção de acordo com as necessidades encontradas na "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole";
- Orientação das utentes da "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole" para outros profissionais, tendo em conta o seu problema de saúde mental;
- Identificação e registo dos resultados obtidos no âmbito do "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole";
- Desempenho de funções de terapeuta de referência na "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole";
- Identificação de complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física;
- Aplicação da CIPE para a elaboração dos diagnósticos de ESMP;
- Participação no desenvolvimento das atividades previstas no PNSE do Módulo I;
- Análise e apresentação dos ganhos em saúde avaliados no programa "3AAA", através de uma ação de formação dirigida aos profissionais de saúde da USP;
- Elaboração de um estudo de caso no Módulo III, recorrendo assim, à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica ESMP;
- Auditoria da adesão ao regime medicamentoso no domicílio, no internamento e nas unidades funcionais do ACES Ave-Famalicão através do programa "Ajudar".

Análise Crítico-reflexiva

De acordo com o ICN e a OE (2009,p.14), o diagnóstico de Enfermagem " ...é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação", sendo considerado muitas vezes como uma etapa que compõe o processo de enfermagem.

De facto, a formulação de diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental reveste-se de uma importância peculiar, na medida em que estes refletem o padrão de resposta dos utentes e incorporam as patologias identificadas no DSM-V. Desta forma, penso que eles se centram mais nos focos relacionados com a saúde mental da pessoa a quem se dirige os cuidados planeados.

No decorrer do Estágio, os contextos de formulação de Diagnósticos de Enfermagem foram diversos e distintos, abrangendo desde o diagnóstico na comunidade em geral, nas escolas, na pessoa no seu domicilio ou em unidade de internamento na crise ou em unidades funcionais dos CSP, até ao cuidador. Esta faceta multidimensional permitiu-me

elaborar diagnósticos de enfermagem em contextos alargados, contribuindo para a aquisição da competência supracitada.

No que se refere à área da Saúde Escolar, apercebi-me que é um âmbito de intervenção prioritária nos CSP. O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardim-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar e tem como finalidades:

Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável; Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (Ministério da Saúde,2006,p7).

Assim, no decorrer do Módulo I denotei a importância da identificação de necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental na comunidade escolar, pelo que cooperei ativamente nas diversas reuniões de diagnóstico. Participei na reunião com os responsáveis pelos alunos na Universidade Lusíada, onde expliquei a importância das sessões de sensibilização, no âmbito do programa "Saber Beber", dirigida aos jovens "caloiros", que foi bem aceite pelos responsáveis da praxe. Colaborei ainda na marcação da sessão de sensibilização para a semana da Queima das Fitas, tendo em vista, que é uma época onde os excessos no consumo de álcool são notórios. Para além disso, foi escolhido o dia anterior ao "Rally das Tascas" com o objetivo de contribuir para a sensibilização e redução dos consumos excessivos neste evento, uma vez este consiste numa atividade programada na semana académica onde todos os caloiros fazem um percurso pelos cafés e bares da cidade famalicense. Com estas atitudes, procedi à prescrição de cuidados "...de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo", (DR, 2011,8671) atuando ao nível da saúde mental na comunidade escolar.

Ainda no âmbito da Saúde Escolar, inserida no desenvolvimento desta competência enunciada pela OE para o EEESMP, verifiquei que apesar do programa 3AAA estar implementado há alguns anos nas escolas do concelho, ainda não se tinha realizado a avaliação da efetividade dos seus resultados. Assim, fiz uma avaliação das sessões implementadas no decorrer do estágio e apresentei-a à unidade sob a forma de formação em serviço (Anexo II), confrontando os resultados com a evidência científica.

Nesta análise, concluí que numa fase inicial predominaram os sentimentos e as emoções desconfortáveis (46%), pelo que, a necessidade de intervenção foi notória. Para além disso,

uma grande percentagem de alunos que não conseguiu definir os seus sentimentos ou sentiu-se incapaz de os transmitir para o papel. No final da atividade, verifiquei uma melhoria significativa nas emoções e sensações dos alunos, predominado com 71% as confortáveis sobre as desconfortáveis (16%). Notou-se ainda, uma redução em 2% dos alunos com indefinição dos seus sentimentos e emoções.

Com o aproximar da época de exames, as crianças e os adolescentes em idade escolar vivenciaram níveis de stress muito elevados, que foram bem visíveis na avaliação inicial. As intervenções para reduzir o stress em crianças tiveram um grande impacto nesta fase, confirmando que as intervenções baseadas em técnicas de consciencialização são eficazes na melhoria da saúde mental e bem-estar dos alunos.

Os resultados proporcionaram evidências promissoras da eficácia do programa 3AAA, sendo de particular importância na sociedade atual, onde a comunidade escolar se encontra sobrecarregada, a adolescência está a tornar-se cada vez mais desafiante e em que os profissionais estão sob um grau de stress elevado. Este programa, incorporou formas simples de abordagem, que contribuirão para a promoção da resiliência dos alunos e dos profissionais. Os resultados também demonstraram que o treino da mente pode melhorar o bem-estar psicológico de qualquer aluno e não apenas, daqueles que têm problemas do foro mental. Esta melhoria no bem-estar psicológico foi associada, pelos alunos, professores e pais, a uma melhor aprendizagem e a uma melhoria das relações sociais.

No que concerne à auditoria da adesão ao regime medicamentoso importa referir que, na doença mental a adesão à terapêutica constitui uma condição determinante do sucesso ou fracasso da terapêutica e, conseqüentemente do prognóstico do doente. Contudo, a adesão à terapêutica pela pessoa com problemas do foro mental é, sem dúvida, um dos maiores desafios para a equipa multidisciplinar.

Convicta de que a adesão é da responsabilidade do doente e dos profissionais de saúde, desenvolvi diversas auditorias á toma da medicação aquando das visitas domiciliárias no Módulo III, no internamento no Módulo II e na USP através do programa "Ajudar".

Este último tinha como população alvo, os utentes com doença mental aos quais estavam prescritos neurolépticos. Quando verifiquei a não adesão ao regime terapêutico, alertei a unidade, estabeleci contato telefónico com a enfermeira responsável pelo utente, que agendava nova consulta. Quando o utente repetidamente faltou à toma da medicação, agendei uma visita domiciliária para a USP de forma a promover a adesão ao regime terapêutico. Estes casos exigem do enfermeiro empenho e criatividade de forma a

reestruturar com o utente a prevenção destes episódios e a promoção da adesão à terapêutica nos prazos prescritos. Torna-se assim, necessário perceber quais os fatores que funcionam como obstáculo para uma completa adesão e procurar meios para os ultrapassar.

Penso que a auditoria da medicação foi de crucial importância e demonstra a preocupação dos enfermeiros de saúde mental com a humanização dos cuidados de saúde e com a promoção da qualidade dos serviços prestados às pessoas com doença mental.

No que se refere aos indicadores de avaliação dos resultados desta intervenção, posso dizer que os utentes intervencionados no Módulo I e III tiveram uma taxa de adesão ao regime medicamentoso elevada. Este dado reforça a ideia que as medidas adotadas foram eficazes e que, apesar de todas as contingências, é exequível modificar comportamentos e melhorar a adesão à terapêutica, através de um investimento dos profissionais de saúde. No entanto, a percentagem de utentes com adesão à medicação no serviço de agudos, esteve um pouco aquém das expectativas, facto este que se justificou tendo em conta que as utentes estavam internadas em situação de doença mental descompensada e por vezes de forma involuntária, o que exigiu o emprego de estratégias para lidar com estas situações.

Na minha perspetiva, esta intervenção contribuiu para a promoção da saúde mental, na medida em que permitiu um controlo sintomático, minimizando o estigma do doente mental. Esta competência do EEESMP vai de encontro à ideia que as pessoas devem ser avaliadas pelos seus próprios méritos, e não pela doença. Ao permitir que a doença seja bem tratada medicamente, penso que, ajudei a sobressair de novo a pessoa saudável numa grande percentagem de doentes, reduzindo assim o estigma a elas associado. Ao ter como foco o controlo sintomático das doenças mentais, com a implementação destas atividades, acredito que contribuí para gerar as devidas oportunidades aos utentes e fortalecer as suas potencialidades.

No que se refere ao programa PAAAF, refiro que na sua elaboração foram delineadas algumas linhas orientadoras para a intervenção, de acordo com as evidências científicas encontradas na pesquisa bibliográfica. Assim, tal como se encontrava planeado, independentemente da meta temporal, houveram diagnósticos de enfermagem comuns às famílias intervencionadas, para os quais foram delineados objetivos e programadas intervenções de enfermagem. Os objetivos traçados tiveram especificidades próprias da família em questão e compreenderam diversas intervenções de enfermagem.

No final do Módulo I, fiz a primeira visita domiciliária a cinco utentes, com a Enf.^a tutora e com a EEESIP, onde realizei a avaliação inicial e estabeleci o plano individual de

intervenção. Nestas visitas apliquei o instrumento AUDIT de forma a determinar o tipo de consumo e, desta forma, adequar as estratégias de intervenção. Isto porque, os utentes com consumo de risco ou nocivo beneficiaram com as intervenções ao nível dos CSP, no entanto, os que apresentaram dependência ou co morbilidades, necessitaram de tratamentos mais intensivos, pelo que foram orientados para as Unidades de Alcoologia.

No Módulo II constatei que diversas utentes internadas na unidade SJD apresentaram como Diagnóstico de Enfermagem “Autocontrolo ineficaz” associado a humor depressivo, sendo um foco para o qual não havia uma intervenção estruturada. Tendo em conta estes pressupostos, desenvolvi um projeto designado por "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrolo".

A visão tradicional de autocontrolo na nossa cultura é usualmente sinónimo de força de vontade, competência para enfrentar situações complexas, ser capaz de resistir a tentações, ser emocionalmente forte, entre outros. No entanto, a primeira definição do conceito de autocontrolo apresentada por Skinner (1953/2000), citada por Cruz (2006,p.86), refere que “Com frequência o indivíduo vem a controlar parte de seu próprio comportamento quando uma resposta tem consequências que provocam conflitos - quando leva tanto a reforço positivo quanto a negativo”. Assim, a definição tradicional de autocontrolo não é favorável para uma análise científica do comportamento, já que afasta a atenção às variáveis do ambiente que o influenciam.

Afastada da linha de teorização intrapsíquica de autocontrolo, encontra-se um tipo de abordagem de carácter mais comportamentalista. Nesta, a competência da pessoa para controlar o seu comportamento deriva do nível de conhecimento e controlo sob fatores situacionais. Desta forma, o autocontrolo deriva de acordo com a capacidade das pessoas conseguirem delimitar adequadamente os antecedentes que precipitam o comportamento a ser regulado, bem como as consequências que daí podem advir. Para adquirir capacidade de autocontrolo, a pessoa reconhece os fatores que afetam as suas ações e compreende como conseguirá modificá-los de forma a obter as alterações pretendidas.

Para o planeamento da intervenção neste projeto, adotei o paradigma cognitivista, que defende que todo o comportamento é influenciado por variáveis cognitivas e emocionais, o conhecimento e consequente efeito nestas variáveis poderão demarcar a capacidade da pessoa controlar o seu comportamento.

Relativamente à avaliação do resultado das intervenções propostas, verifiquei que os resultados obtidos foram de encontro com os esperados. De acordo com Powell et al.

(2008,p.78), vários estudos foram realizados com o objetivo de se contraporem às objeções levantadas no que se refere aos dados obtidos nos estudos iniciais da TCC em doentes com depressão. Foram então realizadas comparações entre a TCC com medicamentos, incluindo um grupo de controlo de placebo e um protocolo de potencialização para os doentes que não obtinham os resultados esperados à medicação inicial. Este estudo também incluiu doentes com depressão moderada a severa e que tinham transtornos de ansiedade e de personalidade. A TCC e a farmacoterapia tiveram um desempenho análogo no tratamento agudo da depressão. Segundo o mesmo autor (2008,p.78), provavelmente os resultados mais impressionantes nos estudos da TCC na depressão dizem respeito à duração do efeito. Os doentes que respondem à mesma terapêutica manifestam respostas significativamente mais duradouras do que os doentes cuja depressão foi tratada com medicamentos.

Os resultados obtidos na implementação da consulta de Enfermagem de Promoção do autocontrolo na unidade SJD foram muito positivos, sendo que houve uma melhoria quer ao nível das escalas de avaliação utilizadas quer ao nível dos comportamentos demonstrados na unidade, que se tornaram mais controlados (Anexo III)

No que se refere à gestão de caso, que segundo o Regulamento 129/2011 "inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente"(DR, 2011,p.8671), realizei um estudo de caso no Módulo III. Optei pela sua elaboração no término do estágio, pois tinha planeado gerir um caso na área das Perturbações Neurocognitivas, e só no Módulo III é que surgiu essa oportunidade.

Um dos projetos na área da Saúde Mental que participei de forma ativa, foi o “Viver com Demência” no Módulo III, pois é uma área de interesse pessoal e profissional, na medida em que no meu contexto laboral deparo-me com muitos utentes com Perturbações Neurocognitivas e para os quais, com as atividades e competências desenvolvidas no estágio, consegui desenvolver práticas adequadas. No caso clínico apresentei o estudo de um utente acompanhado no programa “Viver com a Demência”, com o intuito de refletir sobre a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde Mental, face às necessidades verificadas no utente e na família onde está inserido(Anexo IV).

O estudo de caso

é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e

característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse(Ponte, 1994,p.4).

Assim, a sua elaboração ajudou-me na aquisição de conhecimentos e competências na área da ESMP, na medida em que fiz a aplicação do processo de Enfermagem na vertente da especialidade.

Penso que a competência "Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto" foi desenvolvida ao longo deste percurso, graças à riqueza dos contextos em que ele se desenvolveu e às oportunidades de aprendizagem que aproveitei com zelo e rigor. Os EEESMP devem valorizar os diagnósticos de enfermagem que estabelecem pois estes são a base das intervenções que prescrevem, dando assim, visibilidade àquilo que fazem. Atrevo-me a defender que os diagnósticos de Enfermagem na área da Saúde Mental são tão importantes como as classificações das patologias, pois delimitam o campo de ação das intervenções autónomas dos enfermeiros e identificam as respostas humanas dos utentes.

Considero ainda, que o facto de o plano de cuidados ter sido elaborado em parceria com o utente, tornou-o mais direcionado para aquilo que o utente objetiva e que nem sempre coincidiu com a minha pretensão. No entanto, com a competência relacionada com a autoconsciência descrita num subcapítulo anterior, percebi que cada um de nós (enfermeira e utente) tem as suas crenças e a sua hierarquia de valores, e não desviei o plano de cuidados para aquilo que eu considere ser o melhor para mim. É fundamental então, referir que para o desenvolvimento desta competência, planeei os cuidados com os utentes, trabalhando junto deles e ao mesmo tempo inculcava-lhes o senso da responsabilidade na sua própria recuperação.

2.4 – 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

A Ordem dos Enfermeiros (2011,p.2) defende que:

a enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma

maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia

sustentando um diagnóstico e um plano de intervenção específico, baseado no juízo clínico de enfermagem especializada.

O EEESMP, ao mobilizar na prática um vasto leque de saberes e conhecimentos de natureza técnica, científica e humana, possibilita o estabelecimento de relações de parceria com a pessoa, aumenta o seu *insight* sobre os problemas e constitui uma ótima ferramenta para a potenciação da capacidade da pessoa para encontrar várias formas de resolução para os problemas e dificuldades que está a experienciar.

Os **objetivos** delineados para a aquisição desta competência foram:

- Desenvolver competências que permitam prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual ou familiar de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;
- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em ESMP;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito da ESMP;
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional no âmbito dos projetos implementados no Módulo I e II;
- Otimizar o papel do cuidador de pessoas com demência;
- Desenvolver ações que minimizem o estigma do doente mental, dirigidas ao utente, família e comunidade;

As **atividades** desenvolvidas para concretizar os objetivos foram:

- Implementação do plano de cuidados desenvolvido com o utente;
- Psicoeducação realizada na comunidade escolar, no âmbito do programa "3AAA", sobre técnicas de relaxamento;
- Colaboração no desenvolvimento de uma sessão de psicoeducação realizada na Universidade Lusíada, no âmbito do programa "Saber Beber" sobre efeitos nocivos do consumo de bebidas alcoólicas;

- Implementação de intervenções de enfermagem especializadas no âmbito da "Consulta de Cessação Tabágica" do Módulo I, nomeadamente:
 - Psicoeducação sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica;
 - Psicoeducação sobre técnicas de relaxamento;
 - Treino de aptidões e competências do utente para lidar com as situações de risco, nomeadamente técnicas de relaxamento;
 - Psicoeducação sobre o impacto do uso de substâncias na sua saúde em geral bem como sobre os efeitos negativos da dependência sobre a saúde, família e funcionamento;
 - Identificação e demonstração de métodos alternativos para alívio do sofrimento e redução do stress;
 - Estímulo para que o utente substitua os hábitos de fumar por outros hábitos desejáveis;
- Implementação de intervenções de enfermagem especializadas no âmbito da "Consulta de Enfermagem de Promoção do autocontrolo", implementada no Módulo II, nomeadamente:
 - Realização de TCC;
 - Psicoeducação sobre Depressão;
 - Utilização da técnica de reestruturação cognitiva;
 - Elaboração de um cronograma diário de atividades;
 - Psicoeducação sobre estratégias de promoção do autocontrolo, nomeadamente técnicas de relaxamento;
 - Sessão de relaxamento com as utentes, utilizando o treino autogénico de Schultz;
 - Realização e entrega de um panfleto intitulado "Relaxamento: Para um autocontrolo mais eficaz";
- Implementação de intervenções de enfermagem nas sessões de Eletroconvulsivoterapia no Módulo II;
- Implementação de estratégias de intervenção não farmacológica nas pessoas com demência, nomeadamente:
 - Estimulação cognitiva;
 - Terapia de orientação para a realidade;
 - Terapia por reminiscências;
 - Terapia da validação;

- Psicoeducação individual sobre as diversas temáticas relacionadas com as perturbações neurocognitivas, dirigida aos cuidadores e aos utentes;
- Realização de uma sessão de psicoeducação em grupo, destinada a cuidadores de pessoas com demência;
- Concretização das visitas domiciliárias aos utentes referenciados para os projetos do âmbito da saúde mental no Módulo III;

Análise Crítico-reflexiva

No âmbito da atuação da ESMP, implementei as intervenções identificadas no plano de cuidados, permitindo aos utentes o tempo suficiente para a mudança de comportamentos.

A implementação das intervenções de enfermagem refere-se ao início das ações que ajudam o utente a obter os resultados desejados, ou seja, é a verdadeira prestação de cuidados de enfermagem. O meu objetivo centrou-se na implementação das intervenções planeadas para satisfazer as necessidades do utente, envolvendo as intervenções autónomas e interdependentes.

As intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais apresentam um elevado potencial terapêutico para os diagnósticos de Enfermagem, sendo um marco no desenvolvimento de intervenções autónomas.

Uma vez que a competência "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" foi distintamente desenvolvida nos vários contextos de aprendizagem, optei por fazer esta análise crítico-reflexiva pelos projetos que potenciaram o seu desenvolvimento.

➤ Saúde Escolar

O programa "3AAA" visa o relaxamento da criança em estágio de formação, contribuindo para uma diminuição dos processos de ansiedade e para um equilíbrio na autoestima.

Relaxar consiste basicamente em repousar, descansar totalmente, harmonizar o corpo e a mente, tudo progressivamente. O campo das atenções – Respirar (Ar - 1ºA), Beber água (Água - 2ºA) e o Abraço (Amor - 3ºA), são o ponto de partida. Três técnicas inócuas que podem ser executadas na sua plenitude pelos alunos, professores e pais.

O projeto dos 3 AAA foi desenvolvido através de momentos de autorreflexão com demonstração e execução das práticas de relaxamento através da respiração abdominal

(Ar), da atitude de “apreciar”, “saborear“ e beber lentamente (Água) e posteriormente exercitar a comunicação dos sentimentos (Amor) através do abraço pleno ao dinamizador e aos colegas.

No decorrer do Módulo I tive a oportunidade de participar e colaborar na realização de várias aplicações deste projeto em meio escolar. Assim, numa das escolas colaborei na realização de seis sessões de aproximadamente uma hora, em sala de aula, com alunos do 9º ano e professores. Nestas turmas adequiei o projeto à comemoração do Dia do Sol, com a finalidade de levar os alunos a compreender a relação entre o Sol e a Saúde Mental. Estas sessões colmataram com uma caminhada, onde se salientou a importância da luz solar para o nosso equilíbrio físico e mental. Para além disso, elaborei uma facha com o slogan “ O sol é nosso amigo, não o faças inimigo”, que contribui para a conclusão da mensagem transmitida em sala de aula ao longo da semana.

Noutras três escolas foram realizadas duas sessões dirigidas a turmas do 6º ano e, três sessões aos alunos e professores do 4º ano. Esta atividade foi desenvolvida na semana que antecedeu os exames nacionais do 4º e 6º ano de escolaridade, de forma a promover a gestão da ansiedade e o relaxamento das crianças. Nestas escolas, senti mais o impacto que estas intervenções têm nos alunos, porque a maioria estava efetivamente sujeita a uma grande carga de stress, ansiedade e medo, não sabendo gerir as suas emoções. Por sua vez, os professores também se encontravam com as mesmas energias negativas, refletindo-as para os alunos e pais. No final das sessões as crianças e os professores estavam mais calmos e relaxados, e dispostos a aplicar o aprendido na gestão de emoções e na promoção do autocontrolo.

Foi uma experiência muito enriquecedora, na qual colaborei na explicação e treino da técnica de relaxamento através da respiração abdominal, na demonstração da técnica de apreciar a água e na promoção da comunicação com os alunos, professores e psicólogos das escolas. O trabalho com grupos tão heterogéneos de crianças fez-me desenvolver a capacidade de adequação das práticas ao contexto e às necessidades individuais, permitindo a integração de novos conhecimentos. Foi necessário da minha parte investir na pesquisa bibliográfica, para identificar as melhores formas de intervenção em grupo, aperfeiçoar conhecimentos sobre técnicas de relaxamento, relação de ajuda em contexto escolar e promoção do autocontrolo.

Penso que o meio onde este projeto foi desenvolvido é o ideal, porque a escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens. Penso que os meus objetivos

foram cumpridos, na medida em que contribuí para o desenvolvimento acadêmico e emocional das crianças e jovens e zelei pela sua saúde física e mental. Na certeza que os estilos de vida são “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (Ministério da Saúde, 2004), projetos na área da saúde mental como o 3AAA devem ser disseminados, pois é um exemplo de boas práticas. Nesta perspectiva, partilho o meu interesse pessoal para com este programa, pois identifica-se com a minha forma de ser e estar na vida e, por outro lado o interesse profissional, uma vez que os resultados obtidos são ótimos (como apresentado no subcapítulo anterior). Assim, no final do Módulo I, partilhei com a enfermeira tutora e com a coordenadora da USP, o meu interesse de levar este projeto para a unidade onde presto funções. A solicitação foi muito bem aceite pelas duas profissionais, que ficaram muito sensibilizadas com a questão, e comprometeram-se a realizar a parceria com a UCC onde trabalho, após a conclusão da especialidade. Ficou ainda o compromisso de partilha de resultados entre as duas unidades funcionais, a que eu trabalho (UCC PROVIDA) e a USP, no sentido de realizar um trabalho de investigação e publicá-lo numa revista de referência para a ESMP.

O programa “Saber Beber” é destinado a jovens que frequentam as Universidades do Conselho de V.N. Famalicão e parte do princípio que esta população alvo participa na vida noturna e académica, onde o álcool é a substância comum.

De acordo com Mello, Barrias e Breda (2001,p.33), "Mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre 12 e 16 anos e mais de 70% acima dos 16 anos consomem regularmente bebidas alcoólicas" pelo que a associação entre o consumo de álcool e a diversão é um fenómeno comum.

No decurso do Módulo I colaborei no desenvolvimento de uma sessão de psicoeducação realizada na Universidade Lusíada, sobre efeitos nocivos do consumo de bebidas alcoólicas, que me levaram a refletir que efetivamente o aumento de consumo de álcool entre os jovens é alarmante. No entanto o que mais me preocupou, foi que muitas vezes eles não tinham a noção que, estando num processo de desenvolvimento bio-psico-social, o consumo de álcool podia-os afetar profundamente e acarretar repercussões para toda a vida.

Esta atividade foi importante para a minha formação pois foi uma oportunidade excelente de trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde e da educação. Os enfermeiros e os

professores juntaram assim, esforços no sentido de promover comportamentos saudáveis e prevenir experimentações e consumos precoces.

Penso que este programa de intervenção está bem estruturado e demonstra que as intervenções em meio escolar são particularmente favorecedoras de boas aprendizagens em saúde.

No que se refere ao desenvolvimento da competência, considero que a colaboração neste programa foi uma mais valia, na medida em que ao desenvolver psicoeducação, demonstrei habilidade para fornecer antecipadamente orientações aos alunos promotoras de saúde mental e preventivas de perturbações mentais.

➤ **Consulta de cessação tabágica**

No que se reporta ao Programa de apoio e tratamento de tabagismo importa referir que de acordo com a OMS(2008), citada pela DGS (2012,p4)

devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui, presentemente, a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial.

Não só pela mortalidade e morbidade associada ao tabaco, dada a sua composição química abonada em nicotina, substância psicoativa causadora de dependência, não há um limiar seguro de exposição para o ser humano. Este dado, é impulsionador de medidas preventivas e de proteção da saúde neste âmbito, nomeadamente nas consultas de cessação tabágica.

Após a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e respetivo plano individual de trabalho, a passagem para a execução de intervenções de enfermagem especializadas é ponto fulcral neste processo. No que se refere à dependência de substâncias: nicotina, este foi o foco que mais dificuldades acarretou, pois a modificação de comportamentos exige motivação do utente e todo o seu contexto: familiar, social e laboral. Apesar das intervenções relacionadas com o ensino acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) e, simultaneamente o investimento no ajudar o utente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, constatei que, das diversas consultas de seguimento presenciadas, só um utente é que deixou de fumar completamente. Os outros,

embora tivessem reduzido os consumos, não tinham conseguido vencer a dependência em algum momento.

No entanto, perante um diagnóstico de enfermagem de ansiedade em todos os utentes que colaborei na primeira consulta, fiquei motivada por perceber que era possível desenvolver mais a competência do Regulamento da OE, na medida em que presenciei e verifiquei que as intervenções de enfermagem prestadas por especialistas em ESMP, são muito importantes, pois após a implementação de técnicas de relaxamento e psicoeducação, o nível de ansiedade dos utentes foi reduzido. A pessoa encontrou, assim, novas formas de enfrentamento dos problemas e do stress, conseguindo gerir melhor o seu funcionamento mental, social e familiar.

➤ PAAAF

Neste projeto implementado no Módulo I, penso que fui ao encontro das necessidades da população, uma vez que, dotada do conhecimento de que o estado de saúde está intimamente ligado aos estilos de vida, foi, para mim, fundamental promover a adoção de comportamentos saudáveis. Esta promoção de estilos de vida saudáveis, foi efetivada através da sensibilização das pessoas para a redução dos comportamentos mais prejudiciais para a sua saúde e através da psicoeducação, permitindo assim ao utente a possibilidade de tomar decisões autónomas e realizar escolhas informadas, de acordo com a sua liberdade individual.

Dos cinco utentes inicialmente avaliados, fiz a consulta de acompanhamento a um, onde as estratégias de intervenção foram similares às aplicadas no programa 3AAA, só que de uma forma individualizada e no contexto familiar do utente. As técnicas de relaxamento foram realizadas por toda a família, que nos recebeu no seu domicílio, no final do dia, e foi um momento extremamente importante para todos. Houve a comunicação de emoções entre marido, mulher e filhos, psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento eficazes e, terminou com o abraço coletivo da família. Toda a dinâmica foi desenvolvida na mesa das refeições, pois foi planeado decorrer no período anterior à hora de jantar, de forma a fomentar um ambiente o mais próximo do normal possível.

A aplicação do 3AAA em contexto domiciliário foi um desafio para mim e para a equipa de enfermagem da USP, sendo que todas as intervenções de enfermagem foram implementadas por mim nas sessões de avaliação e nesta sessão de acompanhamento, tendo uma avaliação positiva da família e da equipa que se mostrou interessada em dar continuidade ao projeto.

Os outros quatro utentes continuaram a ser alvo do PAAAF com a equipa da USP no pós estágio, uma vez que este projeto passou a fazer parte do plano de ação desta unidade funcional. Foi algo muito gratificante, na medida em que investi na elaboração de um projeto que ficou a ser continuado pelos profissionais e que, será também, implementado por mim, no futuro como EEESMP, na UCC onde trabalho.

➤ **Consulta de enfermagem de promoção do autocontrole**

A consulta de enfermagem de promoção do autocontrole instituída no Módulo II permitiu desenvolver em pleno a Unidade de competência F4.2. "Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação" (DR,2011,p. 8673) na medida em que as atividades implementadas foram consonantes com os critérios de avaliação enunciados no Regulamento.

Sendo o serviço de agudos o contexto onde se desenrolou este projeto, o objetivo principal das intervenções definidas previamente prendeu-se com a recuperação da saúde mental e a prevenção da incapacidade. Para além disso apresentou como finalidades:

- Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social;
- Aumentar e manter as competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade da pessoa com autocontrole ineficaz;
- Diminuir os impactos negativos do autocontrole ineficaz para a pessoa, família e comunidade;
- Estimular o paciente a restabelecer cuidados básicos na sua higiene e nas suas atividades básicas, como: tomar banho, cuidar de sua aparência pessoal, educação alimentar, etc.;
- Valorizar o próprio Ego no sentido de auxiliar o seu modelo de identificação, sendo muitas vezes alvo de projeções e idealizações por parte da utente, devendo eu própria estar sintonizada com este tipo de manifestações, no sentido de as poder alterar quando for necessário;
- Auxiliar as utentes ao nível da sua inserção no meio social, ajudando-as a adequar as suas atitudes para um bom convívio em diversos tipos de ambientes;
- Promover a moderação de palavras e gestos nas utentes com sintomas de risco;
- Promover cuidados e orientação em rotinas e tarefas diárias.

Assim, foram implementadas intervenções psicoterapêuticas individuais, centradas nas respostas humanas aos processos de doença mental. De um modo geral, pode proferir-se que a demonstração de emoções negativas pode predispor as pessoas a fracassar nas competências de autocontrole. Desta forma, trabalhar competências de regulação emocional, pode ser um contributo relevante para o desenvolvimento do autocontrole de forma mais eficaz. Assim, foi definida como linha de base da intervenção a TCC. Esta é uma linha da psicoterapia, proposta e desenvolvida por Aaron Beck, que "parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pela própria percepção dos eventos; assim, a interpretação de uma situação pode levar a pensamentos automáticos que geram uma reação" (Silva, M. A. 2014,p.167).

A TCC reinterpreta os elementos que geram emoção negativa e tem como premissa a ideia que não é uma situação que determina as emoções e os comportamentos de um indivíduo, mas as suas cognições ou interpretações no que respeita a essa situação. Baseado neste princípio e na hipótese da primazia das cognições proposta por Beck, procura-se a reestruturação cognitiva a partir de um conceito próprio do doente e dos seus problemas. A mesma "visa ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas"(Mululo et al., 2009,p.178).

Para Leahy (2003) citado por Powell et al. (2008,p.75):

As estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental da depressão envolvem trabalhar três fases: 1) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; e 3) mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema.

As estratégias comportamentais usadas na Terapia Cognitiva derivam do modelo de psicopatologia de Lewinsohn, e são utilizadas de uma forma flexível. Essas estratégias são planeadas especificamente para o doente em questão e usadas de modo a envolvê-lo, proporcionar-lhe alívio dos sintomas e para que se possam obter dados indispensáveis para o processo terapêutico (Powell et al., 2008,p.75). As sessões de psicoterapia ocorreram numa média de duas vezes por semana e com a duração de 60 minutos.

Na primeira sessão para além da avaliação inicial já referida, expliquei às utentes o funcionamento das sessões de psicoterapia e as atividades a desenvolver na próxima consulta de enfermagem, que ficava com data e hora marcada.

A segunda consulta de Enfermagem iniciou-se pela síntese da consulta anterior e foi solicitado à utente que mencionasse os seus problemas e dificuldades atuais e, conseqüentemente, os sentimentos associados. Posteriormente procedi à reestruturação cognitiva. No final da sessão foi entregue uma folha para registo dos pensamentos disfuncionais que ocorressem até à próxima consulta, onde deveriam descrever a situação stressante, os pensamentos automáticos, os sentimentos associados e os pensamentos assertivos. Nesta sessão foi ainda elaborado um cronograma diário de atividades em conjunto com as utentes e com a colaboração da terapeuta ocupacional da unidade, de forma a incrementar atividades que lhes proporcionassem prazer.

Na terceira consulta de enfermagem teve lugar a psicoeducação sobre a depressão para que as utentes conhecessem e identificassem os fatores envolvidos no seu problema, bem como levá-las a compreender as suas reações e pensamentos. Esta consistiu na apresentação de diapositivos referentes à patologia depressiva e esclarecimento de dúvidas. Foram depois analisados os registos efetuados pelas utentes referentes aos pensamentos disfuncionais e procedi-se à reestruturação cognitiva. Cada erro cognitivo foi discutido com as doentes, questionando-se a validade dos pensamentos. As doentes foram estimuladas a verificar as evidências a favor e contra as suas ideias e a perceber o quão disfuncional e errónea foi a interpretação que deram a cada acontecimento. No final da sessão foi entregue a folha para registo dos pensamentos disfuncionais que ocorressem até à próxima consulta e a agenda com as atividades a realizar no decorrer dos próximos dias.

Na consulta de Enfermagem seguinte foi realizada psicoeducação sobre estratégias de promoção do autocontrole, nomeadamente técnicas de relaxamento. O campo das atenções – Respirar, Beber água e o Abraço foi o ponto de partida para a psicoeducação, uma vez que são três técnicas inócuas e que podem ser executadas na sua plenitude por qualquer utente e em contextos diversos. Citando Ryman (1995), Payne (2003,3) defende que o relaxamento deve ser visto como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. Os objetivos do relaxamento são vários, nomeadamente Prevenir, tratar e dotar de competências para lidar com o stresse.

A sessão foi desenvolvida através de momentos de autorreflexão com demonstração e execução das práticas de relaxamento através da respiração abdominal, da atitude de “apreciar”, “saborear” e beber lentamente água e posteriormente, exercitar a comunicação dos sentimentos através do abraço pleno. Seguiu-se o treino com as utentes, destas técnicas, para que estas conseguissem melhorar o autocontrole: ansiedade. Assim, as utentes eram orientadas para executar estes exercícios no internamento ou em casa se

estivessem de licença de fim de semana, pelo menos uma vez por dia. A este respeito, Caballo (2008,p.219) diz que uma pessoa com grau elevado de ansiedade não está em condições de raciocinar com clareza e que, por isso, é importante iniciar algum procedimento de relaxamento “para evitar que a ansiedade continue a aumentar e que chegue a um nível que não possa controlar”. O autor indica uma prática regular para este treino em casa, a fim de ajudar a aliviar a ansiedade em momentos posteriores.

No final desta sessão realizei uma sessão de relaxamento de grupo com as utentes presentes no serviço que foram alvo da psicoterapia, utilizando o treino autogénico de Schultz. Segundo Wolffenbüttel (1967), citado por Bjorn (2009,p.39) o treino autógeno de Schultz “... trata-se de um exercício psicoplástico de atitudes expectantes, ritualista, escalonado, que faz com que fantasias positivas se transformem em realidades positivas...”. Este compreende três fases:

- Primeira fase: sintonização de repouso com a vivência de peso, que é induzida ao braço dominante;
- Na segunda fase: Repouso, peso, sensação de calor, vivência cardíaca, repouso respiratório, concentração de calor no baixo-ventre e testa fria.
- Na fase final- retrocesso do relaxamento: Flexão e extensão dos braços e pernas, respiração profunda e abertura dos olhos.

Esta técnica promove uma auto tranquilização, paz, regularização vascular, benefícios na memória e na visão de si mesmo.

Na última sessão foram utilizados os mesmos instrumentos de avaliação usados na avaliação inicial de forma a verificar a eficácia das intervenções realizadas.

De forma a dar continuidade à promoção do autocontrole, realizei um panfleto relativo a essa temática, intitulado “Relaxamento: Para um autocontrolo mais eficaz” (Anexo V).

Por último, foram questionadas as utentes quanto à pertinência da efetivação das consultas de Enfermagem de promoção do autocontrole e da execução da reestruturação cognitiva, tendo as mesmas reconhecido ter conseguido alguns ganhos que sem a intervenção concretizada não teriam sido capaz, nomeadamente a melhoria do bem-estar, os conhecimentos adquiridos relativamente ao processo depressivo, à alimentação, aos hábitos de sono, à importância das atividades de recreação e de lazer, entre outros ganhos verificados e patenteados no subcapítulo anterior.

Em suma, importa ainda ressaltar que foi explicado às utentes que, de momento, não será dada continuidade à intervenção de forma estruturada, devido às contingências relacionadas com os escassos recursos de pessoal de Enfermagem. No entanto, foi o

primeiro passo para demonstrar, através dos resultados obtidos, a necessidade de dotar o serviço com mais EEESMP para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O próximo passo para a continuação deste trabalho será escrever um artigo sobre os ganhos em saúde que resultaram desta intervenção. Os ganhos em saúde "são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde e incluem referências sobre a respetiva evolução"(Lopes, Oliveira, David & Rebelo, 2014,p.56).Assim, é importante dar a conhecer os ganhos em saúde para as pessoas alvo do projeto, de forma a expor de forma efetiva e mensurável a importância da continuidade e disseminação das intervenções implementadas.

Este projeto, ao contemplar a utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, contribui para aumentar o “insight” das utentes, permitindo elaborar novas razões para o problema e, simultaneamente ajudou-as " a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida" e "...libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes", conforme previsto no Regulamento das Competências do EEESMP (DR, 2011,p. 8673).

Este projeto foi, de facto, outro dos desafios aliciantes neste estágio porque foi a primeira vez que planeei e implementei um projeto na área da crise de adultos de saúde mental, exigindo conhecimentos e pesquisa aprofundada.

➤ **Eletroconvulsivoterapia**

No âmbito das intervenções de enfermagem realizadas nas sessões de ECT no Módulo II, posso referir que foi uma experiência única, pois já tinha presenciado num dos estágios que integrava a Licenciatura e tinha sido um marco negativo para mim. Assim, quando soube que no campo de estágio se realizava esta terapia, fiquei apreensiva pois as experiências anteriores influenciam as nossas reações atuais perante a mesma situação.

No entanto, quando assisti a primeira vez fiquei intrigada pois com administração de anestésicos, relaxante muscular e agentes anticolinérgicos como a atropina, a convulsão foi quase impercebível. Na experiência presenciada no curso de licenciatura, não tinham sido administrados qualquer tipo de fármacos, pelo que considerei que a ECT assemelhava-se a um procedimento de tortura, no qual o doente terminava a sessão com perda de memória, hematomas. Apesar de deter conhecimentos sobre os avanços na aplicação desta terapia, não tinha a noção que os espasmos eram de curta duração e de ligeira intensidade, pelo que fiquei desperta por aprofundar conhecimentos nesta área.

A ECT é uma técnica que "consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos"(Antunes et al, 2009,p.S27). Antes do aparecimento da psicofarmacologia, a ECT era usada como tratamento de primeira eleição para síndromes psiquiátricas. No entanto, com o aparecimento de fármacos eficazes no tratamento de sintomas psiquiátricos, a ECT passou a ser recomendada para doentes com patologias resistentes à medicação ou em casos agudos de situações em que haja risco de vida para o doente.

Antes da realização da ECT, na Unidade SJD era efetuada uma avaliação psiquiátrica e clínica de forma a determinar a relação risco-benefício, para cada doente. Era ainda, explorada a história psiquiátrica prévia, os tratamentos farmacológicos já utilizados e suas respetivas respostas e, se o doente já realizou ECT previamente, determinar quais os efeitos apresentados. Após a indicação de ECT, a doente era avaliada clinicamente para descartar contraindicações ao procedimento, com atenção especial aos sistemas cardíaco, pulmonar e neurológico. Alguns exames de rotina como hemograma, eletrólitos e eletrocardiograma eram solicitados. O consentimento informado era obtido por escrito, antes do início do tratamento.

A ECT foi administrada duas a três vezes por semana em dias alternados e o número de sessões variou conforme a resposta clínica, sendo em média necessárias de oito a doze sessões. As sessões foram suspensas quando atingiam a remissão dos sintomas-alvo ou quando não havia melhorias após 2 a 3 sessões.

As sessões de ECT eram administradas após um período de jejum de 6 a 8 horas e eram utilizados os três grupos farmacológicos supracitados, o doente era oxigenado desde o início da anestesia até a respiração espontânea estar restabelecida, havendo monitorização contínua da saturação de oxigénio, tensão arterial e frequência cardíaca. Antes da aplicação do estímulo elétrico, um “mordedor” era colocado na boca do doente para evitar fraturas dentárias.

A maioria dos utentes referenciados para realizar ECT tinha diagnóstico médico de depressão, havendo ainda outros com doenças psicóticas. A eficácia da ECT na depressão está patenteada na extensa literatura e foi-me possível comprovar na prática a evidência. Verifiquei que o benefício vai muito além da melhoria, uma vez que afeta positivamente a qualidade de vida, bem estar e funcionamento dos doentes.

Assisti ainda à utilização de ECT em associação com medicação antipsicótica, verificando que a mesma se mostrou eficaz no tratamento de sintomas agudos da esquizofrenia.

A implementação de intervenções autónomas como a psicoeducação dirigida às utentes e/ou familiares e intervenções interdependentes relacionadas com o procedimento em si, permitiram o desenvolvimento desta competência, demonstrada pelos critérios de avaliação definidos pela OE, nomeadamente "Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas)"(DR, 2011,p. 8672).

➤ **“Viver com Demência”**

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico devido essencialmente, ao aumento da esperança média de vida e ao declínio da natalidade. Este aumento da longevidade humana nem sempre constitui uma forma de viver melhor, uma vez que a prevalência de perturbações psicopatológicas aumenta com a idade.

A OMS, em parceria com a Entidade Internacional de Alzheimer, publicou um relatório intitulado “Demência: uma prioridade de saúde pública” que revela que o número de pessoas que sofrem desta patologia são mais de 35,6 milhões em todo o mundo e as previsões apontam para que este valor duplique até 2030 e triplique até 2050 (OMS, 2012,p.2). Perante uma síndrome cada vez mais presente na nossa sociedade, é importante encontrar respostas diferenciadas para o utente, família e comunidade.

A política de saúde atual centra-se no paradigma do tratamento das doenças crónicas sob uma vertente comunitária. Assim, enquanto aluna de mestrado em ESMP, deparei-me com o desafio de implementar intervenções para a manutenção da qualidade de vida, otimização da autonomia e manutenção da funcionalidade da pessoa com demência, durante o máximo de tempo possível.

Perante o prisma de neuroplasticidade cerebral, torna-se adequado entender as diversas modalidades de Intervenção na Cognição, que têm como objetivo, capacitar as pessoas e os seus cuidadores para lidarem com os transtornos cognitivos, provendo-os de conhecimento e habilidades capazes de melhorar o seu dia a dia.

Apesar do tratamento das demências ser na atualidade, fundamentalmente de teor farmacológico, diversos estudos demonstram os benefícios da intervenção cognitiva como terapêutica coadjuvante, pelo que considerei muito pertinente o investimento na terapêutica não farmacológica como alvo prioritário neste estágio.

Vários são os autores que abordam as diferentes técnicas de intervenção para utentes com demência. Na concretização deste estágio foram utilizadas as seguintes técnicas:

➤ **Terapia de orientação para a realidade:** Tem como princípio mostrar, de maneira estruturada e constante, dados relativos à realidade do utente, concebendo estímulos ambientais que auxiliem a orientação.

Nesta terapia escolhi as atividades com um certo cuidado, na medida em que tive sempre presente que a realidade atual só fazia sentido se estivesse em sintonia com o passado do utente. Usei estratégias simples como o uso do calendário para identificação do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano e datas importantes relacionadas com essa data. Utilizei também o jornal, com a leitura e análise das notícias do dia, orientando quanto ao tempo e ao espaço e sociedade. Como a época de estágio coincidiu com a época natalícia utilizei várias imagens alusivas ao Natal e aos reis magos. Levei recortes de revistas e cartões com imagens relativas à gastronomia típica da época, símbolos de natal e atividades de estimulação cognitiva relacionadas com a quadra.

Na execução desta terapia, incentivei as pessoas a manterem ou melhorarem a interação social, melhorando ainda, a comunicação através de informação persistente, sinalização do ambiente, linguagem verbal clara e simples e linguagem não verbal, sempre com atividades adequadas às suas dificuldades.

Reforcei positivamente todo os sucessos dos utentes de forma a incentivar o seu envolvimento e ao mesmo tempo reforçar a sua auto estima e melhorar ou preservar o humor.

Os resultados obtidos com os utentes que intervencionei, variaram de acordo com o grau de demência que apresentavam previamente, no entanto, a maioria apresentaram melhoria na orientação verbal, no interesse pelo ambiente e na atenção. Menos notórios foram os ganhos a nível da interação social, porque a maioria dos doentes convivia apenas com a família no seu contexto domiciliário.

➤ **Estimulação cognitiva:** Significa fortalecer as áreas principais da função mental, nomeadamente a atenção, a linguagem, a memória, a capacidade viso-espacial e a associação de ideias. Com o programa de estimulação cognitiva que implementei, estimulei áreas com défice ou, utilizei a capacidade de neuroplasticidade, utilizando domínios cognitivos de compensação a esse défice.

As dinâmicas implementadas recorreram a material de fácil utilização, como lápis e papel, relógio, cores, computador e objetos comuns do quotidiano da pessoa alvo. Esta característica favoreceu, ainda, a estimulação da atenção do utente ao que o rodeia, nomeadamente ao que vê e ao que ouve.

Utilizei várias ferramentas inovadoras para os utentes da UCCSMI, nomeadamente:

- Baralho de cartões com o abecedário em letra grande, que na parte anterior tinha uma figura representativa da letra em questão. Teve diversas utilidades: linguagem, evocação categorial, escrita, jogos, entre outros.
- Baralho de cartões com os números de 0 a 9 em tamanho grande. Teve diversas utilidades: cálculo, jogos, associação de objetos, identificação de cores, semelhanças e diferenças, entre outros.
- Baralho de cartões com a figura representativa de frutas e legumes e na parte anterior tinha escrito o nome da fruta ou legume em questão. Teve diversas utilidades: linguagem, evocação categorial, escrita, jogos, fazer receitas de saladas e de sopas com as figuras identificadas, discussão sobre pratos favoritos, identificação de cores, semelhanças, produtos próprios da estação do ano e da época natalícia, entre outros.
- Relógio tipo puzzle com ponteiros grandes, composto por várias peças soltas para serem colocadas no sítio correto, nomeadamente os números correspondentes às horas e imagens com um nº de figuras correspondente ao nº da hora (por exemplo, para as 3h, tinha uma peça com o nº 3 que o utente teria de colocar no sítio certo, bem como uma peça com o desenho de três flores). Para além disso os números apresentavam as cores primárias com graduações diferentes, que permitiram a identificação da cor bem como “do mais claro e do mais escuro” e os números com cores idênticas. Marcaram-se, com os posteiros móveis, o horário das atividades comuns do dia-a-dia, como o levantar, almoçar, jantar e deitar.
- Sessão de estimulação da memória, com recurso à apresentação de slides em suporte de computador.
- Vários exercícios de estimulação que elaborei em suporte de papel.

De salientar que este “Kit” de Estimulação Cognitiva foi oferecido à UCCSMI, para que, por um lado, se dê continuidade ao trabalho desenvolvido por mim e, por outro, para que alguns utentes e os cuidadores não sintam muito a alteração nas rotinas e nas dinâmicas de estimulação implementadas.

A quantidade de sessões necessárias para gerar melhoria nas funções cognitivas variou de acordo com cada utente e o tipo de alteração existente. Geralmente, com os utentes da UCCSMI, realizei uma sessão semanal. Quando existiu uma boa adesão do utente e do cuidador, recomendei algumas atividades para serem desenvolvidas no decorrer da semana, pois uma maior regularidade na realização dos exercícios pode originar melhoria significativa nas funções estimuladas.

➤ Técnica de validação: tem como objetivos minorar as frustrações emocionais e os conflitos relacionais, o incremento da atenção, autocontrole e autoestima e, ainda, promover a interação social do utente.

Tentei sempre, aplicar esta técnica na vertente lúdica, em que muitas das funções foram desempenhadas pelos próprios utentes, nomeadamente, a escrita da data nas folhas de exercícios de estimulação cognitiva. Outra dinâmica inerente a esta técnica compreendeu a autoapresentação do utente e cuidador aquando da minha primeira visita domiciliária, estabelecendo assim uma comunicação mais significativa.

O descritivo da competência analisada refere que

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional (DR, 2011,p. 8672).

Assim, ao intervir na cognição dos utentes com demência ajudei-os a realizar as suas capacidades e a melhorar ou manter o seu nível de funcionamento, o que me permitiu desenvolver esta competência.

Apesar de existir um grande empenho profissional da equipa de enfermagem de Saúde Mental, na psicoeducação dos cuidadores e familiares de utentes com esta patologia no âmbito domiciliário, denotei que não eram realizadas frequentemente sessões de grupo. Desta forma, realizei uma sessão de psicoeducação para um grupo de cuidadores de utentes com demência e que estavam a ser alvo do projeto.

Vários estudos realizados na área da demência referem que as intervenções psicoeducativas dirigidas aos cuidadores/familiares dos utentes com demência podem reduzir o nível de sintomas apresentados pelo doente e, conseqüentemente, melhorar o seu bem estar e qualidade de vida, bem como a dos seus cuidadores. Desta forma, acredito que se deve, sempre que exequível, ponderar a possibilidade de associar às intervenções de estimulação cognitiva, a psicoeducação, o aconselhamento e consultoria dirigida aos cuidadores. Neste sentido, enquanto aluna do Mestrado em ESMP, pretendi através desta sessão, reforçar as informações fornecidas em contexto domiciliário e a partilha de experiências entre os elementos que compuseram este grupo alvo.

Cuidar de pessoas com demência exige do cuidador disponibilidade, energia e esforço físico, conferindo um carácter complexo a esta tarefa. A literatura refere que cuidar de

idosos com demência tem impacto na saúde física e mental do prestador de cuidados, pode levar ao isolamento social e emocional e à diminuição da autoeficácia, do bem estar subjetivo e da qualidade de vida (cf. Scanlan, Vitaliano & Zhang, 2003, pp. 946-972).

Segundo Pereira e Sampaio (2011, p.5) “Muitos familiares sabem que a demência causa limitações cognitivas, mas não compreendem os défices executivos, o significado de uma apraxia ou a sintomatologia delirante. Outros culpabilizam-se pela eclosão do quadro...”. Das observações realizadas ao longo das visitas domiciliárias, constatei que a maioria dos cuidadores ao serem confrontados com o utente com demência não se sentiam preparados para a situação. Associado ao desgaste físico e psicológico, desponta a falta de retenção da informação, não conseguindo estabelecer formas de adaptação adequadas a esta nova situação. Assim, de forma a contribuir para uma melhor compreensão do doente, a psicoeducação foi desenvolvida com o objetivo de facilitar a conceptualização da doença, desenvolvendo a competência do cuidador. O EEESMP assume-se como um profissional dotado de competências psicoeducacionais, pelo que esta sessão veio reforçar o desenvolvimento de aptidões propostas para este módulo de estágio.

Na sessão abordei diversas temáticas relacionadas com a Demência, recorrendo a diapositivos (Anexo VI). No decurso da sessão de psicoeducação denotou-se que os cuidadores compreenderam o que lhes foi transmitido e, simultaneamente, refletiram sobre a forma como vivem as situações descritas. No final da sessão entreguei um folheto sobre “Cuidar na Demência” (Anexo VII) para reforçar a informação exposta na sessão psicoeducativa.

A desinstitucionalização dos doentes com perturbação do foro mental conduziu a que a família fosse sujeita a um novo conjunto de circunstâncias para a qual nem sempre está preparada. É irrefutável que a presença de uma doença mental acarreta um conjunto de modificações mais ou menos marcadas no funcionamento da família. Desta forma, “não são apenas os doentes, mas também a família, enquanto sistema, que são afetados pela doença” (Abreu & Ramos, 2007, p.3). A sobrecarga familiar é potenciada muitas vezes pela falta de informação sobre a doença, pelas dificuldades na comunicação com os profissionais e, em última instância, pela inacessibilidade a estruturas adequadas às suas necessidades. Assim, é evidente a necessidade de implementar intervenções de enfermagem de apoio ao cuidador, como a psicoeducação, para potenciar os seus recursos.

3 – Conclusão

Este estágio permitiu o desenvolvimento da minha identidade profissional, vista como um processo dinâmico, que permite o desenvolvimento permanente de competências que definem o que é “ser enfermeiro”.

Fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências é a capacidade e atitude de questionamento constante das práticas, de confronto de ideias e de debate. Algo muito presente neste estágio foi a reflexão sobre a prática de enfermagem, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Ao longo do estágio evidenciei a necessidade de articulação do saber-saber, saber estar, saber ser e do saber fazer para o desempenho competente do EESMP. Para tal, foi fundamental o uso de técnicas específicas e atributos pessoais para estabelecer o relacionamento terapêutico, visto como um processo de aprendizagem mútuo.

Uma das qualidades essenciais para o EEESMP é a autoconsciência, uma vez que este constitui em si mesmo um instrumento terapêutico.

Considero que a Enfermagem requer produção e renovação contínuas de conhecimentos, o que apenas pode ser garantido pela Investigação. Esta, é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, assim como para a melhoria da saúde das pessoas. Nesta área, destaco a minha participação no Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental e no V Congresso Internacional da ASPESM, pela sua importância na aquisição de conhecimentos que, por sua vez, contribui para a melhoria da satisfação, qualidade de vida e bem estar dos utentes alvo dos meus cuidados e de mim própria enquanto pessoa e enfermeira.

O Estágio foi dirigido para a realização das atividades delineadas no projeto, bem como, para o desempenho das intervenções inerentes à prestação de cuidados, baseando-se no rigor, na motivação e dedicação da minha parte, para o atingir de forma plena.

A implementação do projeto PAAAF foi uma das atividades mais desafiantes neste estágio, pela inexperiência na planificação de projetos na área da saúde mental. Foi um marco muito positivo neste percurso formativo, pois o PAAAF ficou a constituir elemento do plano de ação da USP, dando assim, continuidade ao projeto.

No Módulo II destaco a implementação da "Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole", que adotou o paradigma cognitivista da TCC, obtendo resultados muito positivos com a intervenção. Esta experiência também acarretou para mim algum desânimo, dado que não foi dada continuidade à intervenção de forma estruturada, devido às contingências relacionadas com os escassos recursos de pessoal de Enfermagem. No entanto, penso que contribuí com o primeiro passo na demonstração, através dos resultados obtidos, da necessidade de dotar o serviço com mais EEESMP para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O próximo passo será escrever um artigo sobre os ganhos em saúde que resultaram desta intervenção. Os ganhos em saúde "são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde e incluem referências sobre a respetiva evolução"(Lopes, Oliveira, David & Rebelo, 2014,p.56).Assim, é importante dar a conhecer os ganhos em saúde para as pessoas alvo do projeto, de forma a expor de forma efetiva e mensurável a importância da continuidade e disseminação das intervenções implementadas.

Na minha perspetiva e do que presenciei ao longo do estágio, a assistência de enfermagem à pessoa com perturbações do foro psiquiátrico, deve ser fundamentada maioritariamente na relação interpessoal terapêutica. Para Lazure (1994, p.97) a relação de ajuda tem como objetivo "dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar", o que me incutiu a necessidade de olhar para o utente numa perspetiva verdadeiramente holística de forma a identificar os recursos que este dispõe. Usei ainda, os meus conhecimentos, habilidades e atitudes para poder estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, dando sentido à mesma, segundo as necessidades e dificuldades que os utentes apresentaram.

Essencial no processo de cuidar é a comunicação terapêutica, uma vez que

na comunicação terapêutica, o profissional de saúde utiliza um conjunto de técnicas/habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a se relacionarem melhor consigo e com os outros, a adaptarem-se a sua condição de saúde e contexto de vida Cerqueira (2014,p.7).

Esta inclui diferentes modos de expressão da comunicação, nomeadamente a verbal e a não-verbal, sendo que denotei no decurso do Estágio que, ao nível da ESMP a comunicação não verbal assumiu uma importância saliente, na medida em que muitas vezes identificou com mais genuinidade a mensagem que o utente pretendeu transmitir.

Destaco ainda que, a diversidade dos contextos em que decorreram os Módulos de Estágio permitiu a formulação de Diagnósticos de Enfermagem em áreas diversas e distintas,

abrangendo desde o diagnóstico na comunidade em geral, nas escolas, na pessoa no seu domicílio ou em unidade de internamento na crise ou em unidades funcionais dos CSP, até ao cuidador. Esta faceta multidimensional permitiu-me elaborar diagnósticos de enfermagem em contextos alargados, contribuindo para o desenvolvimento de competências diagnósticas. Posteriormente, elaborei o plano de cuidados em parceria com o utente, tornou-o mais direcionado para aquilo que o utente objetiva e que nem sempre coincidiu com a minha pretensão.

Ao longo do estágio evidenciei a necessidade de articulação do saber-saber, saber estar, saber ser e do saber fazer para o desempenho competente do EESMP. Para tal, é fundamental o uso de técnicas específicas e atributos pessoais para estabelecer o relacionamento terapêutico, visto como um processo de aprendizagem mútuo.

As dificuldades sentidas foram essencialmente a insegurança relacionada com a inexperiência no contexto dos cuidados em saúde mental. No entanto, parece-me que esta foi sendo colmatada ao longo do processo de formação com a aquisição de competências que permitiram assim a construção da minha identidade profissional e afirmação na profissão.

O Estágio foi importante também para o futuro exercício como EEESMP, pois, trouxe na "bagagem", conhecimentos essenciais e ideias maravilhosas para implementar no serviço onde exerço funções atualmente. Destas destaco:

➤ O programa 3AAA: Na certeza que os estilos de vida são “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (Ministério da Saúde, 2004), projetos na área da saúde mental como o 3AAA devem ser disseminados, pois é um exemplo de boas práticas. Assim, no final do Módulo I, ficou o compromisso estabelecimento de parceria entre a unidade em que eu trabalho (UCC PROVIDA) e a USP para a implementação do projeto e, posteriormente a partilha dos resultados obtidos, no sentido de realizar um trabalho de investigação e publicá-lo numa revista de referência para a ESMP.

➤ PAAAF: Foi uma atividade muito gratificante, na medida em que investi na elaboração de um projeto que ficou a ser continuado pelos profissionais e que, será também, implementado por mim, no futuro como EEESMP, na UCC onde trabalho.

➤ Projeto "Viver com Demência": apesar do tratamento das demências ser na atualidade, fundamentalmente de teor farmacológico, diversos estudos demonstram os benefícios da intervenção cognitiva como terapêutica coadjuvante, pelo que considerei

muito pertinente o investimento na terapêutica não farmacológica como alvo prioritário neste estágio e que será continuado num projeto a desenvolver na UCC onde trabalho.

Considero que o estágio foi um período de “metamorfose” positiva, quer a nível profissional quer pessoal, tendo sido essencial para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e pessoa. Falar de competência requer uma visão abrangente do seu significado, pois esta “...envolve, não só, a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática, com utilização adequada de tecnologias...” (Novo, 2011, p.1). Desta forma, o Estágio permitiu o desenvolvimento das competências definidas pela OE para o EEESMP no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, na medida em que cumpri as exigências inerentes ao ser enfermeira especialista, nomeadamente "... a mobilização das capacidades pessoais ... e a mobilização dos ...saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem" Phaneuf (2005,p.3).

Como aspetos positivos saliento os conhecimentos, a experiência e disponibilidade das orientadoras de estágio que fizeram com este fosse um período de “despertar” para novos conhecimentos, realidades e sentires.

A elaboração deste relatório proporcionou-me uma aprendizagem enriquecedora, por me ter feito debruçar sobre a minha prática no decurso do estágio, permitindo que os objetivos inicialmente traçados fossem atingidos.

4 – Referências Bibliográficas

- Abreu, E. P. & Ramos, S. (2007). O Regresso a Casa do Doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal. *Psicologia.com.pt*. Acedido novembro 11, 2014, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>.
- ADI - Alzheimer's Disease International *World Alzheimer Report 2010-The Global Economic Impact of Dementia, Alzheimer's Disease International*. [Em linha] (2010) London: Alzheimer's Disease International Acedido setembro 26, 2014, em <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010>.
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In I. Alarcão (Org.), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (9-39). Porto: Porto Editora.
- Almeida, J.G. (2010). Sobrecarga dos cuidadores familiares de pessoas com doença mental: dimensões analítico-reflexivas na perspetiva do Serviço Social. *PSYCHOLOGICA*, 52, 91-116.
- Almeida, J. (1997). A avaliação das necessidades de cuidados em saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15 (4),41-45.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Belmonte-de-Abreu, P. S., Lobato, M. I. R. & Fleck, M. P.(2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspetos atuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl. 1), S26-S33.
- APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Texto Revisto, 4ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e sua evolução. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. (27-60).
- Beck, J.S. (2013). *Terapia Cognitivo Comportamental* (2ª ed.). Porto Alegre. Artmed.
- Belcher, J.R. & Fish, L.J.B.(2000). Hildegard E. Peplau. In J.B. George, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*,(4ª ed.)(45-57).Porto Alegre: Artmed.

- Bernardino, D. (2007). Supervisão e relações supervisivas : a importância na construção da identidade do enfermeiro. *Revista sinais vitais*, 72 , 5-9.
- Bjorn, M.B.N. (2009). *Estratégias de relaxamento e seus benefícios: uma investigação durante o período de gravidez*. Dissertação de Mestrado , Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade do Algarve, Portugal.
- Bottino, C. [et al]. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. Acedido setembro 26, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v60n1/8234.pdf>.
- Caballo, V. E.(2008).*Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Camões, C., Pereira, F. & Gonçalves, A. *Reabilitação na doença de Alzheimer*. Acedido setembro 26, 2014, em www.psicologia.com.pt.
- Cardoso, A., Peixoto, A., Serrano, M. & Moreira, P. (1996). O movimento da autonomia do aluno: Estratégias a nível da supervisão. In I. Alarcão (Org.), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (89-122). Porto: Porto Editora.
- Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coord) (2005). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Conselho internacional de enfermeiras. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho internacional de enfermeiras & Ordem dos Enfermeiros.(2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®* [em linha]. *Ordem dos enfermeiros Web site*. Acedido julho 10, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf.
- Cordioli, A. [et al]. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder*. Porto Alegre: University of Rio Grande do Sul.
- Cruz, R. (2006). Uma introdução ao conceito de autocontrole proposto pela análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VIII (1), 85-94. Acedido setembro 26, 2014, em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/24-77-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/24-77-1-PB%20(1).pdf).
- Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo Orientações Programáticas [em linha]. DGS Web site. Acedido Maio 30, 2014, em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i017664.pdf>

- Fabes, A. R., et al. (1999). Regulation, Emotionality, and Preschoolers' Socially Competent Peer Interactions. *Child Development*, 70, 432-442. In Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, VIII (1), 85-94. Acedido setembro 26, 2014, em http://www.readcube.com/articles/10.1111%2F1467-8624.00031?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
- Fink, M. (2001). Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *Journal of Affective Disorders*, 63 (1-3), 1–15.
- Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes, J. (2006). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York: Oxford University.
- Gregorio, P. (2003) Demencia: enfermedad de Alzheimer. In Salgado, A., Guillén, F. & Cantero, I. (Eds) (2003). *Manual de Geriatria* (pp. p. 577-588). Barcelona: Masson.
- Horta, W.A. (2005). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Censos 2011: Relatório de Avaliação final [em linha]. Instituto Nacional de Estatística Web site. Acedido julho 10, 2014, em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/projeto;jsessionid=KKiin1cmI71WP-oEGOYvJg>.
- Jarrett, R.B., et al. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 431-37. Acedido setembro 26, 2014, em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/yoa8262.pdf>
- Kemmis, S. (1985). Action research and the politics of reflection. In Boud, D. , Keogh, R & Walker, D. , *Reflection: Turning experience into learning*. Londres: Kogan Page (139-163).
- Kho, K., et al. (2003). Meta-Analysis of Electroconvulsive Therapy Efficacy in Depression. *Journal of ECT*, 19 (3), 139-147. Acedido setembro 26, 2014, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0020583/>
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Loures: Lusociência.
- Lopes, F., Oliveira, K., David, M., & Rebelo, R. (2014). “Projecto Mensanus” – ganhos em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11,55-60.
- Mello, M.L.M., Barrias, J.C. & Breda, J.J.(2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Edição Direcção-Geral da Saúde.
- Mendes, F. R. P. & Mantovani, M.F. (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Rev. bras. enferm.*,63 (2), 209-215 Acedido setembro 26, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007>.

- Ministério da saúde (2011). – Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. Governação clínica e de saúde em cuidados de saúde primários – o que é? Para que serve? Como fazer?. [em linha]. Ministério da Saúde Web site. Acedido julho 10, 2014, em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf
- Mululo, S.C.C., et al. (2009) Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. *Revista Psiquiatria RS*. 31 (3), 177–186.
- Novo, S.M.F. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Porto: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental [em linha]. *Ordem dos enfermeiros Web site*. Acedido julho 10, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>.
- Pais, J. (2008). Intervenção cognitiva na demência. *Memória_ Funcionamento, perturbações e treino*. Porto: Lidel. p. 311 a 317.
- Payne, A. R. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pereira, M.G. & Sampaio, D. (2011). *Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3-10.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, R. (1999). Uma teoria dos processos de integração. In *Sociologia- problemas e práticas*. [Em linha]. Acedido em maio, 26, 2014 em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/10/112.pdf>.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-18.
- Porto editora (2010). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa Acordo Ortográfico*. Porto: Porto Editora.
- Powell, V. B. , et al. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Psiquiatria*, 30, 73-80.

- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,12, 06-08.
- Silva, M.A. (2014). Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria a prática. *Psico-USF* [online], 19(1),167-168. Acedido janeiro 02, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000100016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-82712014000100016.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática.*(6ª ed).Porto Alegre: Artmed Editora.
- Vitalino, P.P.; Zhang, J. & Scanlan, J.M.(2003) *A one-year randomized controlled psychosocialintervention study among family carers of dementia patients– effects on patients and carers*. *Psychol Bull.* 129(6),946-972.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto
- Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Universidade Católica Portuguesa (2014). *Guia de estágio: Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Porto.
- Wikipédia (2014). *Projeto* [em linha]. Wikipédia Web site. Acedido julho 02, 2014, em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*. (10th Revision). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. United Kingdom: World Health Organization.

Legislação

- Decreto Lei nº 437/91 de 8 de fevereiro. Diário da República nº257/91 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República nº38/91 - I Série. Lisboa.

- Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril. Diário da República n.º65/2009- I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da República nº205/96 - I Série A. Lisboa.
- Despacho nº 12.045/2006 de 7 de junho. Diário da República nº110/2006 - II Série. Lisboa.
- Despacho n.º 1916/2004 de 28 de Janeiro. Diário da República nº23/2004 - II Série. Lisboa.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº 35/2011 - II série. Lisboa.

Anexo I

Intervenções psicoeducacionais aos cuidadores informais de pessoas com demência

Resumo

Introdução: O aumento da esperança média de vida significa um ganho na qualidade de vida das pessoas e, por outro lado, um aumento na incidência de doenças crónico-degenerativas, como as demências. Estas, causam forte impacto familiar e social, sendo fundamental a implantação e ampliação de intervenções efetivas, como as psicoeducacionais. **Objetivo:** Identificar a eficácia das intervenções psicoeducacionais nos cuidadores informais de pessoas com demência. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre janeiro de 2009 e 14 de março de 2014, nas bases de dados b-on, ebsco, Lilacs, PubMed, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RECAAP) e SciELO. As palavras-chave usadas foram “psychoeducational and caregiver”, “psychoeducational and caregiver and dementia” e os termos equivalentes em português. Critérios de inclusão: artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, que abordavam as intervenções psicoeducacionais em cuidadores de pessoas com demência. Critérios de exclusão: artigos cujo texto integral não se encontrava disponível e estudos referentes a outras patologias. **Resultados:** foram selecionados 23 estudos em onze artigos. Os resultados com maior prevalência são: 34,8% redução da sobrecarga; 30,4% diminuição do stress; 21,7% diminuição dos sintomas depressivos e aumento do uso de estratégias de enfrentamento; 17,4% redução dos sentimentos de ansiedade, impacto positivo sobre o bem-estar e melhoria do equilíbrio entre afetos positivos e negativos e melhoria do empoderamento; 13% aumento dos conhecimentos. **Conclusões:** a psicoeducação dirigida aos cuidadores pode ser considerada uma intervenção importante e eficaz, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida do cuidador e da pessoa com demência.

Palavras-Chave: demência; psicoeducação; cuidadores informais

Intervenciones psicoeducacionais a los cuidadores informales de personas con demência

Resumen

Introducción: El aumento de la esperanza de vida significa una ganancia en la calidad de vida y en el otro lado, un aumento en la incidencia de enfermedades degenerativas crónicas, tales como la demencia. Estas, causan fuerte impacto familiar y social, siendo fundamental la implantación y ampliación de intervenciones efectivas, como las psicoeducacionais. **Objetivo:** Identificar la eficacia de las intervenciones psicoeducacionais en los cuidadores informales de personas con demência. **Metodología:** Revisión integradora de la literatura de los artículos publicados entre enero de 2009 y 14 de marzo 2014 en las bases de datos b-on, ebsco, Lilacs, PubMed, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RECAAP) e SciELO. Las palabras clave utilizadas fueron “psychoeducational and caregiver”, “psychoeducational and caregiver and dementia” y los términos equivalentes en portugués. Criterios de inclusión: artículos en Portugués, Inglés y Español, que abordaban las intervenciones psicoeducativas para los cuidadores de personas con demencia. Criterios de exclusión: artículos cuyo texto completo no se encontraba disponible y estudios referentes con otras patologías. **Resultados:** fueron seleccionados 23 estudios en once artículos. Los resultados con mayor prevalência son: 34,8% reducción de la sobrecarga; 30,4% disminución del stress; 21,7% disminución de los síntomas depresivos y aumento del uso de estrategias de enfrentamento; 17,4% reducción de los sentimientos de ansiedad, impacto positivo sobre el bienestar y mejoría del equilibrio entre afetos positivos y negativos y mejoría del empoderamento; 13% aumento de los conocimientos. **Conclusiones:** la psicoeducación dirigida a los cuidadores puede ser considerada una intervención importante y eficaz que se refleja en una mejoría de la calidad de vida del cuidador y de la persona con demência.

Descriptores: demencia; psicoeducación; cuidadores informales

Psychoeducational intervention for informal carers of people with dementia

Abstract

Introduction: The increase of the middle hope of life means a profit in the quality of life of the persons and, on the other side, an increase in the incidence of chronic-degenerative diseases, like the dementia. These, cause strong familiar and social impact, being basic to

introduction and enlargement of effective interventions, like the psychoeducational.

Objective: Identify the efficiency of psychoeducational interventions in informal caregivers of people with dementia. **Methods:** Integrative review of articles published between January 2009 and fourteen of March 2014, in databases b-on, EBSCO, Lilacs, PubMed, Scientific Open Access Repository of Portugal (RECAAP) and SciELO. The keywords used were “psychoeducational and caregiver”, “psychoeducational and caregiver and dementia” and equivalent terms in portuguese. Inclusion criteria: articles in Portuguese, English and Spanish, which approached psychoeducational interventions on caregivers of people with dementia. Exclusion criteria: items whose full text was not available and studies related to other pathologies. **Results:** 23 studies were selected in eleven articles. The results with bigger predominance are: 34.8% reduction of burden; 30.4% reduction of stress; 21.7% reduction of the depressive symptoms and increased of the use of coping strategies; 17.4% reduction in feelings of anxiety, positive impact on the welfare and improvement of the balance between positive and negative affects and improvement of empowerment; 13% increase in knowledge. **Conclusions:** psychoeducation aimed at caregivers can be considered an important and effective intervention, reflected in improved quality of life of caregivers and of the person with dementia.

Keywords: Dementia, psychoeducation, caregivers

Introdução

Nas sociedades modernas do século XXI, o envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes. De acordo com os Censos 2011, este tem vindo a ocorrer de forma progressiva em todo o território português e deixou de ser um fenómeno circunscrito ao interior do país. Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011).

Numa perspetiva multidimensional, a conceção e a perceção do envelhecimento ocorre de diversas formas, o que significa olhar para o envelhecer refletindo nas suas diferentes dimensões: biológica, psicológica, sociológica e cronológica.

Falar de envelhecimento não é sinónimo de doença e morbilidade, todavia a prevalência de perturbações psicopatológicas aumenta com a idade, incluindo a demência. Dados recentes indicam que em 2010, existiriam aproximadamente 35,6 milhões de pessoas no mundo com demência. Prevê-se que estes números dupliquem até 2030 e tripliquem até 2050 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

O impacto social da demência é motivo de atenção, pois pode ser considerada uma epidemia na população idosa a nível mundial (Alzheimer's Disease International [ADI], 2009). Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da OMS, a demência consiste numa “síndrome resultante de doença cerebral, em geral de natureza crónica ou progressiva, na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio; não há alteração do nível de consciência/alerta; as perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas, por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”. Dada a sua etiologia neurodegenerativa, constata-se que os idosos com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga nos cuidadores informais.

Cuidar de pessoas com demência exige do cuidador disponibilidade, energia e esforço físico, conferindo um carácter complexo a esta tarefa.

A literatura refere que cuidar de idosos com demência tem impacto na saúde física e mental, pode levar ao isolamento social e emocional e à diminuição da auto-eficácia, do bem estar subjetivo e da qualidade de vida (cf. Scanlan, Vitaliano & Zhang, 2003).

Segundo Pereira e Sampaio (2011, p.5) “Muitos familiares sabem que a demência causa limitações cognitivas, mas não compreendem os défices executivos, o significado de uma apraxia ou a sintomatologia delirante. Outros culpabilizam-se pela eclosão do quadro...”. Desta forma, surge nos cuidadores sofrimento e respostas desadequadas, que se refletem em relações destrutivas entre estes e a pessoa doente.

Os resultados dos estudos sobre os impactos nos cuidadores informais provocados pelo cuidar de pessoas com demência, deram origem a estudos de intervenções que visem atenuá-los, nomeadamente as intervenções psicoeducacionais.

Para Argimon, Dell’Áglio Jr, Figueiredo e Souza citados por Lopes e Cachioni (2012) “a psicoeducação é caracterizada por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas”. Neste sentido, esta intervenção tem como objetivo facilitar a conceptualização da doença, desenvolvendo a competência. Baseia-se num paradigma de *stress e coping*, que promove a normalização, a redução dos sentimentos de culpa e a aquisição de novas estratégias, com vista ao reconhecimento dos aspetos positivos e gratificantes do cuidar.

Face a esta realidade, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar a eficácia das intervenções psicoeducacionais nos cuidadores informais de pessoas com demência.

Metodologia

Este estudo consiste numa revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre janeiro de 2009 e 14 de março de 2014, nas bases de dados b-on, EBSCO, Lilacs, PubMed, RECAAP e SciELO. As palavras-chave usadas foram “psychoeducational and caregiver”, “psychoeducational and caregiver and dementia” e os termos equivalentes em português.

Foram incluídos no presente estudo artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, que abordavam as intervenções psicoeducacionais em cuidadores informais de pessoas com demência.

Ficaram excluídos os artigos cujo texto integral não se encontrava disponível, assim como, os estudos de intervenções psicoeducacionais referentes a outras patologias, tais como esquizofrenia, transtornos bipolares e cancro.

Na pesquisa inicial, os resumos identificados foram avaliados pelos dois autores desta revisão de forma cega, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os artigos menos esclarecedores foram lidos na íntegra. Os que cumpriram os

critérios de inclusão foram analisados e comparados quanto aos objetivos, tipo de estudo, métodos, características da amostra e resultados significativos.

Resultados

Foram encontrados 10 artigos na base PubMed e incluídos apenas 4. Na base Lilacs, de 9 artigos foram selecionados 5. Na base da ebsco foram encontrados 80 artigos, dos quais apenas foram incluídos 4. Na base SciELO, dos 13 artigos encontrados, foram selecionados 3. Na RECAPP nenhum artigo foi selecionado dos 4 encontrados. Retiradas as referências cruzadas em mais de uma base, e considerando os critérios de inclusão e exclusão supracitados, foram selecionados 11 artigos. Dois destes artigos são revisões de literatura, que após cruzamento com os estudos selecionados, foram incluídos 14 estudos. Desta forma, o número total de estudos alvo desta revisão integrativa são 23 (Quadro 1 e Quadro 2).

Quadro 1: Dados de estudos encontrados entre janeiro de 2009 e 14 de março de 2014 sobre intervenções psicoeducacionais em cuidadores informais de pessoas com demência.

Autor/Ano	Desenho	Amostra	Intervenção	Instrumentos	Resultados
Arco-verde, Dourado Santos e Sousa, 2013	Longitudinal	18 cuidadores de pessoas com demência	A intervenção foi desenvolvida como uma sessão semanal de 90 minutos, durante seis meses, começando com 18 cuidadores familiares de pacientes com demência.	Estadiamento Clínico das Demências (CDR); Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer; Escala Cornell de Depressão na Demência; Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA); Inventário Neuropsiquiátrico (NPI); Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZARIT); Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).	No momento da linha de base foi encontrada correlação entre a sobrecarga e sintomas depressivos dos cuidadores. A análise das diferenças entre os dois momentos encontrou diminuição dos sintomas depressivos dos cuidadores no segundo momento. Não foram encontradas diferenças significativas nas demais variáveis.
Livingston <i>et al.</i> , 2013	Estudo randomizado	260 participantes	Grupo 1: 173 cuidadores familiares de pessoas com demência, ao qual foi aplicado o programa de estratégias para familiares (START,) com mais de oito sessões, no domicílio, sem a presença do familiar com demência. É um programa de psicoeducação sobre a demência, em que os cuidadores praticavam essas técnicas em casa, com recurso a CD's e manuais de relaxamento. Grupo 2: 87 pessoas com demência.	Escala hospitalar de ansiedade e depressão; ZARIT; escala de táticas de conflito modificada; Questionário do estado da saúde; Subescala COPE; NPI; CDR e QdV-DA.	O grupo 1 era menos propenso a ter depressão, embora a redução da ansiedade tenha-se revelado pouco significativa. Após a intervenção, verificou-se melhoria da qualidade de vida do grupo 1, não se verificando o mesmo no grupo 2. Verificou-se alguma evidência na diminuição do comportamento abusivo na escala de táticas de conflito modificada, para o grupo 1.
Cachioni e Lopes, 2013	Quase experimental	21 cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer	15 Sessões semanais, com o intuito de conhecer o processo da doença e compreender as diversas realidades do cuidado. Caraterizava-se como um espaço de aprendizagem mútua; de promoção de rede de apoio para encarar o processo da doença e procura da melhoria do bem-estar	Ficha de caracterização sociodemográfica do participante; roteiro para avaliar o contexto do cuidado; Escala de Satisfação Geral com a Vida; Escala de Satisfação Geral com a Vida Referenciada a Domínios; Inventário de	A intervenção apresentou impacto positivo sobre o bem-estar subjetivo, sobre as variáveis de satisfação geral com a vida, satisfação com o envolvimento social e equilíbrio entre afetos positivos e negativos. Em relação à sobrecarga e aos benefícios percebidos, houve aumento de respostas

			emocional do cuidador.	Sobrecarga e Benefícios associados ao Cuidado; Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS) e Escala de Depressão Geriátrica	nos domínios psicológico positivo e social positivo após a participação na intervenção.
Kwok <i>et al.</i> , 2013	Randomizado controlado cego	38 cuidadores familiares de pessoas com demência	Os cuidadores foram distribuídos por dois grupos: um de intervenção e um de controle. O grupo de intervenção (18 participantes) recebeu psicoeducação por um assistente social, por telefone, durante 12 sessões semanais de cerca de 30 minutos, Os cuidadores do grupo de controle (20 participantes) receberam um DVD contendo informações educativas sobre o cuidar na demência.	ZARIT; Revised Scale for Caregiving Self-efficacy; subescala da auto-eficácia na obtenção de descanso (SE-OR); subescala da auto-eficácia de resposta para comportamentos perturbadores (SE-RDB); subescala da auto-eficácia de controlo de pensamentos perturbadores (SE-CUT); Global Deterioration Scale (GDS); Abbreviated Mental Test; Chinese version of the Cohen –Mansfeld Agitation Inventory.	O nível de sobrecarga do cuidador diminui no grupo de intervenção, enquanto que no grupo de controle aumentou. A autoeficácia na obtenção de descanso do grupo de intervenção aumentou, enquanto o grupo controle apresentou uma ligeira diminuição. A auto-eficácia de resposta para comportamentos perturbadores teve um aumento em ambos os grupos. A auto-eficácia de resposta para pensamentos perturbadores foi observada uma diferença não significativa entre os grupos.
Cheng <i>et al.</i> , 2012	Randomizado	Estudo 1: 120 participantes Estudo 2: 100 participantes	Os participantes são divididos aleatoriamente em três grupos: constatação benefício, psicoeducação e psicoeducação simplificada. Os participantes de cada grupo recebem um total de 12 horas de formação, em grupo ou, individualmente em casa. Sessões de reforço são fornecidas em cerca de 14 meses após o tratamento inicial. Dá ênfase aos aspetos positivos do cuidar. O estudo encontra-se incompleto, com data prevista de término em maio 2014.	CDR; Mini Exame do Estado Mental (MMSE).	As intervenções psicoeducativas que dão ênfase aos benefícios, proporcionam uma nova dimensão à forma como estas são conceptualizadas e fornecidas. Estas oferecem aos cuidadores empoderamento a longo prazo para superar as dificuldades do dia a dia. Os dois estudos paralelos pretendem, no seu término, identificar se a eficácia da intervenção depende da forma da sua efetivação.
Franzmann, Haberstro, Krause, Neumeyer & Pantel, 2011	Quase-experimental	24 cuidadores informais de pessoas com demência	5 Sessões semanais de treino estruturado, de duas horas e meia cada. É realizado com 9 a 15 participantes.	Intervenção TANDEM (modelo de comunicação na demência)	O modelo TANDEM aumenta as estratégias usadas pelos cuidadores. Estas são relevantes para a comunicação nos cuidados às pessoas com demência e na sua qualidade de vida.

Holland <i>et al.</i> , 2011	Randomiza- do	175 mulheres latino/ hispânicas e caucasianas, cuidadoras de familiar com demência	Grupo 1: Intervenção psicoeducativa “Coping with Caregiving” (CWC): uma sessão semanal de 2 horas, realizada em grupos de 4 a 8 cuidadores. Grupo 2: Intervenção de suporte/ controle por telefone (TSC): apoio empático individual aos cuidadores, por telefone durante 15 a 20 minutos, de 15 em 15 dias. Ambas as intervenções eram orientados por um protocolo de 13 a 16 semanas.	Medição do cortisol salivar, em dois dias consecutivos, antes e depois das intervenções; escala positiva de apoio social; escala negativa de apoio social; Escala de Auto- Manutenção Física (PSMS); Escala das Atividades de Vida Diária; MMSE; Positive Aspects of Caregiving scale; PANAS; Revised Memory and Behavior (RBMPC); ZARIT.	Os cuidadores com níveis de prestação de cuidados mais elevados tendem a ter padrões de cortisol menos adaptáveis, mas estes beneficiaram mais com a intervenção CWC do que com a TSC, demonstrando níveis mais baixos de cortisol após a CWC.
Thompson, <i>et al.</i> , 2010	Randomiza- do	70 cuidadores familiares	Utilizam um DVD que contém informações sobre a demência e stress do cuidador, como reconhecer e mudar comportamentos stressantes do paciente, estratégias de comunicação com os outros membros da família sobre as questões de cuidado, como obter assistência se necessário, como lidar com questões legais e se preparar para o fim da vida do paciente	Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D); RMBPC; Problem Checklist – (Conditional Bother Scale).	Melhora da autoeficácia, aumento do afeto positivo e menor stress.
Andrade, 2009	Pré experimental	16 cuidadores	10 sessões com frequência semanal Duração: 10 horas	Escala Psicosocial del Cuidador	Diminuição efeitos socioeconómicos e psicológicos gerais dos cuidadores, tais como: o pouco tempo livre, as dificuldades do trabalho, sentimentos de ansiedade, raiva e medo. Nas variáveis socioeconómicas a melhoria não foi significativa.

Quadro 2: Dados de estudos com datas superiores a 2009 encontrados nas duas revisões de literatura selecionadas sobre intervenções psicoeducacionais em cuidadores informais de pessoas com demência.

Estudo	População/ Avaliação	Abordagem	Instrumentos	Resultados
Arritxabal <i>et al.</i> , 2011	52 cuidadores Avaliação pré- e pós- intervenção	Técnicas de gestão de stress Duração: 10 semanas, 20 horas	Positive Affect and Negative Affect Schedule	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição do stress percebido, do afeto negativo e dos pensamentos

				disfuncionais.
Ducharme <i>et al.</i> ,2011	111 cuidadores Avaliação pré- e pós intervenção e seguimento Grupo controle	Caráter informativo Duração: 7 semanas, 15 horas	Preparedness for Caregiving Scale; Family Caregiver Conflict Scale; Knowledge of Services Scale; Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE); Self-Efficacy Scale; Inventory of Socially Supportive Behaviors; ZARIT; Carers Assessment of Managing Index	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento, do conhecimento sobre os serviços disponíveis, da habilidade do cuidador e mais capacidade para planejar as necessidades futuras do familiar.
Ponce <i>et al.</i> ,2011	17 cuidadores Avaliação pré e pós intervenção	Caráter informativo e trocas de experiências Duração: 15 semanas, 45 horas	Caregiver Burden Scale (CBS)	Menor sobrecarga em relação ao cuidado, tensão geral, isolamento, decepção, e envolvimento emocional
Savundranayaga <i>et al.</i> ,2011	115 cônjuges cuidadores Avaliação pré e pós intervenção e seguimento. Grupo controle	Técnicas de gestão de stress e de emoções Duração: 6 semanas,14 horas	Montgomery burden Measure; Problem Behavior Scale; Escala Katz; Escala Lawton	Níveis significativamente mais baixos de stress e sobrecarga objetiva do que o grupo de comparação
Guerra <i>et al.</i> , 2010	N = 58	Três módulos: avaliação, educação básica e treino para lidar com problemas comportamentais. Informação e apoio.	Avaliação dos cuidadores: ZARIT, stress psicológico (SRQ-20); World Health Organization Quality of Life Measure-Brief Version. Avaliação dos pacientes: NPI; Qualidade de vida na demência.	Diferença significativa na sobrecarga do cuidador .Não foram observadas diferenças entre os grupos em relação a stress psicológico dos cuidadores e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.
Kurz <i>et al.</i> , 2010	N = 292	Palestras informativas em sete sessões Palestra única para grupo controle	MMSE, NPI, Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Short Form 36 Health Survey (SF-36), Resource Utilization in Dementia, shortform, Participant Satisfaction Questionnaire (PSQ)	Não há diferenças significativas na depressão e qualidade de vida do cuidador
Aakhus <i>et al.</i> , 2009	30 cuidadores Avaliação pós intervenção e seguimento	Caráter informativo Duração: 5 horas	General Health Questionnaire (GHQ30), Impact of Event Scale (IES); GDS	Piora significativa do sofrimento psicológico no grupo de intervenção
Au <i>et al.</i> , 2009	27 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pré e pós intervenção Comparação com o grupo	Caráter informativo, técnicas de gestão de stress e resolução de problemas	CES-D; RSCSE; Chinese Way of Coping Questionnaire	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento, diminuição de sentimentos de angústia, melhora da

	controle	Duração: 13 semanas		auto-eficácia.
Ducharme <i>et al.</i> , 2009	13 cuidadores Estudo qualitativo Avaliação pré e pós intervenção	Caráter informativo Duração: 7 semanas, 15 horas	Entrevistas Semiestruturadas	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento e aumento da habilidade e conhecimento dos cuidadores em como lidar com o idoso
Gelmini <i>et al.</i> , 2009	N = 74	12 sessões de curso educativo Informação e apoio	Caregiver Burden Inventory (CBI), Relatives' Stress Scale (RSS), questionário sobre estado emocional do cuidador e sua relação com o paciente.	Diferenças significativas na sobrecarga, stress, ansiedade, nervosismo, insatisfação, pessimismo, depressão, sentimentos de culpa e relação com o paciente
Lewis <i>et al.</i> , 2009	N = 209	9 sessões semanais, 90 min. Miscelânea	Reisberg Classification Scale, Screen for Caregiver Burden (SBC), Perceived Stress Scale (PSS), SF-36, Symptom Questionnaire (SQ), CES-D	Diferenças significativas no stress, sobrecarga, depressão, ansiedade, raiva/hostilidade, saúde geral, vitalidade função social, saúde mental.
Martín-Carrasco <i>et al.</i> , 2009	115 cuidadores Avaliação pré e pós intervenção e seguimento. Grupo controle	Técnicas de gestão do stress e resolução de problemas Duração: 8 semanas, 12 horas	ZARIT, SF-36; Health Survey Questionnaire, GHQ-28	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição da sobrecarga, aumento do uso de estratégias de enfrentamento.
Tompkins e Bell, 2009	367 cuidadores Avaliação pré- e pós intervenção	Caráter informativo e técnicas de gerenciamento de emoções Duração: 12 horas	Client Intake Form, CES-D	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição dos sintomas depressivos e aumento do conhecimento sobre os serviços disponíveis
Wolff <i>et al.</i> , 2009	N = 156 grupo de intervenção e N = 152 grupo controle	Informação e apoio: 6 sessões semanais, 90 min Grupo de apoio mensal	CES-D, CSI, pesquisa de opinião sobre programa	Diferenças significativas na depressão. Tensão tende a aumentar no grupo controle após 6 meses

Os estudos analisados (n=23) expuseram diferentes tipos de abordagens de intervenções psicoeducacionais, e o tamanho da amostra de cuidadores variou de no mínimo 13 a no máximo 367. A média amostral correspondeu a 114,35 e a mediana a 70 cuidadores.

As intervenções dos estudos analisados mostraram-se inconstantes no que se refere ao tempo de duração, variando de entre um mínimo de 5 horas e um máximo de 45 horas. Cinco estudos não informaram a quantidade de horas das intervenções, destes 2 não fazem referência à duração da intervenção e os restantes referem somente a quantidade de sessões: 7, 8 e 12.

Em 34,8% (n=8) dos estudos verificou-se uma redução da sobrecarga dos cuidadores informais; em 30,4% (n=7) diminuição do stress; 21,7%(n=5) diminuição dos sintomas depressivos; 21,7%(n=5) aumento do uso de estratégias de enfrentamento; 17,4%(n=4) redução dos sentimentos de ansiedade; 17,4% (n=4) impacto positivo sobre o bem-estar; 17,4% (n=4) melhoria do equilíbrio entre afetos positivos e afetos negativos; 13% (n=3) melhora do empoderamento a longo prazo para superar as dificuldades do dia a dia; 13% (n=3) melhora da auto-eficácia; 13% (n=3) aumento dos conhecimentos; 8,7% (n=2) impacto positivo na satisfação com o envolvimento social; 8,7% (n=2) redução da raiva e do medo; 8,7% (n=2) diminuição dos conflitos, 8,7% (n=2) diminuição dos pensamentos disfuncionais; 4,4% (n=1) sem alterações na sobrecarga, 4,4% (n=1) impacto positivo sobre as variáveis de satisfação geral com a vida; 4,4% (n=1) melhora pouco significativa nas variáveis socioeconómicas; 4,4% (n=1) melhora da comunicação nos cuidados às pessoas com demência e na sua qualidade de vida; 4,4% (n=1) melhora da qualidade de vida dos cuidadores; 4,4% (n=1) piora significativa do sofrimento psicológico no grupo de intervenção; 4,4% (n=1) aumento da capacidade para planear o futuro; 4,4% (n=1) aumento do stress; 4,4%(n=1) sem alterações no stress psicológico dos cuidadores e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores; 4,4% (n=1) melhora da saúde geral e da saúde mental.

Nos diferentes estudos foram utilizados vários recursos para a implementação das intervenções psicoeducativas, nomeadamente: meios audiovisuais (CD e DVD), manuais, sessões expositivas e contato telefónico.

Discussão

A maioria dos estudos integrados nesta revisão integrativa da literatura, não definem intervenções psicoeducativas a cuidadores informais de pessoas com demência, apontando diversos métodos de implementação destas intervenções.

De acordo com Sampaio (2011, p.30), a “psicoeducação é uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas,

adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se vêm obrigados a lidar com a doença”. Nesta definição denota-se uma abordagem da psicoeducação orientada para duas vertentes: ajudar os doentes e os seus cuidadores a aprender o que é fundamental sobre a doença mental (neste caso sobre a demência) e, simultaneamente, dominar as novas formas de lidar com ela e com os problemas que surgem diariamente.

Segundo Brown (2011) os grupos psicoeducacionais devem apresentar várias características, nomeadamente: foco e tema específicos, ênfase na informação relativa à meta (pré-estabelecida), objetivos bem definidos, homogeneidade dos membros dos grupos e tempo específico ou tempo limite.

Após a análise crítica e reflexiva dos estudos, foi possível reparar que as intervenções propostas não se encontravam focadas para um tema único. Frequentemente, as intervenções psicoeducacionais visavam: facultar informações sobre a demência, sobre técnicas de gestão do stress, emoções e humor dos cuidadores e técnicas de gestão do comportamento dos doentes. Contudo, o trabalho conduzido por Haberstroh et al., (2011) diferenciou-se dos demais, pois teve como objetivo desenvolver e avaliar um programa de intervenção psicossocial centrada na comunicação na demência. O modelo TANDEM desenvolvido pelos autores supracitados alcançou o objetivo previamente delineado de melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência e reduzir a sobrecarga sobre seus cuidadores informais. Outro estudo que se destaca é o desenvolvido por Holland et al., (2011) por ser o único centrado em medidas de saúde física, nomeadamente o cortisol, que é considerado um intermediário biológico fundamental pelo qual o stress crónico leva à doença. Estes autores constataram no seu estudo que os cuidadores com níveis de prestação de cuidados mais elevados, ou seja, com maior número de horas de cuidados à pessoa com demência e em regime de co-habitação, tendem a ter padrões de cortisol menos adaptáveis, beneficiando com intervenções psicoeducacionais.

Um número significativo dos estudos estavam direcionados para uma abordagem do tipo informativa. Todavia, o objetivo das intervenções implementadas estavam mais orientadas para a vertente subjetiva do cuidador, nomeadamente para a diminuição de sentimentos e pensamentos disfuncionais, para a melhoria do seu bem-estar e da auto-eficácia e aumento do uso de estratégias de enfrentamento do cuidar da pessoa com demência, do conhecimento sobre os serviços disponíveis e da habilidade do cuidador. Estes dados propõem que a informação é um instrumento eficaz para lidar com as necessidades diárias

do cuidado e, por outro lado, contribui para a diminuição dos sentimentos de raiva e hostilidade, uma vez que o cuidador ao compreender os comportamentos e sintomas consequentes da demência, não culpabiliza o seu familiar. Os estudos dirigidos por Kwok et al. e Wolff et al. mostraram que os grupos psicoeducacionais produzem um resultado significativamente melhor na diminuição da sobrecarga e da depressão e na melhoria da auto-eficácia dos cuidadores, quando comparados com o grupo controle. Verificou-se ainda, que no grupo controle do estudo de Kwok et al., no qual foi utilizado um DVD contendo informações educativas sobre o cuidar na demência, houve um agravamento destes parâmetros, o que vai de encontro com os resultados do estudo de Aakhus et al. Estes três estudos demonstraram que as intervenções psicoeducacionais de curta duração e sem apoio, podem promover aumento do sofrimento psicológico, uma vez que o aumento do conhecimento sobre a evolução da demência pode originar ansiedade e sentimento de perda.

Os estudos de Ducharme et al. desenvolveram as intervenções baseadas na teoria das transições de Meleis. As transições estão associadas com as fases do ciclo de vida ou com situações particulares, como acontece com a passagem para novos papéis a que os cuidadores de pessoas com demência experienciam. Estas transições geram uma fase de incerteza e instabilidade, caracterizada por uma maior suscetibilidade aos riscos que acometem a saúde das pessoas. As intervenções psicoeducativas delineadas com base nesta teoria visavam aumentar o conhecimento sobre estratégias para aprender a vivenciar as novas necessidades de cuidados de forma a promover uma transição bem sucedida para o papel de cuidador. Os resultados destas intervenções contribuíram para o aumento do uso de estratégias de enfrentamento e da habilidade do cuidador, melhoria dos conhecimentos sobre os serviços disponíveis, bem como, uma maior capacidade para planejar as necessidades futuras do familiar.

Para além das abordagens psicoeducativas mencionadas, os artigos de Arritxabal et al. (2011), Savundranayaga et al. (2011), Martín-Carrasco et al. (2009) e Tompkins e Bell (2009), expuseram técnicas de gestão de stress e de emoções, consonantes com a terapia cognitivo-comportamental. Nesta, a psicoeducação possibilitou o ensino de novas habilidades, tais como a atenção, as habilidades interpessoais, o controle emocional e a tolerância à angústia. As técnicas psicoeducacionais usadas nesta abordagem passam pela sistematização do problema e pelo treino comportamental, pelo treino de técnicas de relaxamento, de habilidades sociais e de gestão do stress.

Os artigos analisados apresentam uma grande diversidade nos modelos teóricos e nas abordagens de intervenção sugeridos. No entanto, os resultados da maioria dos estudos mostram que a psicoeducação é uma intervenção eficaz na redução da sobrecarga e do stress dos cuidadores de pessoas com demência.

Constatou-se ainda, que os aspetos metodológicos dos estudos analisados exibem uma multiplicidade de métodos de implementação e avaliação das intervenções psicoeducacionais. De referir que alguns estudos não descrevem com clareza a metodologia utilizada, dificultando a sua replicação.

Os aspetos mencionados podem ser encarados como fatores limitadores do estudo, pois tornam difícil a avaliação da modalidade de intervenção psicoeducacional que melhor se adequa ao cuidador de pessoa com demência.

“A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) está habilitado para a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados e a mobilizar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. No entanto, dos diversos estudos analisados, nenhum refere intervenções psicoeducacionais efetivadas por enfermeiros. Alguns referem que as intervenções são executadas por formadores com experiência em psicologia, trabalho social, terapia ocupacional ou áreas afins, com experiência em gerontologia e demência. Outros referem os doutorados ou estudantes de graus avançados em psicologia e assistentes sociais a implementar a psicoeducação e, só num estudo é que refere uma equipa multidisciplinar. Denota-se que o regulamento das competências definidas pela OE para o EESMP prevê que este “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” (OE, 2010), conferindo aos enfermeiros uma base legal para a implementação da psicoeducação. Assim, como proposta para estudos futuros, referimos a necessidade de dar visibilidade à eficácia das intervenções psicoeducativas implementadas por EESMP.

Conclusões

O cuidador de uma pessoa com demência desempenha um papel fundamental, encontrando-se implicado na maioria dos aspetos relacionados com cuidado. No entanto, este papel que a pessoa adota pode originar uma sobrecarga de tarefas que, por sua vez, pode repercutir-se de forma negativa no cuidador, comprometendo a sua saúde física e psicológica.

Os estudos analisados são maioritariamente consonantes com a ideia que um maior conhecimento e consciência da demência e das suas implicações, aumentam a perceção do controle e proporcionam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Desta forma, a psicoeducação dirigida aos cuidadores pode ser considerada uma intervenção importante e eficaz, na medida em que pode refletir-se numa melhor qualidade de vida para o cuidador, e conseqüentemente para a pessoa com demência.

Referência Bibliográficas

ADI, Alzheimer's Disease International (2010). *World Alzheimer Report 2010-The Global Economic Impact of Dementia, Alzheimer's Disease International*. London: Alzheimer's Disease International. Acedido em <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010>.

Andrade, A.M. E. (2009). “*Escuela de Cuidadores*” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demência. *Revista Cubana Salud Pública*,35(2),1-14.Acedido em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Brown, N. (2011). *Psychoeducational Groups: Process and Practice*. 3th ed. D. Paperback.

Cheng, S.; Lau, R. W.; Mak, E.P.; Ng, N. S.; Lam, L. C.; Fung, H. H.; Lai, J. C; Kwok, T.& Lee, D. T. (2012). *A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease:study protocol of a randomized controlled trial*. *Trials journal*,12(98), 1-10. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413525/>

Holland, M. J.; Thompson, L. W.; Cucciare, M. A. ; Tsuda, A.; Okamura,H.; Spiegel, D.;Natalie L. Rasgon, N. L.& Thompson,D. G.(2011). *Cortisol Outcomes among Caucasian and Latina/Hispanic Women Caring for a Family Member with Dementia: A Preliminary Examination of Psychosocial Predictors and Effects of a Psychoeducational Intervention*. *Stress and Health* 27: 334–346. Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7b38a557-2272-4f4b-8bf5-24d4899e5bf5%40sessionmgr115&hid=113>

Gallagher-Thompson, D.; Wang, P.; Liu, W.; Cheung, V.;Peng, R.; China, D.;& Thompson, L. W. (2010). Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: results of a preliminary study. *Aging & Mental Health*. 14(3), 263-273.Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7b38a557-2272-4f4b-8bf5-24d4899e5bf5%40sessionmgr115&hid=113>

Haberstroh,J.; Neumeyer, K.; Krause,K.; Judith Franzmann, J. & Pantel,J.(2010) *TANDEM:Communication training for informal caregivers of people with dementia*. *Aging & Mental Health*, 405- 413. Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7b38a557-2272-4f4b-8bf5-24d4899e5bf5%40sessionmgr115&hid=113>

Instituto Nacional de Estatística. (2013). Censos 2011- Relatório de Avaliação final. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Kwok, T.; Wong, B.; Ip, I.; Chui, K.; Young, D. & Ho ,F.(2013). *Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial*. *Clinical Interventions in Aging*,1191–1197. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783504/>

Livingston,G.; Barber, J.; Rapaport, P.; Knapp, M.; Griffin,M.; King,D.; Debbie Livingston, D.; Mummery, C.; Walker, Z.; Hoe,J.; Sampson,E. L. & Cooper, C. (2013). *Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia:*

pragmatic randomised controlled trial. British Medical journal, 347 (f6276),1-14. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808082/>

Lopes, L. O. e Cachioni, M. (2012). *Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria,61(4),252-261.Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000400009

Lopes, L. O. e Cachioni, M.(2013). *Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional*. Revista Brasileira. Geriatria. Gerontologia. Rio de Janeiro, 16(3):443-460.Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300004

Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Perreira, M.G e Sampaio, D.(2011). *Psicoeducação familiar na demência: da clínica á saúde pública*. Revista Portuguesa de Saúde Pública,29(1),3-10.

Santos, L. R.; Sousa, M. F. B.; Arcoverde, C e Dourado, M.C.N.(2013). *Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia*. Revista Psiquiatria Clínica, 40(4), 162-164.Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000400007

Santos, R.L.; Sousa, M.F. B., Brasil, D. e Dourado. M. (2011). *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Revista Psiquiatria Clínica, 38(4),161-167. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a09v38n4>

Sampaio, F.M. C. (2011). *A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5, 30-36. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n5/n5a05.pdf>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Vitalino, P.P.; Zhang, J.; Scanlan, J.M.(2003) *A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients– effects on patients and carers*. Psychol Bull. 129(6),946-972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2012). *Dementia.A Public Health Priority*. United Kingdom: World Health Organization
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992) *ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*. (10th Revision). Geneva: World Health Organization.

Anexo II

Relaxamento

Avaliação Projeto 3 AAA

Saúde Mental



Mónica Romero




24 junho 2014

Relaxamento?





2

Concetualização


- Relaxamento
 - Referência aos músculos
 - Alívio da tensão muscular
 - Alongamento das fibras musculares
- Relaxamento:
 - Mental
 - física



3


Concetualização

- Ryan (1995): relaxamento como "estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e de alívio de tensão, ansiedade e medo".
- Aspectos psicológicos:
 - Sensações agradáveis;
 - ausência de pensamentos geradores de stress ou perturbadores.



4

Objetivos do relaxamento




- Medida preventiva**
 - Para proteger os órgãos do corpo de desgaste necessário e, principalmente aqueles que estão relacionados com o stress;
- Tratamento**
 - Aliviar o stress em condições como a hipertensão essencial, cefaleia de tensão, insónia, asma, pânico e muitas outras.

5

Objetivos do relaxamento

- Competência de lidar com o stress**
 - Para acalmar a mente
 - Permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz

O relaxamento é apenas uma componente de controlo do stress.



6



Técnicas de Relaxamento

7

Tipos de técnicas de relaxamento

- **Relaxamento profundo**
 - Processo de total relaxamento do corpo
 - Provocam efeitos de grande amplitude
 - Ex: treino autogénico, meditação
- **Relaxamento superficial**
 - Técnicas que produzem um efeito imediato
 - Técnicas para usar no dia a dia



8

Tipos de técnicas de relaxamento

1. Físico

- Relaxamento muscular progressivo de Jacobson;
- Relaxamento passivo de Everly&Rosenfeld;
- Libertação de Madder;
- Relaxamento aplicado de Ost
- Treino de relaxamento comportamental de Poppen;
- Método de Mitchel;
- Técnica de Alexander;
- Relaxamento diferencial
- Alongamentos
- Exercício
- Métodos de respiração

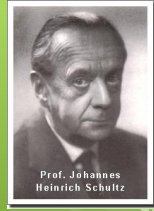


9

Tipos de técnicas de relaxamento

2. Psicológicos

- Auto-conscencialização
- Fantasiar
- Visualização dirigida para objetos
- Meditação
- Resposta de relaxamento de Benson
- Treino autogénico de Schultz&Luthe



10

Ambiente





Ambiente que inclui leves sons exteriores

Ambiente próximo do normal

Sossegado; ameno; livre de distúrbios

11


Posição

- Deitado é preferível para o relaxamento profundo
- Um corpo apoiado liberta-se melhor da sua tensão
- Sentado



12

Stress




- "fenómeno percetual que surge a partir da comparação entre aquilo que é pedido ao individuo e a capacidade que ele tem para lidar com isso" (Cox e Mckay)
- Desequilíbrio entre as capacidades de lidar com as exigências e a exigência do ambiente

13

Sintomas de stress



- **Fisiológicos** (resultam da atividade do S N Simpático)
 - Aumento do ritmo cardíaco
 - Aumento da pressão sanguínea
 - Suores
 - Aumento da taxa de coagulação sanguínea
 - Aumento da ventilação
 - Aumento da glicose no sangue



14

Sintomas de stress

- **Psicológicos**
 - **Sintomas subjetivos**
 - Cansaço e / ou dificuldade em dormir;
 - Tensão muscular, particularmente nos músculos do pescoço e ombros;
 - Indigestão, obstipação, diarreia;
 - Palpitações
 - Cefaleias
 - Dificuldade na concentração e tendência para a preocupação
 - Impaciência, sensação de irritabilidade, facilmente levado à raiva

15

Sintomas de stress

- **Sintomas comportamentais**
 - Aumento do consumo de álcool, tabaco, comida, etc.;
 - Perda de apetite ou comer em excesso;
 - Inquietação
 - Perda do interesse sexual;
 - Tendência para sofrer acidentes



16

Fontes de stress



- Stress no ambiente:
 - Ambiente de trabalho
 - Ambiente social
- Tipos de personalidade
- Locus de controlo
- Outro

17

3 AAA



18

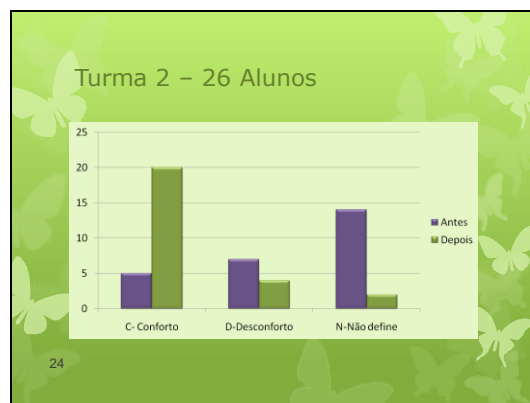
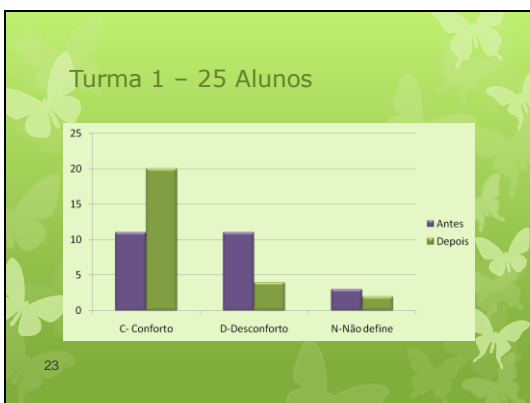
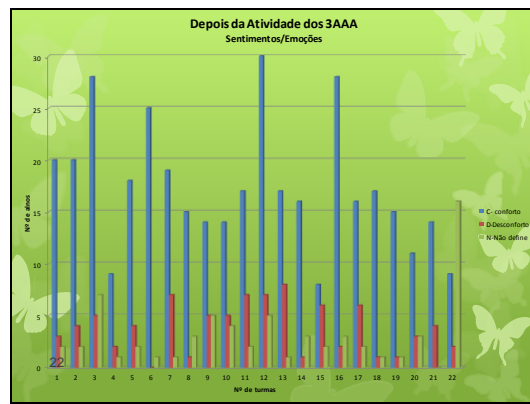
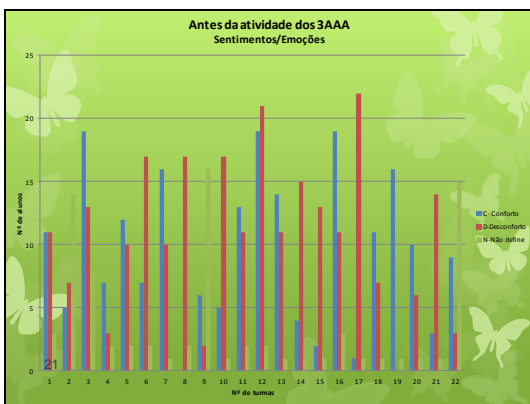
RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

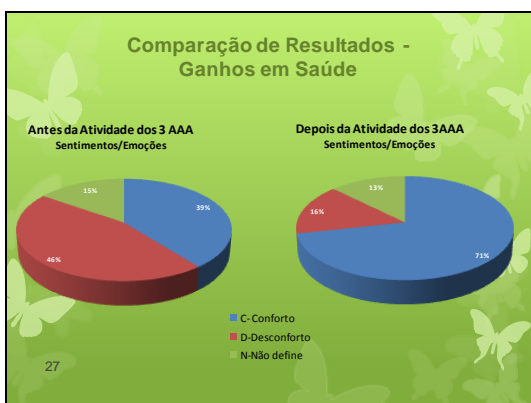
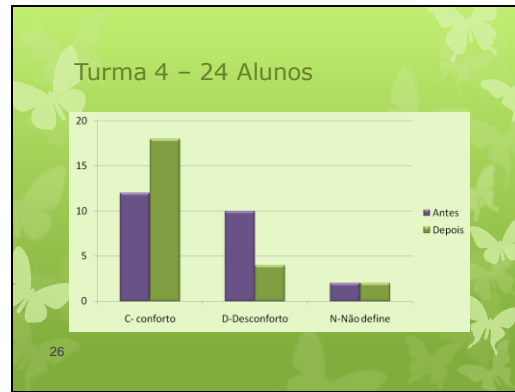
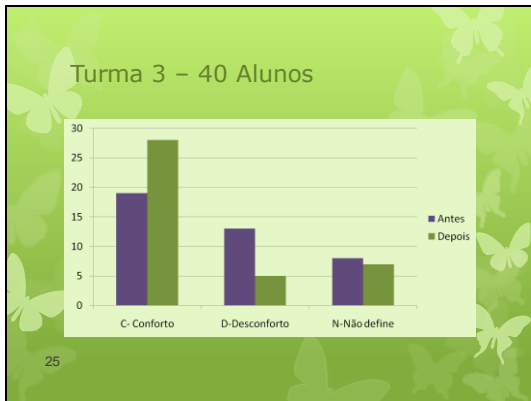
- A avaliação dos trabalhos dos alunos, dos questionários dos professores e das conversas tidas com estes referem:
 - Melhoria de comportamento dos alunos em sala de aula expreso em:
 - ("mais calmos", "falam mais baixo", "apelam aos sentimentos positivos através dos abraços", "os meus alunos ainda hoje me chamam a atenção para respirar corretamente, etc.)
 - Diminuição do stress após a utilização das dinâmicas:
 - Os alunos nos desenhos e trabalhos manifestam interesse nas dinâmicas apresentadas.

19

- Apelo à comunicação expressiva de emoções manifestadas:
 - "Eu acho que esses 3 A's são muito importantes para a nossa vida",
 - "a magia do amor onde nós demos abraços e eu dei abraços ao diretor de turma"
 - "o primeiro A mágico é o ar onde nós expiramos e respiramos para nos ajudar a relaxar"
 - "gostei dos abraços que dei aos meus colegas"
 - "quando damos um abraço a alguém respiramos com delicadeza. Assim sentimos a forte amizade que tem por nós"
 - "se soubermos beber água sentimos esta doçura a descer por nós abaixo"
- Promover a comunicação, a esperança, o auto-controlo: ansiedade, estratégias de coping, técnicas de relaxamento.

20





Obrigado pela vossa atenção!

28

Anexo III

Resultados obtidos com a implementação da Consulta de Enfermagem de Promoção do Autocontrole, no Módulo II

Utente	Resultado dos Instrumentos utilizados na avaliação inicial	Objetivos delineados	Resultado dos Instrumentos utilizados na avaliação final	Resultado Obtidos – objetivos concretizados
RMFD	Escala Depressão de Hamilton: 22 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 37 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 23 Questionário de estratégias de coping: 65	1 – Aumentar o autocontrole; 2 – Aumentar a auto-estima; 3 – Melhorar o humor; 4 – Reduzir os níveis de ansiedade; 5 – Promover o uso de estratégias de coping mais eficazes.	Escala Depressão de Hamilton: 19 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 5 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 29 Questionário de estratégias de coping: 80	Todos os objetivos delineados foram atingidos.
MHCA	Escala Depressão de Hamilton: 28 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 46 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 18 Questionário de estratégias de coping: 41	1 – Aumentar o autocontrole; 2 – Aumentar a auto-estima; 3 – Melhorar o humor; 4 – Reduzir os níveis de ansiedade; 5 – Promover o uso de estratégias de coping mais eficazes.	Escala Depressão de Hamilton: 23 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 24 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 23 Questionário de estratégias de coping: 40	Todos os objetivos delineados foram atingidos.
MG	Escala Depressão de Hamilton: 27 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 48 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 20 Questionário de estratégias de coping: 44	1 – Aumentar o autocontrole; 2 – Aumentar a auto-estima; 3 – Melhorar o humor; 4 – Reduzir os níveis de ansiedade; 5 – Promover o uso de estratégias de coping mais eficazes.	Escala Depressão de Hamilton: 23 Escala de hetero-avaliação de Hamilton – Ansiedade: 18 Escala de Auto-Estima de Rosenberg: 26 Questionário de estratégias de coping: 40	Todos os objetivos delineados foram atingidos.

Anexo IV



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estudo de Caso

Módulo III – Estágio do Curso de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Mónica Alexandra Monteiro Romero, n.º 361613009

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Módulo III

Porto, 20.01.2015

Sumário

0 – Introdução.....	2
1 – Breve contextualização	3
1.1. – A Patologia...Demência.....	4
2 – Avaliação inicial.....	6
2.1 – História biopsicossocial.....	6
2.2 – Processo de adoecer.....	7
2.3 – História atual de doença e sua vivência.....	7
2.4 – História psiquiátrica.....	7
2.5 – História clínica.....	7
2.6 – História clínica familiar.....	8
2.7 – Genograma.....	8
2.8 – Ecomapa.....	9
2.9 – História do desenvolvimento.....	9
2.10 – Exame físico.....	10
2.11 – Hábitos de vida	11
2.12 – Estilos de vida.....	12
2.13 – Exame psicológico.....	12
2.14 – Terapêutica atual.....	13
3 – Processo de enfermagem.....	14
3.1 – Identificação.....	14
3.2 – Focos de atenção, diagnósticos e respectivas intervenções de Enfermagem.....	14
4 – Conclusão.....	20
5 – Referências Bibliográficas.....	21

ANEXOS

Anexo I

0 – Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio, inserido no segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, desenvolvi um estudo de caso.

De acordo com o plano de estudos do Curso, o estágio compreende três módulos, sendo que este estudo de caso refere-se ao Módulo III – Opcional: Equipas de Saúde Mental Comunitárias.

O Estágio está a ser realizado na UCCSMI no período compreendido entre 10 de novembro de 2014 e 21 de janeiro de 2015.

No caso clínico apresento o estudo de um utente acompanhado no programa “Viver com a Demência”, tendo como intuito refletir sobre a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde Mental, face às necessidades verificadas no utente e na família onde está inserido.

O Estudo de caso “é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” (PONTE, 1994)

Assim, a sua elaboração ajuda-me na aquisição de conhecimentos e competências na área da ESMP, na medida em que faço a aplicação do processo de Enfermagem na vertente da especialidade. Foi utilizada para a sua elaboração a linguagem CIPE® versão 2.

Este trabalho adota uma metodologia descritiva e reflexiva, apresentando o seguinte objetivo:

- Refletir sobre a importância da sistematização do processo de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

Relativamente à estrutura do estudo de caso, ele inicia-se pela presente introdução, seguida de uma apresentação do caso, um enquadramento teórico acerca da patologia em causa, uma avaliação inicial, restantes fases do processo de enfermagem e por fim a conclusão.

1 – Breve contextualização

Por forma a contextualizar o estudo de caso apresentado, importa realçar que o utente alvo do referido estudo de caso já estava a ser acompanhado pela enfermagem de saúde mental da UCCSMI desde fevereiro de 2013.

Na primeira visita domiciliária (fevereiro 2013) a Enfermeira especialista em ESMP efetuou uma avaliação do utente, e utilizou os instrumentos MMSE e TR. Após a avaliação, foi inserido no projeto "Viver com Demência", sendo alvo de várias intervenções de Enfermagem especializadas, nomeadamente TOR, estimulação cognitiva aliado à intervenção com o cuidador.

Foram efetuadas reavaliações cognitivas do utente em abril de 2014 e novembro de 2014, sendo que esta última foi efetivada por mim, no âmbito do estágio. Os resultados dessas avaliações demonstram a evolução do estado cognitivo do utente, estando apresentados no quadro seguinte.

Data da avaliação	04/2014	11/2014
MMSE	25	23
TR	5	2

De forma breve e concisa, uma vez que a descrição do caso clínico apresenta-se seguidamente descrita, importa ressaltar que o utente reside com a esposa e está a ser intervencionado no âmbito da estimulação cognitiva uma vez por semana, no domicílio.

Diante do quadro sucintamente descrito, é evidente a pertinência da Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental, tendo a Enfermeira Sofia me sugerido este utente para ser alvo do meu estudo de caso.

Precedentemente à descrição dos dados relativos à avaliação inicial do utente considerei relevante a apresentação de uma sumária contextualização teórica centralizada na patologia associada ao utente.

1.1– A Patologia...Demência

Imensos estudos estatísticos e demográficos realizados na Europa mostram um crescimento do número de idosos.

O envelhecimento é um processo diferencial que é definido pela CIPE (2006, p. 53) como,

desenvolvimento humano com as características específicas: processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada.

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, nos países desenvolvidos verifica-se um aumento dos níveis de esperança de vida e o declínio da natalidade. Em Portugal este facto também se tem verificado, pois temos um Índice de envelhecimento de 129 (por cada 100 jovens há 129 idosos) (INE, 2011). Para além disso, verificou-se que, no nosso país, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos e estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos

Este aumento da longevidade humana nem sempre constitui uma forma de viver melhor. Ou seja, "...envelhecer não é sinónimo de se ser dependente e embora a maioria da população envelheça de forma saudável outras tantas encontram-se sujeitas a doenças crónicas incapacitantes". (Lage, 2005; Townsend, 2000; Berger et al, 1995)

De facto, a demência é uma das doenças mais prevalentes nos idosos, e que dado o aumento do envelhecimento demográfico aparece como um problema de saúde pública.

É habitual as pessoas associarem as perdas cognitivas como sendo decorrentes do processo natural do envelhecimento, negligenciando muitas vezes, sinais patológicos que se encontram associados à demência. Como consequência, há por vezes demências subdiagnosticadas e outras com diagnóstico e consequente tratamento implementados tardiamente.

Etimologicamente, o termo demência deriva da palavra latina dementia (privação da mente), sendo, presentemente, definida como uma síndrome e não como uma doença específica. Assim, pode ser considerada como um conjunto de sintomas e sinais mais ou menos homogéneo, que pode ter como etiologia subjacente uma diversidade de patologias.

A AAP descreve a demência no como uma síndrome caracterizada por deterioração adquirida e persistente da função cognitiva que afeta a memória e pelo menos outra área, como a linguagem (afasia), a capacidade para idealizar e realizar movimentos coordenados para levar a cabo um ato voluntário (apraxia), o reconhecimento do que se percebe através dos sentidos (agnosia), ou da capacidade executiva do indivíduo (planeamento, organização, sequenciação e abstração); os défices cognitivos devem ser suficientemente importantes para alterar as relações sociais e/ou laborais do indivíduo, representar um declínio relativamente a um nível anteriormente superior de funcionamento e não ocorrer, exclusivamente, no contexto de delírio (cf. DSM-IV, 2002).

Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças da OMS, a demência consiste numa

síndrome resultante de doença cerebral, em geral de natureza crónica ou progressiva, na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio; não há alteração do nível de consciência/alerta; as perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas, por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação. (CID-10,)

No que se refere à etiologia as demências podem ser classificadas, sinteticamente, em dois grandes grupos: primárias e secundárias.

As Demências primárias dividem-se em dois tipos:

- Tipo cortical:
 - Doença de Alzheimer
 - Demência com corpos de Lewy
 - Demência frontotemporal
- Tipo subcortical:
 - Demência associada à doença de Parkinson
 - Doença de Huntington
 - Paralisia supranuclear progressiva

As Demências secundárias incluem:

- Demência vascular
- Deficiências vitamínicas (vitamina B12, ácido fólico, niacina, tiamina)
- Distúrbios endócrino-metabólicos (hipotireoidismo, doença de Wilson, hipoparatiroidismo)
- Substâncias tóxicas (demência alcoólica, demência dialítica, saturnismo)
- Infecções do SNC (sífilis, tuberculose, brucelose, borreliose, VIH, doença por priões)
- Lesões expansivas do SNC (tumores primários/secundários, abscessos)
- Traumatismo crânio-encefálico (hematoma subdural crônico, demência pugilística)
- Hidrocefalia de pressão normal

A maioria dos casos de síndrome demencial inclui-se no grupo das demências primárias, do qual a doença de Alzheimer é a mais prevalente. Estas estão relacionadas com um distúrbio cerebral degenerativo, em que o tipo de demência é classificado de acordo com a região cerebral mais afetada.

Assim, nas demências corticais, a região cerebral predominantemente atingida é o córtex, e caracterizam-se por mudanças precoces e relevantes ao nível da memória e da linguagem, assim como, sinais salientes de apraxia e agnosia.

Por outro lado, as demências subcorticais afetam preferencialmente os gânglios da base e do tálamo, originando um comprometimento da função executiva e diversas perturbações motoras.

De salientar que alguns autores defendem que, qualquer uma das demências não são exatamente corticais ou subcorticais, considerando mesmo que determinados tipos podem ser vistas, concomitantemente, corticais e subcorticais, nomeadamente, a demência com corpos de Lewy.

Certas demências secundárias, nomeadamente, as relacionadas ao hipotireoidismo, à hidrocefalia normotensiva e aos tumores do SNC, podem ser consideradas como potencialmente reversíveis. Isto significa que, uma vez implementado atempadamente o tratamento adequado, existe a hipótese de reverter a deterioração cognitiva.

Em suma, a demência é caracterizada por um declínio cognitivo progressivo, que não corresponde ao normal processo de envelhecimento. Apresenta um início insidioso, com uma evolução progressiva do quadro clínico.

A sequência dos sintomas e das perdas funcionais, são variáveis face à etiologia subjacente. Geralmente, numa fase inicial predominam os sintomas cognitivos, mas em determinados tipos de demência são as alterações psicocomportamentais as primeiras a aparecer.

Em Portugal existem, atualmente, vários fármacos disponíveis para as pessoas com Demência. Estes dividem-se em duas categorias: terapêutica colinérgica e Memantina.

A demência causa, frequentemente, vários sintomas comportamentais e psicológicos que podem provocar muita angústia, em que por vezes, a medicação será necessária para aliviar os sintomas.

Uma vez que o utente alvo deste estudo de caso apresenta uma Demência subcortical, farei uma contextualização deste tipo de síndrome.

A Demência subcortical é um dos tipos da Demência Vascolar (DV). A DV aparece descrita como sendo a segunda causa de demência, sendo precedida pela Demência de Alzheimer.

A sua ocorrência está ligada lesões cerebrais provenientes de problemas cerebrovasculares ou cardiovasculares (usualmente o AVC). Similarmente, pode advir de doenças genéticas, angiopatia amilóide, ou endocardite.

Existem diversos tipos de demência vascular, que variam de acordo com as causas e os sintomas. A Demência Vascolar pode ser:

- Demência vascular de início agudo

Desenvolve-se de uma forma rápida, geralmente a seguir de uma série de AVC por trombose, embolia ou hemorragia. Raramente resulta de um enfarte singular e extenso.

- Demência por enfartes múltiplos

Apresenta um início gradual, surgindo após a ocorrência de múltiplos episódios de isquemia transitórios. Pode considerar-se como uma Demência preeminentemente cortical.

- Demência vascular subcortical

Demência vascular que ocorre no contexto de antecedentes de hipertensão arterial e focos de destruição isquémica na substância branca profunda dos hemisférios cerebrais. O córtex cerebral apresenta-se, geralmente mantido.

De uma forma global, podemos considerar que existem fundamentalmente dois modelos diferenciados de particularidades clínicas: a síndrome cortical e a síndrome subcortical. Para MEGA,MS., citado por FERNANDEZ, L. et al (2010) as manifestações da primeira dependem do local anatómico da lesão, podendo incluir disfunção executiva, afasia, apraxia, agnosia, heminegligência (...), confusão, deficit visuo-espacial e amnésia anterógrada. Apresenta início abrupto ou insidioso e deterioração em etapas. A síndrome subcortical é determinada pelo rompimento de circuitos córtico-corticais e suas características clínicas incluem sinais motores focais, ataxia, histórico de quedas, paralisia pseudobulbar, mudanças de humor e personalidade, disfunções cognitivas (como défice leve de memória) e perda da função executiva.

De salientar, que em determinadas situações clínicas, designadamente, as associadas a demência vascular subcortical, os défices cognitivos instalam-se, mais frequentemente, de forma insidiosa, progredindo gradativamente.

Os critérios indicados pela APA no DSM-IV para estabelecer um diagnóstico clínico de demência vascular são:

“A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, manifestados por: 1. Diminuição da memória (diminuição da capacidade para aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida). 2. Uma ou mais das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação na capacidade de execução. B. Os défices cognitivos dos critérios A1 e A2 causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento. C. Sinais e sintomas neurológicos focais (por exemplo, reflexos osteotendinosos exacerbados, sinal de Babinski, paralisia pseudobulbar, distúrbios da marcha, fraqueza de uma extremidade), ou evidência laboratorial de doença vascular cerebral (por exemplo, enfartes múltiplos envolvendo o córtex e a substância branca subcortical), que se pensa estarem etiologicamente relacionados com a demência. D. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um delírium.

2 – Avaliação inicial

Antes de partilhar os dados recolhidos e posteriormente apresentados, convém expressar que os mesmos foram obtidos no decorrer das visitas domiciliárias efetivadas e os dados existentes na avaliação inicial do processo da utente presente no SAPE e em suporte de papel, tendo por linha de orientação a folha de avaliação existente na UCCSMI.

2.1 – História biopsicossocial

Nome	M.R.M.
Nome Favorito	M.
Data de Nascimento	03/07/1940
Idade	74 Anos
Sexo	Masculino
Estado civil	Casado
Naturalidade	Portugal
Nacionalidade	Portuguesa
Residência	Distrito: Porto; Concelho: Matosinhos; Freguesia: S. Mamede Infesta
Habilitações Literárias	Ensino básico - 1.º Ciclo
Situação profissional	Não activa
Profissão	Reformada
Profissão antes da reforma	Segurança
Religião	Católica
Agregado familiar	2 Elementos: o utente e a esposa
Fontes de Rendimento	Reforma
Tipo de Alojamento	Familiar clássico (casa) Com saneamento (água e esgotos)
Relação com Familiares e Vizinhos	O utente M.R.M. mantém uma relação com os seus familiares, nomeadamente com a esposa diariamente e com os filhos por telefone e presencial frequentemente. Relativamente à relação que o utente mantém com os vizinhos, efetivamente, o Sr. M.R.M. estabelece pouco contato com os mesmos, salientando ainda, que irá mudar de residência no próximo mês.

2.2 – Processo de adoecer

No que concerne ao processo de adoecer, importa descrever sumariamente a transição vivenciada pelo utente, a qual efetivamente condiciona o seu estado de saúde atual.

A demência vascular ocorreu no contexto de antecedentes de hipertensão arterial e focos de destruição isquémica na substância branca profunda dos hemisférios cerebrais, ou seja a Demência Vascular Subcortical com origem em AVC lacunares.

2.3 – História atual de doença e sua vivência

No que respeita à história atual de doença e vivência do utente quanto ao seu estado de saúde, o Sr. M.R.M. verbaliza as alterações decorrentes da patologia, relacionando toda a sua sintomatologia com o envelhecimento e o AVC.

Nunca utilizou a palavra “demência” mas sim “esquecido”, apresentando algum insight para a doença.

2.4 – História psiquiátrica

O Sr. M.R.M. não apresenta antecedentes psiquiátricos, mas presentemente encontra-se medicado com antedemencial e antidepressivo, sendo acompanhado por Neurologia no CHP.

2.5 – História clínica

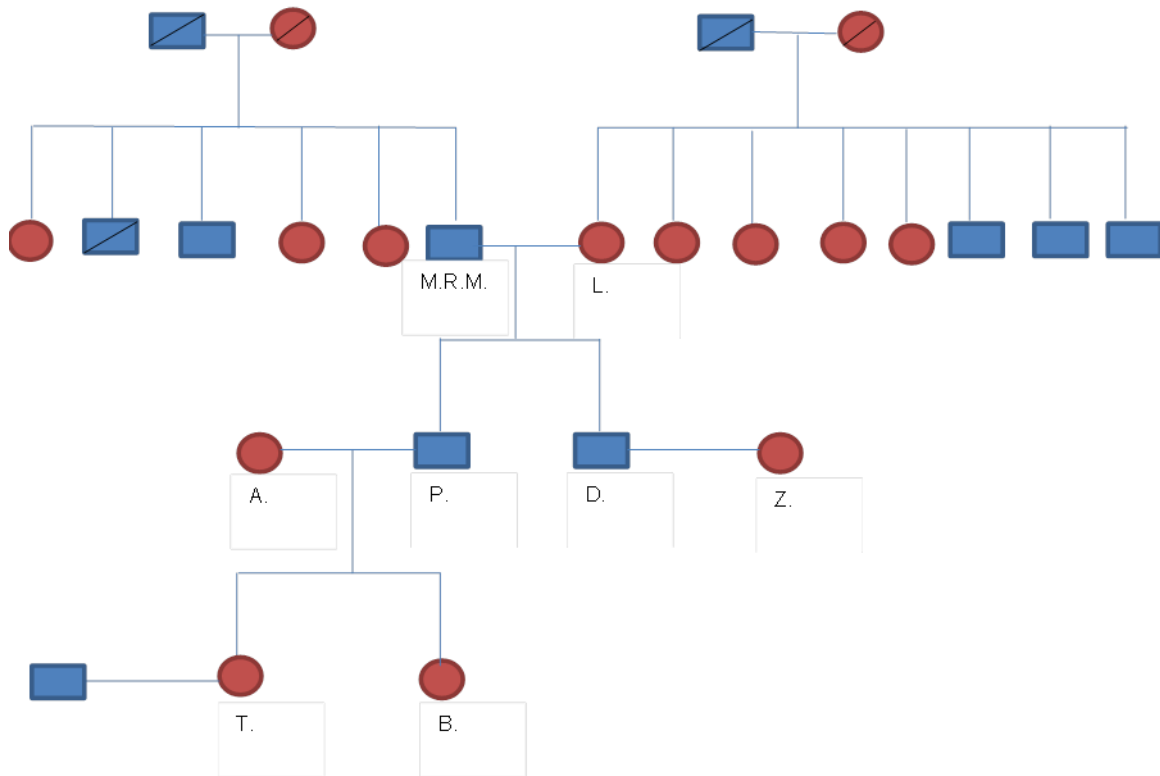
Outras doenças	D.P.O.C.
Acidentes/traumatismos	Ausentes
Alergias	Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares
Próteses, dispositivos de auxílio	Usa óculos
Transtornos neurológicos	Demência subcortical AVC lacunares

2.6 – História clínica familiar

História de Doença psiquiátrica na Família: segundo o Sr. M.R.M., não apresenta história familiar de doença psiquiátrica.

Outras doenças: o Sr. M.R.M não mencionou História Familiar de doenças, tendo partilhado desconhecimento da existência das mesmas na sua família.

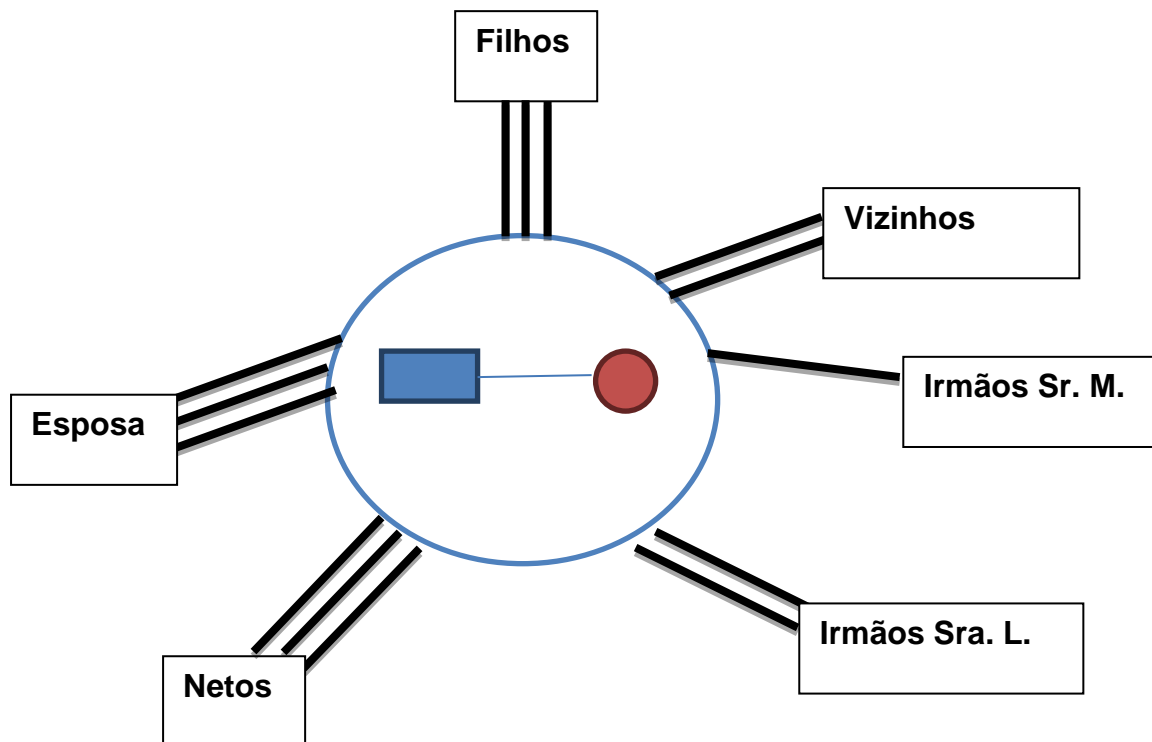
2.7 – Genograma



LEGENDA



2.8 – Ecomapa



LEGENDA:

-  : Relação muito boa
-  : Relação boa
-  : Relação fraca

2.9 – História do desenvolvimento

➤ História da Infância

No que respeita à sua história de infância, o Sr. M.R.M. recorda-a como uma fase positiva da sua vida.

Refere ainda que foi nesta etapa da sua vida que teve o primeiro episódio de patologia pulmonar, mas não sabe qual foi.

➤ **História da Adolescência**

No que concerne à sua história da adolescência o utente refere que sempre teve facilidade de estabelecer relação com os outros. Relata ainda que tinha uma boa relação com pais e irmãos.

➤ **História da idade adulta**

Relativamente à história da idade adulta, importa ressaltar que o utente começou a namorar com o Sra. L. aos 20 anos de idade e tinham em comum o mesmo grupo de amigos.

A relação com os seus familiares, no decurso da sua vida, foi gratificante, no entanto, a cuidadora refere que na actualidade, os irmãos mantêm uma relação mais distante com o Sr. M.R.M., o que “deita-o mais a baixo”(sic).

➤ **História Ocupacional e Educacional**

Nível de funcionamento escolar: No que respeita ao nível de funcionamento escolar, o Sr. M.R.M. frequentou a escola até ao quarto ano. Recordando como um evento positivo da sua vida.

Nível de funcionamento no trabalho: O Sr. M.R.M. trabalhou muitos anos na área da metalúrgica, que apesar de lembrar com nostalgia, refere que foi uma das causas para o seu estado de saúde atual (DPOC). Após o diagnóstico da patologia respiratória mudou de profissão, e passou a ser segurança. Pouco tempo depois foi reformado, recordando o período em que trabalhou como tendo sido uma fase da sua vida positiva.

2.10 – Exame físico

➤ **Sinais Vitais:**

Tensão Arterial	120 / 80 mmHg
Frequência Cardíaca	80 bat/min.

➤ **Estado Nutricional:**

Peso	78,9 Kg
Altura	170 cm
IMC	27.3

➤ **Pele e mucosas:**

Coradas	Sim
Edemas	Não
Hidratadas	Sim
Integras	Sim

Visão	Alterada: Usa óculos de correção
Audição	Normal

2.11 – Hábitos de vida

Autocuidado: higiene	Dependente em grau reduzido/ Adequado
Autocuidado: higiene oral	Independente/ Adequado
Autocuidado: vestuário	Independente/ Adequado
Autocuidado: arranjar-se	Independente/ Adequado
Autocuidado: comer	Número de refeições diárias: 4 (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar). Forma mais habitual de confecção dos alimentos: cozidos e grelhados; ocasionalmente, fritos.
Autocuidado: beber	Independente no auto cuidado. No entanto, a cuidadora refere aporte hídrico insuficiente.
Autocuidado: actividade recreativa	Negligenciado desde o processo de adoecimento
Autocuidado: actividade física	Comprometido
Autocuidado: sono-reposo	Horas de sono: 12 horas noturnas mais períodos de sono diurnos. Repouso durante o dia: Sim. Recurso a medicação: Não. Qualidade do sono: Reparador. Insónia: Não

2.12 – Estilos de vida

Uso de Substâncias	Uso de Tabaco	Ausente
	Uso de Drogas	Ausente
	Uso de cafeína	Ausente
	Uso de álcool	Ausente

2.13 – Exame psicológico

Interacção Social	Comprometida
--------------------------	--------------

Relação	Fácil
Comunicação	Não alterada
Estado de consciência	Vígil
Orientação	Autopsíquica: Sim Alopsíquica: Não
Comportamento	Adequado
Ideação suicida	Não
Memória	Alterada
Fobias	Ausentes
Percepção	Não alterada
Pensamento	Não alterado
Ansiedade	Presente
Humor	Humor Eutímio
Verbalização de auto-aceitação	Sim
Postura	Adequada
Manutenção do contato ocular	Sim
Desejo de confrontar os outros	Não
Descrição de sucesso nos grupos sociais	Não
Sentimentos de auto-valorização	Não

2.14 – Terapêutica atual

Fármaco	Dose/Posologia
Rosuvastatina	10 mg 1 comprimido ao jantar
Budesonida	200 microgramas 12/12 horas
Sertralina	50 mg Meio comprimido de manhã e à noite
Memantina	20 mg 1 Comprimido/dia
Aminofilina	225 mg 2 Comprimidos /dia
Brometo de tiotrópio	2.5 µg/dose

	1 inalação à noite
Ácido acetilsalicílico	150 mg 1 Cápsula ao almoço
Telmisartan + Hidroclorotiazida	80 mg + 12.5 mg 1 Comprimido por dia

Em anexo encontra-se disponível uma tabela com informação mais detalhada relativamente à terapêutica do utente (Anexo 1).

3 – Processo de enfermagem

3.1 – Identificação

Data: Início: 10 de novembro 2014 Término: 21 de janeiro de 2015 Nome (iniciais): M.R.M.	Nome da aluna: Mónica Romero
---	--

Seguidamente encontram-se partilhados os focos de atenção identificados no estudo de caso, respetivos diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente enunciadas as intervenções de enfermagem realizadas e respetivas atividades concretizadas. Não obstante, ressaltam-se os objetivos das intervenções, bem como os resultados obtidos com a implementação das respetivas intervenções de enfermagem.

3.2 – Focos de atenção, diagnósticos e respetivas intervenções de Enfermagem

Foco de atenção: gestão do regime terapêutico	
Atividades de diagnóstico:	Avaliar gestão do regime terapêutico;
Dados relevantes para o diagnóstico:	A prestadora de cuidados gere eficazmente o regime medicamentoso e alimentar do utente.
Diagnósticos de Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares demonstrado; • Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso demonstrado; • Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico demonstrada;
Objetivos:	Que o prestador de cuidados apresente uma gestão do seu regime terapêutico eficaz e conhecimento sobre o mesmo.
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares

intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elogiar tomada de decisão do prestador de cuidados e do utente. ➤ Incentivar gestão dos hábitos Alimentar. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elogiar gestão do regime Alimentar. ➤ Incentivar gestão do regime medicamentoso. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elogiar gestão do regime medicamentoso.
Resultados obtidos:	No que respeita aos hábitos alimentares e regime medicamentoso, foi reforçada a psicoeducação dirigida ao prestador de cuidados e utente relativamente à importância de uma alimentação saudável e equilibrada e sobre a medicação e seus efeitos. A prestadora de cuidados ficou com os conhecimentos gradualmente reforçados, gerindo o regime terapêutico de forma mais adequada.

Foco de atenção: adesão ao regime terapêutico	
Atividades de diagnóstico:	Avaliar adesão do Sr. M.R.M. ao regime terapêutico
Dados relevantes para o diagnóstico:	No que respeita ao regime terapêutico o Sr. M.R.M. adere eficazmente ao regime medicamentoso mas não demonstra adesão ao regime alimentar, uma vez que não efetua o número de refeições diárias adequado (realiza somente 4 refeições diárias) e apresenta um aporte hídrico inadequado.
Diagnósticos de Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime medicamentoso demonstrada • Adesão ao regime terapêutico alimentar não demonstrada
Objectivos:	Que o Sr. M.R.M. adira eficazmente ao regime terapêutico.
Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar adesão ao regime terapêutico alimentar <ul style="list-style-type: none"> • Negociar adesão ao regime terapêutico <ul style="list-style-type: none"> • Planear dieta • Elogiar tomada de decisão • Encorajar a tomada de decisão relativamente a comportamentos de adesão • Elogiar adesão ao regime terapêutico.
Resultados obtidos:	Tal como ressalvado nos resultados referentes à gestão do regime terapêutico, o utente, gradualmente, ao longo das visitas domiciliárias foi aderindo ao regime terapêutico, bem como alterando os seus hábitos alimentares. Contudo, não foi dado termo às intervenções de enfermagem,

	na medida em que, será dada continuidade à intervenção.
--	---

Foco de atenção: comportamento sono – repouso	
Actividades de diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar comportamento de sono e repouso do utente, bem como os conhecimentos que a prestadora de cuidados apresenta relativamente aos hábitos de sono.
Dados relevantes para o diagnóstico:	O utente dorme em média 12 horas noturnas e ainda efetua períodos de repouso durante o dia.
Diagnósticos de Enfermagem:	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos de sono e repouso não demonstrado.
Objetivos:	Que o prestador de cuidados demonstre conhecimentos sobre os hábitos de sono.
Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos de sono Planear sono (deitar mais tarde e restringir os períodos de repouso diurnos)
Resultados obtidos:	No que respeita aos hábitos de sono, efectivamente o Sr. M.R.M. dormia 12h por dia e fazia muitos períodos de repouso durante o dia. Foi planeado o sono com a prestadora de cuidados solicitando restringir os períodos de sono efetuando actividades de recreação e de lazer durante o dia. Na visita domiciliária realizada a 14 de janeiro o utente já não estava deitado na cama como nas visitas anteriores, encontrando-se a ler o jornal.

Foco de atenção: Orientação	
Actividades de diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar Escala Mini-Mental State Examination
Dados relevantes para o diagnóstico:	<p>Pontuação de 0 nas seguintes questões do Mini-Mental State Examination:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em que ano estamos? - Em que mês estamos? - Em que dia do mês estamos?
Diagnósticos de	<ul style="list-style-type: none"> Orientação alterada

Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade não demonstrado
Objectivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Que o utente mantenha o mesmo nível de orientação o máximo tempo possível. • Capacitar a prestadora de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade.
Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> • Executar terapia de orientação para a realidade <p>Ensinar prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade</p> <p>Instruir o prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar comunicação expressiva de emoções • Encorajar comunicação expressiva de emoções
Resultados obtidos:	A prestadora demonstra conhecimentos acerca da terapia de orientação para a realidade.

Foco de atenção: Memória de curto prazo	
Actividades de diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Escala Mini-Mental State Examination
Dados relevantes para o diagnóstico:	Pontuação 0/3 no Mini-Mental State Examination na pergunta relativa à evocação.
Diagnósticos de Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Memória de curto prazo comprometida <p>Conhecimento da prestadora de cuidados acerca do treino da memória não demonstrado</p>
Objectivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da memória; <p>Capacitar a prestadora de cuidados sobre técnica de treino da memória</p>
Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	<p>Ensinar o prestador de cuidados sobre o treino da memória</p> <p>Instruir o prestador de cuidados sobre a técnica de treino da memória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória • Incentivar actividades de treino da cognição
Resultados obtidos:	<p>Sem agravamento da memória, após realização do Mini-Mental State Examination.</p> <p>A prestadora de cuidados apresenta capacitação para realizar a técnica do treino da memória</p>

Foco de atenção: Papel de prestador de cuidados	
Actividades de diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com a prestadora de cuidados
Dados relevantes para o diagnóstico:	A prestadora demonstra dúvidas relativamente à psicopatologia da doença bem como qual deve ser a sua atuação face à progressiva evolução da doença.
Diagnósticos de Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel de prestador de cuidados demonstrado. • Risco de saturação no papel de prestador de cuidados
Objectivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Que a prestadora de cuidados demonstre conhecimentos acerca da fisiopatologia, sintomatologia e modo de atuação com o utente. • Prevenir a saturação no papel da prestadora de cuidados.
Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre psicopatologia da demência • Fornecer material psicoeducativo (folheto “Cuidar na Demência”); • Ensinar a prestadora de cuidados sobre quando e como procurar ajuda em fases agudas da doença • Assistir o prestador de cuidados na identificação de vantagens no desempenho do papel de prestador de cuidados • Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados • Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados • Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados • Facilitar a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida • Elogiar envolvimento do prestador de cuidados • Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados • Validar conhecimentos sobre os conteúdos abordados e esclarecer eventuais dúvidas.
Resultados obtidos:	A prestadora demonstra aquisição de conhecimentos sobre o papel de prestadora de cuidados de forma progressiva, mas continua a necessitar de apoio profissional na prestação de cuidados para prevenção da saturação do papel.

4 – Conclusão

O Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica apresenta um papel essencial na prestação de cuidados especializados dirigidos à comunidade. Isto porque, para além da promoção da saúde e da qualidade de vida do doente com demência, intervém no prestador de cuidados, no ambiente e na própria dinâmica familiar e social.

Ao elaborar este trabalho apercebi-me da complexidade do processo de Enfermagem na Área da Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que saliento que foi um marco positivo para o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos essenciais para a prática profissional especializada.

Penso que atingi o objetivo proposto inicialmente.

5 – Referências Bibliográficas

1. APA. DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Texto Revisto, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002
2. FORNARI, L.H.T.; GARCIA, L.P.; HILBIG, A.; FERNANDEZ, L.L. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? Scientia Medica (Porto Alegre) 2010; volume 20, número 2, p. 185-193.
3. Ponte, João Pedro. O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática. Quadrante, 1994
4. Ordem dos Enfermeiros – CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 2011.
5. Universidade Católica Portuguesa - Guia de estágio – Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Porto, 2014.
6. REGULAMENTO nº129/2011 de 18 de Setembro. In Diário da República [Em linha]. [Consult. a 01.05.2014]. Disponível em <https://dre.pt/pdfgratis2s/2011/02/2S035A0000S00.pdf>.

Anexo I – Terapêutica do utente

Fármaco	Grupo farmacológico	Indicações	Contra-indicações	Efeitos laterais (os mais frequentes)
Rosuvastatina	Estatinas (inibidores da HMG-coa redutase).	Hipercolesterolemia	Hipersensibilidade à rosuvastatina ou outro dos seus componentes; hepatopatia; patologia renal grave; miopatia; concomitante com ciclosporina; gravidez e amamentação.	Cefaleias; tonturas; obstipação; sensação de mal-estar; gastralgias; mialgias; fraqueza; proteinúria na urina; diabetes
Budesonida	Glucocorticóides	Asma brônquica	Hipersensibilidade à substância activa ou aos excipientes	Irritação ligeira da garganta, tosse e rouquidão; infecção da orofaringe por cândida; reacções imediatas e tardias de hipersensibilidade e perturbações do foro psiquiátrico.
Sertralina	Antidepressivo	Tratamento da depressão; de pânico; de stress pós traumático e de perturbações obsessivas-compulsivas	Hipersensibilidade; Terapêutica simultânea com IMAO S.	Cefaleias; Tonturas; Tremores; Insónia; Sonolência; Fadiga; Xerostomia; Náuseas; Diarreia; Sudação excessiva
Aminofilina	Antiasmáticos e Broncodilatadores	Alívio dos sintomas da asma e de broncoespasmo reversível associado a DPOC	Hipersensibilidade; administração concomitante com efedrina a crianças	Cefaleias; Náuseas
Brometo de tiotrópio	Antiasmáticos e broncodilatadores. Antagonistas colinérgicos	Tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas na DPOC	Hipersensibilidade a Brometo de tiotrópio, atropina ou aos seus derivados	Xerostomia
Memantina	Antidemêncial	Tratamento de doentes com doença de Alzheimer moderada a grave.	Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes	Hipersensibilidade ao medicamento; Sonolência
Ácido acetilsalicílico	Antiagregantes plaquetários	Prevenção da formação de trombos em doentes que tiveram: AVC; EAM; Cirurgia do by-pass; trombose ou embolismo; angina do peito	Hipersensibilidade à substância activa ou a AINE's; Asma; úlcera gástrica; hemofilia ou outros distúrbios de coagulação sanguínea;gota; gravidez e amamentação.	Reacções alérgicas; melenas; fezes com sangue
Telmisartan+hidroclorotizida	Antihipertensor	Hipertensão essencial	Hipersensibilidade à substância activa ou aos excipientes ou a outras substâncias derivadas das sulfonamidas; Segundo e terceiro trimestres de gravidez; Colestase e perturbações obstrutivas biliares.; Compromisso hepático ou renal grave; Hipocalcemia refratária; hipercalcemia	Tonturas

Anexo V

Ambiente



- Ambiente que inclui leves sons exteriores;
- Sossegado;
- Ameno;
- Livre de distúrbios.

Posição



- Deitado é preferível para o relaxamento profundo. Um corpo apoiado liberta-se melhor da sua tensão.
- Pode ser feito sentado.

Visualização

Para reforçar os efeitos da respiração abdominal e do treino autogénico e aumentar a sensação de bem-estar e relaxamento:

- Mantenha os olhos fechados e tente visualizar na sua mente uma imagem agradável, que lhe cause descontração e satisfação.
- Concentre-se nesta imagem. Mantenha esta imagem o máximo de tempo possível na sua mente, sentindo-se descontrair cada vez mais.
- Pode ser a imagem de relva fresca, ou uma praia quente e deserta, ou a imagem das ondas do mar, ou um conjunto de cores suaves.
- Ao fim de alguns minutos abra os olhos e volte a mover o corpo lentamente.

Nota: Pode ser difícil, nas primeiras vezes, manter esta visualização, mas com a prática será cada vez mais fácil a utilização destas imagens.

O benefício das técnicas de relaxamento será tanto maior quanto mais praticar.

Com estas técnicas é possível mudar as sensações de sobrecarga, ansiedade ou exaustão para algo mais construtivo, ou seja, algo com o qual sejamos capazes de lidar e que, naturalmente, venha promover o autocontrolo.



Relaxamento:

Para um autocontrolo mais eficaz.

Mónica Romero

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Braga, Novembro de 2014

Mostrar próxima página (seta à direita)



O que é?

O relaxamento apresenta duas dimensões:

- Física: alívio da tensão e alongamento muscular.
- Mental: pensamentos de tranquilidade, sentimentos de alívio da tensão, stresse e ansiedade.

Objetivos do relaxamento

1. Medida preventiva

Para proteger os órgãos do corpo do desgaste, principalmente aqueles que estão relacionados com o stresse;

2. Tratamento

Aliviar o stresse em condições como a hipertensão, dores de cabeça provocadas pela tensão, insónia, asma, pânico e muitas outras.

3. Competência para lidar com o stresse

Para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz.

O relaxamento é apenas uma componente de controlo do stresse.

Treino autogénico



O treino autogénico ensina o corpo e a mente a relaxar.

Baseia-se nos seguintes princípios:

- Estimulos externos reduzidos;
- Atitude de concentração passiva: estado de espirito relaxado, despreocupado com o produto final;
- Repetição de frases indutoras de relaxamento:
 - Peso nos braços e pernas;
 - Calor nos braços e pernas;
 - Batimento cardíaco regular e calmo;
 - Respiração calma;
 - Testa fresca;
- Contato mental entre a frase proferida e a parte do corpo a que se refere.

Os principais benefícios são:

- Induz com sucesso o relaxamento na maioria das pessoas;
- Melhora a incidência de dores de cabeça provocadas pela tensão;
- Pode ser útil como tratamento auxiliar em determinadas situações clínicas que têm como causa stresse psicossocial.

Respiração abdominal

A respiração abdominal promove o relaxamento.

Baseia-se no respirar na barriga (como um bebé), de forma que o peito fica imóvel.



A vantagem desta técnica é que pode ser aplicada em qualquer momento e posição.

1. Coloque uma mão sobre a barriga e a outra sobre o tórax.



2. Agora inspire devagar e profundamente para a sua barriga. Se possível, inspire pelo nariz e expire pela boca.



3. A mão colocada na barriga deve mover-se mais do que a mão colocada no tórax.
4. Mantenha um ritmo de respiração lenta.

Anexo VI




Cuidar na Demência

Mónica Romero
Mestrada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CATÓLICA
Instituto de Ciências da Saúde


13 de Janeiro 2015

O que é a Demência?



- Termo usado para relatar os sintomas de um grande grupo de doenças que causam um declínio gradual no funcionamento da pessoa.
- Relata a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e mudanças das reações emocionais habituais.

Demência



- Nem todas as pessoas idosas desenvolvem Demência;
- Não faz parte do processo de natural envelhecimento;
- Pode surgir em qualquer pessoa, mas é mais frequente a partir dos 65 anos;
- Pode ocorrer em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos.

Prevalência



- A Alzheimer Europe refere que existem 7,3 milhões de cidadãos na Europa com demência.
- Face ao envelhecimento da população, prevê-se
 - uma duplicação destes valores em 2040 na Europa Ocidental, podendo atingir o triplo na Europa de Leste.
- Anualmente, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência,
 - a cada 24 segundos, um novo caso é diagnosticado.*
- Em Portugal estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com Doença de Alzheimer.


* Resultados do Projeto European Collaborator on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe e financiado pela Comissão Europeia.

Tipos de Demência



- Doença de Alzheimer;
- Demência Vascular;
- Demência de Corpos de Lewy;
- Demência da doença de Pick

Demência reversível



- Existem várias situações que produzem sintomas semelhantes à Demência:
 - Algumas carências vitamínicas e hormonais
 - Depressão
 - Medicamentos
 - Infecções
 - Tumores cerebrais.

Quando as situações são tratadas, os sintomas desaparecem.


Sinais de Alerta da Doença de Alzheimer

No começo são os pequenos esquecimentos

- normalmente aceites pelos familiares como parte do processo normal de envelhecimento, que se vão agravando gradualmente.

Gradualmente tornam-se confusas

- passando a apresentar alterações da personalidade
- distúrbios de comportamento
- acabam por não reconhecer os próprios familiares e até a si mesmas quando colocadas frente a um espelho.



Sinais de Alerta da Doença de Alzheimer

A medida que a doença evolui:

- tomam-se cada vez mais dependentes de terceiros

Iniciam-se:


- as dificuldades de locomoção

Depois:


- a comunicação inviabiliza-se

Por fim passam:

- necessitar de cuidados e supervisão permanente, até mesmo para as atividades básicas de vida diária como alimentação, higiene, vestuário, etc..



1 – Perda de Memória



- Esquecimento de informações recentes.
- Outros exemplos:
 - esquecimento de datas importantes ou eventos
 - repetir a mesma pergunta várias vezes
 - usar auxiliares de memória ou mesmo membros da família para as coisas que habitualmente se lembrava por si mesmo.

O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?


• Às vezes, esquecer-se de nomes ou palavras, mas recordá-los posteriormente.

2 – Dificuldade em planejar ou resolver problemas


- Algumas pessoas podem perder as suas capacidades de desenvolver e seguir um plano de trabalho ou trabalhar com números.
- Podem ter dificuldade em seguir uma receita familiar ou gerir as suas contas mensais.
- Podem ter muitas dificuldades de concentração e levar muito mais tempo para fazer coisas que habitualmente faziam de forma mais rápida.

O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

• Cometer erros ocasionais, por exemplo a passar um cheque.



3 – Dificuldade em executar tarefas familiares




- Dificuldades em:
 - executar diversas tarefas diárias
 - conduzir até um local que já conhecem
 - gerir um orçamento de trabalho
 - lembrar-se das regras do seu jogo favorito.
- Pode ser incapaz de preparar qualquer parte de uma refeição, ou esquecer-se de que já comeu.

O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

• Às vezes precisar de ajuda para mudar de canal na TV ou deixar as batatas no forno e só se lembrar de as servir no final da refeição.

4 – Perda da noção de tempo e desorientação



- Podem perder a noção de:
 - datas, estações do ano e da passagem do tempo.
- Podem ter dificuldades em entender alguma coisa, que não esteja a acontecer naquele preciso momento.
- Às vezes podem até esquecer-se de onde estão ou como chegaram até lá.

O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

• Ficar confuso sobre o dia da semana em que se encontra, mas lembrar-se mais tarde.

5 – Dificuldade em perceber imagens visuais e relações especiais

- Podem ter dificuldades de:
 - leitura
 - calcular distâncias
 - determinar uma cor ou o contraste.
- Em termos de percepção, a pessoa pode passar por um espelho e achar que é outra pessoa, não reconhecendo a sua imagem refletida no espelho.




O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Ter problemas de visão devido ao envelhecimento.

6 – Problemas de linguagem

- Podem ter dificuldades em acompanhar ou inserir-se numa conversa.
- Podem parar a meio da conversa e não saber como continuar ou repetir várias vezes a mesma coisa.
- Podem ter dificuldades em encontrar palavras adequadas para se expressarem ou dar nomes errados às coisas.




O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Às vezes ter dificuldade em encontrar a palavra certa para dizer alguma coisa.

7 – Trocar o lugar das coisas

- Podem colocar as coisas em lugares desadequados.
- Podem perder os seus objetos e não serem capazes de voltar atrás no tempo para se lembrarem de quando ou onde o usaram.
- Às vezes, podem até acusar os outros de lhes roubar as suas coisas.




O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Perder coisas de vez em quando, como não saber onde estão os óculos ou o comando da televisão.

8 – Discernimento fraco ou diminuído

- Podem sofrer alterações na capacidade de julgamento ou tomada de decisão.
- Por exemplo:
 - podem não ser capazes de perceber quando os estão claramente a enganar e ceder a pedidos de dinheiro
 - podem vestir-se desadequadamente
 - não ir logo ao médico quando têm uma infeção, pois não reconhecem a infeção como algo problemático.



O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Tomar uma decisão errada de vez em quando.

9 – Afastamento do trabalho e da vida social

- Podem começar a abandonar os seus passatempos, atividades sociais, projetos de trabalho ou desportos favoritos.
- Podem esquecer-se de acabar alguma atividade que começaram.



O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Às vezes, sentir-se cansado do trabalho, da família, ou não lhe apetecer sair.

10 – Alterações de humor e personalidade

- Podem tornar-se:
 - Confusos, desconfiados, deprimidos, com medo ou ansiosos.
- Podem começar a irritar-se com facilidade em casa, no trabalho, com os amigos ou em locais onde eles se sintam fora da sua zona de conforto.
- Pode apresentar súbitas alterações de humor – da serenidade ao choro ou à angústia – sem que haja qualquer razão para tal facto.



O que é esperado acontecer com o decorrer da idade?

Desenvolver formas muito específicas de fazer as coisas e imitar-se quando a sua rotina é interrompida.

TRATAMENTO

- Em Portugal existem, atualmente, vários fármacos disponíveis para as pessoas com Demência, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde.
- Todo e qualquer medicamento só pode ser prescrito por um médico, pois a decisão depende do estado e tipo de demência, bem como de fatores individuais.
- Não deve esperar resultados imediatos dos fármacos, porque os benefícios podem demorar várias semanas a aparecer.
- É necessário que o tratamento seja reavaliado periodicamente, uma vez que um fármaco que é vantajoso no tempo presente pode vir a ser ineficaz no futuro.



Rotinas para a pessoa com demência

1 - ROTINA, ROTINA E ROTINA

- A rotina é fundamental na vida do idoso com demência.
- Fazer a mesma coisa, na mesma hora, da mesma forma, ajuda o idoso a lembrar-se, podendo até auxiliar o cuidador na execução destas rotinas.
- Tenha horário para tudo: Para as refeições, para acordar e dormir, para o banho, para passear, para ver televisão...



2- ESTRUTURE O AMBIENTE:

- Faça com que a casa do idoso seja a mais segura, simples e previsível possível.
- Tenha sempre pendurado na parede do quarto um relógio e um calendário grande, onde o utente pode identificar-se no tempo.
 - É sempre bom o cuidador repetir, todos os dias, a hora, o dia, o mês e o ano.
- Sinalize a casa: escreva em cartazes os nomes dos quartos, da casa de banho, da sala, da cozinha.
- À noite, deixe uma luz de presença na casa de banho ou no corredor de acesso sempre acesa.



-Evite mudar as mobílias da casa de lugar, pinte sempre as paredes da casa com as cores antigas, evite reformas radicais.

-Coloque retratos dos familiares e amigos por toda a casa.

- Sempre que puder, procure exercitar a memória do idoso e relembrem juntos os nomes das pessoas dos retratos.

3- SEGURANÇA É FUNDAMENTAL:

- Os problemas de memória e as perdas de habilidade e coordenação motoras podem aumentar o risco de acidentes em casa.
- As quedas, principalmente, são um problema potencial.
- Evite tapetes soltos, móveis no meio do caminho, degraus escorregadios ou escadas sem corrimão.
- A casa deve ser bem iluminada e sinalizada, de trajetos simples.
- Barras de apoio na casa de banho.
- Coloque fechos nas portas da rua, para evitar que a pessoa deambule pela rua, sem que dê por isso. Ou feche a porta à chave e coloque-a num local inacessível e desconhecido para a pessoa.
- Os fechos também devem ser aplicados nas janelas, que ofereçam o risco de deixar passar uma pessoa.



4-SIMPLIFIQUE TODAS AS COISAS:

- Não ofereça muitas escolhas (ou isto ou aquilo!),
- Fale frases claras e simples,
- Não dê e nem peça muitas explicações.
- Se a tarefa é maior e complicada, vá por partes.
 - Exemplo para dormir: mostre a hora no relógio do quarto, depois mostre o pijama, faça-o vestir, depois lembre a pessoa de ir à casa de banho, e por fim mostre a cama e deite-o (um beijo de boa noite sempre é bom!).
- Se o idoso ainda é capaz de realizar algumas tarefas de casa, peça-lhe a sua ajuda, dando-lhe tarefas simples (ex: dobrar as meias, descascar feijão para a sopa,...), faça-o sentir-se útil, e agradeça-lhe pela ajuda prestada. Isto poderá elevar muito a sua auto-estima!



Vestuário

- Evitar roupas cheias de detalhes e difíceis de usar.
- Evite fivelas, cintos, botões, camisas com gravatas ou vestidos fechados atrás.
- Vestuário de velcro é o ideal.
- Sapatos sem cordões.
- Sutiãs com fecho à frente.
- Orientar e acompanhar o idoso na hora de vestir.
- Dar a roupa para vestir, em sequência, falando clara e pausadamente: "Primeiro as cuecas, depois as calças, as meias,...", ou coloque a roupa pela ordem que ele vai vestir.
- Sempre, como em qualquer tarefa que o idoso realize, faça elogios e incentive o seu bom desempenho!
- Quando o idoso insistir em usar sempre a mesma roupa, e não aceita que esta seja trocada e lavada, um bom recurso é comprar peças idênticas, não o deixando notar a duplicidade das roupas.



Alterações do comportamento



Por que é que existe uma alteração do comportamento?

- O comportamento pode ser desencadeado por:
 - alterações no cérebro
 - mudanças no ambiente e na saúde
 - medicamentos que a pessoa esteja a tomar.
- A pessoa pode, também, não estar a sentir-se fisicamente bem.



Lidar com a alteração dos comportamentos

- Lidar com a alteração dos comportamentos pode ser muito difícil e frequentemente é uma questão de tentativa e erro.
- Lembre-se sempre que o comportamento não é deliberado.
- O comportamento está fora do controlo da pessoa e esta pode ficar bastante assustada por isso.
- A pessoa precisa de ser tranquilizada, mesmo que não aparente ter essa necessidade.



O que pode tentar

- Manter um ambiente calmo e sem stress, que proporcione à pessoa com demência uma rotina familiar.
- Tente manter o ambiente familiar.



- Se um comportamento se tornar difícil, é melhor não tentar qualquer forma de contacto físico, tal como conter a pessoa, afastá-la do local ou aproximar-se por detrás.
- Não leve o comportamento da pessoa com demência de forma pessoal;
- Tente não allear a voz;
- Não castigue a pessoa, pois ela pode não se lembrar do acontecimento e é incapaz de aprender com ele;
- Fale pausadamente, com uma voz calma e tranquilizadora;

1 - Agressão



- A agressão pode ser física (exemplo: bater) ou verbal (exemplo: utilizar linguagem abusiva).
- O comportamento agressivo é geralmente uma expressão de medo, raiva ou frustração.

O que tentar FAZER?



- A atividade e exercício;
- Abordar a pessoa devagar e de modo a que ela consiga vê-lo;
- Explique o que vai acontecer com frases curtas e claras, tais como "Eu vou ajudá-lo a tirar o casaco";
- Verificar se o comportamento agressivo está relacionado com a obtenção de algo que a pessoa deseja. Se assim for, tentar antecipar as necessidades da pessoa pode ser uma ajuda.

2 - Reações exaltadas



- Algumas pessoas perante um pequeno contratempo ou crítica apresentam uma reação exagerada.
- Isso pode levá-las a gritar, fazer acusações injustas, ficarem muito agitadas ou teimosas, chorarem ou rirem-se de forma descontrolada e inapropriada.
- A tendência para apresentar reações exageradas faz parte da doença.

Verificar...



- Tentar descobrir o que desencadeia um comportamento exaltado pode, por vezes, evitar o seu aparecimento
- Stress provocado pelas exigências excessivas da situação;
- Frustração provocada por má interpretação das mensagens;
- Outra doença subjacente, se há sinais de infeção (febre, sangue na urina ou outras alterações).

Comportamento repetitivo



- As pessoas com Demência podem dizer ou perguntar as mesmas coisas vezes sem conta.
- Também podem tornar-se muito apegadas a si e "serem uma sombra", seguindo-o inclusivamente à casa de banho.

O que tentar fazer?



- Se uma explicação não ajudar, distrair a pessoa pode funcionar. Uma atividade favorita, comida ou uma caminhada podem ajudar;
- Não lembre a pessoa de que ela já fez a pergunta;
- Escreva a resposta;
- Os movimentos repetitivos podem ser reduzidos, dando à pessoa outra coisa para fazer com as mãos, tal como uma bola macia para apertar ou roupas para dobrar.

Sundowning



- As pessoas com Demência podem tornar-se mais confusas, inquietas ou inseguras ao final da tarde ou início da noite.
- Uma pessoa que experiencie o sundowning pode estar com fome, desconfortável, com dor ou querer ir à casa de banho e só conseguir expressar estas necessidades através da inquietação.

O que tentar FAZER?



- Se a fadiga da pessoa está a tornar o **sundowning** pior, descansar ao início da tarde pode ajudar.
 - Mantenha a pessoa ativa durante a manhã e incentive-a a descansar após o almoço;
- Ao início da noite pode ser útil a pessoa fazer algumas atividades que lhe sejam familiares:
 - fechar as cortinas (como forma de evitar a confusão provocada pelas sombras que se podem refletir do exterior dentro de casa);
 - ajudar na preparação do jantar;
 - pôr a mesa;
- Nunca contenha fisicamente a pessoa. Deixe a pessoa passear nos sítios onde esteja em segurança. Fazer uma caminhada ao ar livre pode ajudar a reduzir a inquietação;
- Algumas pessoas ficam contentes com um animal de peluche, um animal de estimação, ouvir melodias familiares ou com a oportunidade para fazer um passatempo favorito;

O que tentar FAZER?



- Considere o efeito das luzes e ruídos da televisão e rádio. Estes estão a contribuir para a confusão e inquietação?
- Tente não organizar o banho ou duche para o final da tarde, se estas forem atividades perturbadoras para a pessoa. A exceção pode ser feita para as pessoas que ficam mais calmas após tomarem um banho quente, antes de ir dormir.
- As luzes de presença ou um rádio a tocar baixinho podem ajudar a pessoa a dormir;
- Para algumas pessoas, um leite morno, uma massagem nas costas ou uma música podem ter um efeito calmante;
- Algumas pessoas podem precisar de medicação. Será necessário avaliar esta situação com o médico;

Comportamento desinibido



- Observações indelicadas ou rudes.**
 - A pessoa com Demência pode, por exemplo, fazer comentários indelicados sobre a aparência de outra pessoa. A pessoa parece ter perdido as suas boas maneiras sociais e pode parecer que está a tentar deliberadamente embaraçar ou assediar outra pessoa.
- Comportamento atrevido**
 - A pessoa com Demência pode seduzir inapropriadamente alguém ou fazer comentários de natureza sexual.
- Despir-se**
 - A pessoa com Demência pode despir algumas ou todas as suas roupas, em alturas ou em ambientes impróprios.
- Acariciar-se**
 - Ao esquecer-se das regras sociais, a pessoa com Demência pode acariciar-se a si próprio à frente de outras pessoas.

Deambulação



- O seu significado remete-nos para andar sem objetivo, o que não corresponde normalmente ao real significado deste comportamento.
- Na realidade, quando andam, as pessoas com Demência têm um sentido, que pode estar relacionado com rotinas antigas (ir buscar o filho à escola ou ir ao café a determinada hora) ou mesmo com a sua profissão (polícia, professor, carteiro).
- No entanto, a perda de memória e o declínio da capacidade de comunicação da pessoa com Demência pode torná-la incapaz de explicar o motivo pelo qual necessita de andar naquele momento - deambular.

O que tentar FAZER?



- Uma verificação do estado físico vai ajudar a identificar se o comportamento de deambulação foi provocado por uma dor, doença ou desconforto;
- Discuta os efeitos secundários da medicação com o médico.
- É importante assegurar que a pessoa tem consigo alguma forma de identificação para o caso de se perder.
 - Uma pulseira de identificação com o nome, endereço e número de telefone pode ser muito útil quando a pessoa está desaparecida ou é encontrada.
 - cozer etiquetas com o nome da pessoa nas peças de vestuário que ela utiliza regularmente;
- Registo ou um diário, de modo a observarem se existe algum padrão no comportamento de deambulação.

O que tentar FAZER?



- Tente reduzir o número de objetos à vista, uma vez que estes podem provocar a deambulação.
 - As malas, casacos, cartas para colocar no correio e a roupa de trabalho podem incentivar a pessoa com Demência a deambular;
- Considere colocar campainhas que toquem quando as portas exteriores forem abertas;
- Torne uma parte do jardim segura, de modo a ter um lugar seguro para a pessoa passear;
- Frequentemente, pode fazer sentido informar os vizinhos e os comerciantes locais sobre o problema da pessoa.

Se a pessoa com Demência desaparecer

- Fique calmo;
- Faça uma busca completa dentro de casa e fora dos edifícios;
- Anote o que a pessoa trazia vestido;
- Alerta os vizinhos;
- Dê uma volta, a pé ou de carro, ao quarteirão, na área mais próxima e a quaisquer lugares que a pessoa visite regularmente. Se possível, alguém deve ficar em casa para o caso de a pessoa aparecer e para atender o telefone;
- Entre em contacto com a polícia local.
- É sempre útil ter uma fotografia recente;
- Recorde-se de rotinas antigas de que a pessoa se possa ter lembrado e que queira realizar.



Quando a pessoa desaparecida volta para casa

- Avise a polícia imediatamente;
- Não repreenda ou mostre ansiedade por mais preocupado ou incomodado que tenha estado. A pessoa pode ter estado confusa e assustada;
- Tranquile a pessoa e volte à rotina regular o mais rapidamente possível.



Alucinações e delírios (falsas crenças)

- Uma alucinação é algo que se ouve, cheira ou sente, mas que na realidade não existe, e que normalmente é desagradável.
- Um delírio, por outro lado, pode implicar que alguém acredite em algo de natureza persecutória que não é real, por exemplo: que o carteiro está deliberadamente a reter cartas importantes.
- O mais frequente tipo de identificação errada, na demência, inclui:
 - a identificação de familiares ou cuidadores como sendo impostores;
 - acreditarem que visitantes imaginários estão a viver na sua casa;
 - identificarem a sua imagem com outra pessoa, ficando chocadas por verem a imagem de uma pessoa idosa no espelho (o que pode dever-se também a problemas de memória);
 - interpretarem como reais as pessoas que aparecem na televisão.



Alucinações e delírios (falsas crenças)

- Além disso, em resultado dos danos cerebrais, podem confundir ou interpretar erradamente o que ouvem, sentem e saboreiam.
 - Por exemplo, podem queixar-se de que uma sobremesa está salgada, que a música suave está alta ou que está muito frio quando está um sol brilhante e quente.
- As alucinações e os delírios podem provocar medo intenso e levar mesmo a comportamentos agressivos.
- As pessoas com demência confrontam-se com uma situação que não compreendem e não conseguem controlar.



Como lidar com alucinações e delírios

- Dê explicações e transmita segurança, sem pôr em causa o que o doente acredita.
- Embora não deva alinhar com falsas crenças, pode no entanto assegurar que tudo está bem e sob controlo.
 - Por exemplo, a ilusão de que alguém está a roubar as colheres pode causar ao doente algum desassossego. Sem o desmentir, diga-lhe que tem muitas colheres, mais do que as suficientes.
- Se tiverem alucinações, os doentes acreditam que o que vêm, ouvem ou sentem existe de facto. Não vale a pena tentar persuadi-los de que não é assim.
 - A insistência apenas leva à frustração e desencoraja a pessoa a tentar comunicar o que está a viver.
- O cuidador pode ajudar transmitindo confiança e conforto. Toque-lhe e fale-lhe de forma calma e segura pode trazer a pessoa de volta à realidade. Deve-se ter cuidado para que quando se lhe toca não se seja interpretado como estando a utilizar a força.
- Outra forma de lhe dar resposta é explicar-lhe que não ouve ou vê o que ele está a ver, mas que compreende o que está a sentir.
- Tente distraí-lo.



Como atuar na ocorrência de alucinações ou delírios

- Consulte um profissional de saúde.
- As alucinações podem por vezes ser causadas por uma infecção, ou ser um efeito secundário da medicação.
- É importante contactar o profissional de saúde para verificação destas duas possibilidades.
- O médico pode mandar parar ou alterar a medicação.
- Tente descobrir a causa e modificar o ambiente.
 - Por vezes, a alucinação pode ser causada por alguma coisa do ambiente, por exemplo um espelho, cantos escuros, sombras, decoração.
- Descobrir o que despoletou a alucinação, ajuda a impedir que ocorra de novo.



Atenção

- O aparecimento súbito de um comportamento inadequado, que foge à regra, pode ser um indício de que algo orgânico não está bem. Nestes casos procure a ajuda de um profissional de saúde para esclarecer a situação.



Sentimentos do cuidador

- Cuidar de alguém com Demência pode ser muito gratificante, mas também pode ser muito difícil, desgastante e solitário.
- À medida que as necessidades da pessoa com Demência se alteram, poderá ter que lidar com muitos sentimentos diferentes.



Culpa

- É bastante comum sentir-se culpado:
 - culpado pela forma como a pessoa com Demência foi tratada no passado;
 - culpado por se sentir envergonhado pelo comportamento estranho da pessoa;
 - culpado por perder a calma;
 - culpado por não querer a responsabilidade de cuidar de uma pessoa com Demência.
- Se a pessoa com Demência for para um hospital ou para um lar residencial:
 - É comum sentir-se culpado por ter feito promessas passadas, tais como "Eu vou sempre cuidar de si", e depois não as ter conseguido cumprir.



Tristeza e perda

- A tristeza é uma resposta emocional à perda.
- Se alguém próximo desenvolver Demência, somos confrontados com a perda da pessoa que conhecíamos anteriormente e da relação que tínhamos com ela.
- As pessoas que cuidam dos cônjuges podem sentir tristeza por existir uma perda do futuro que planearam compartilhar.
- A tristeza é um sentimento muito individual e as pessoas podem senti-la de formas diferentes, em alturas diferentes.
- Nem sempre se tornará mais fácil com o passar do tempo.



Raiva


- É natural sentir-se frustrado e zangado:
 - zangado por ter de ser um cuidador,
 - zangado com os outros que não estão a ajudar,
 - zangado com a pessoa com Demência devido aos seus comportamentos difíceis;
 - zangado com serviços de apoio.
 - se se sentir desta maneira ou sentir que pode perder o controlo, é importante falar sobre os seus sentimentos com alguém, como por exemplo com a Enf.ª Especialista em ESMP que acompanha o utente.




As seguintes ideias podem ser úteis para lidar com sentimentos de perda, culpa e raiva:

- Permita-se a sentir realmente aquilo que está a sentir, seja o que for.
- Negar os sentimentos só intensifica e prolonga o sofrimento;
- Chore.
 - Chorar pode ser terapêutico.
 - Deixe as lágrimas limparem e aliviarem o seu sofrimento interno;





- Fale.
 - Compartilhe a sua dor.
 - É importante falar sobre os seus sentimentos, mesmo nas alturas mais difíceis.
 - Partilhar a tristeza vai ajudar a diminuí-la.
 - Poderá ser útil falar com uma pessoa exterior à família, como por exemplo um psicólogo;
- Escreva um diário.
 - Um diário é um lugar privado onde tudo pode ser escrito, incluindo os desejos insatisfeitos, culpas, raivas e todos os outros pensamentos e sentimentos;



- Procure conforto.
 - orar, meditar,...
- Mantenha a calma.
 - reflita cuidadosamente antes de tomar decisões.
 - deve explorar completamente todas as opções;
- Seja gentil consigo próprio.
- Seja paciente com os seus sentimentos.
- Tente encontrar um equilíbrio entre estar feliz e triste, zangado e calmo e culpado e satisfeito.
- Seja paciente consigo próprio;
- Aprenda a rir-se novamente.
 - Redescubra o seu sentido de humor. Encontrar alegria na vida pode ser uma forma de honrar os momentos felizes que anteriormente partilhava com a pessoa com Demência.

Lembre-se

- Tente certificar-se de que faz pausas na prestação de cuidados, para não ficar desgastado.
- Peça ajuda aos familiares e amigos.



Prevenção



- os grandes fatores de risco para a demência - a idade e os genes - não são possíveis de controlar.
- Por isso mesmo, é importante fazer o que está ao nosso alcance - adotar um estilo de vida saudável alterar os nossos hábitos.

Prevenção

- 1 - **Lembre-se do seu Cérebro** - mantenha o cérebro ativo.
- 2 - **Lembre-se da sua alimentação** - tenha uma alimentação saudável.
- 3 - **Lembre-se do seu corpo** - pratique exercício físico.
- 4 - **Lembre-se da sua saúde** - faça visitas regulares ao médico.
- 5 - **Lembre-se da sua vida social** - participe em atividades sociais.
- 6 - **Lembre-se dos seus hábitos** - não fume, beba com moderação e duma bem.
- 7 - **Lembre-se da sua cabeça** - proteja a sua cabeça de lesões.









Bibliografia

- BORGES, M. - Convivendo com Alzheimer. Manual do Cuidador. (2007). [Consult. em Dezembro 2014]. Disponível na Internet: <http://drashirleydecampos.com.br/noticias/22158>;
- DORNELLES, Andréia Rosana Andrade – UMA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA COM CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA. Universidade Federal São Carlos, São Carlos 2010, p.40 [consult. a 28:03:2011] Disponível em: http://www.bdtf.ufscar.br/tdocs/tdeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3253
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, OP. - -Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. Arq. neuropsiquiatr. 57(2B):427-34, jun. 1999.
- Graziô ACM. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado [dissertação]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem/USP; 2006. 89p.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin - **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 7ª Edição.
- NETO, J.; TAMELINI, M.; FORLENZA, O. - Diagnóstico diferencial das demências. Rev. Psiq. Clin. 32 (3); 119-130, 2005
- NUNES, B. & PAIS, J. Doença de Alzheimer. Exercícios de Estimulação (Vol II). Lisboa: Lidel; 2007.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. Geneva (Suíça): Organização Mundial da Saúde; 2001
- Patterson TL, Grant I. Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. Curr Opin Psychiatr. 2003; 16(6): 629-33.
- Reyes PF, Shi F. Dementias: etiologies and differential diagnoses. Barrow Quarterly. 2006; 22(1):4-8.
- <http://www.dementia.org/>
- <http://www.alzheimerinternational.org>

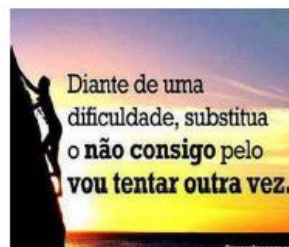
Anexo VII

Conselhos para lidar com as alterações de comportamento

- Manter um ambiente calmo e sem stress, que proporcione à pessoa com demência uma rotina familiar.
- Tente manter o ambiente familiar. As pessoas com Demência podem ficar alteradas se estiverem numa condição desconhecida ou num grupo de pessoas estranhas, onde se sintam confusas e com incapacidade de comunicar. A decepção causada por ser incapaz de atingir as suas próprias expectativas e a das outras pessoas, pode ser o bastante para provocar mudanças no comportamento.
- Se um comportamento se tornar difícil, é melhor não tentar qualquer forma de contacto físico, tal como conter a pessoa, afastá-la do local ou aproximar-se por detrás.
- Não leve o comportamento da pessoa com demência de forma pessoal;
- Tente não altear a voz;
- Não castigue a pessoa, pois ela pode não se lembrar do acontecimento e é incapaz de aprender com ele;
- Fale pausadamente, com uma voz calma e tranquilizadora;

Cuide de si próprio!

- Procure fazer pausas na prestação de cuidados, para não ficar desgastado.
- Arranje tempo para si próprio:
 - Peça ajuda a amigos ou familiares para que fiquem com o doente na sua ausência.
- Lembre-se do seu corpo: faça exercício físico.
- Procure contato social:
 - Saia de casa, apanhe ar fresco e mude de ambiente;
 - Encontre-se com pessoas que já não vê há algum tempo;
 - Fale e pense em assuntos que não sejam a doença.
- Aprenda a rir-se novamente.



Cuidar na Demência



Mónica Romero

Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

[Muitas próximas páginas (são a única)]



O que é a Demência?

- Termo usado para relatar os sintomas de um grande grupo de doenças que causam um declínio gradual no funcionamento da pessoa.
- Relata a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e mudanças das reações emocionais habituais.

Tipos de Demência

- Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência de Corpos de Lewy
- Demência frontotemporal

Demência reversível

- Existem várias situações que produzem sintomas semelhantes à Demência:
 - Algumas carências vitamínicas e hormonais
 - Depressão

- Medicamentos
- Infecções
- Tumores cerebrais



Sinais iniciais da Demência

- Esquecer-se de parte ou de todo um acontecimento;
- Esquecer-se do sítio onde guardou um objeto e não ser capaz de realizar o processo mental retractorio para se lembrar;
- Esquecer-se progressivamente de informação que conhecia, como informação histórica ou política;
- Ter dificuldades em sustentar uma conversa, não conseguindo manter o raciocínio ou recordar-se das palavras;
- Não saber em que data ou estação do ano está;
- Progressivamente perder a capacidade de:
 - Seguir informações verbais ou escritas;
 - Acompanhar a história de uma novela ou filme;
 - Lavar-se, vestir-se ou alimentar-se de forma autónoma;
 - Gerir o seu orçamento;
 - Tomar decisões.

Rotina, rotina e rotina

- A rotina é fundamental na vida na vida do idoso com demência.
- Fazer a mesma coisa, na mesma hora, da mesma forma, ajuda o idoso a lembrar-se, podendo até auxiliar o cuidador na execução destas rotinas.
- Tenha horário para tudo: Para as refeições, para acordar e dormir, para o banho, para passear, para ver televisão...

Tratamento

- Existem, atualmente, vários medicamentos disponíveis para as pessoas com Demência.
- Todo e qualquer medicamento só pode ser prescrito por um médico.
- Não deve esperar resultados imediatos dos fármacos, porque os benefícios podem demorar várias semanas a aparecer.
- É necessário que o tratamento seja reavaliado periodicamente, uma vez que um fármaco que é vantajoso no tempo presente pode vir a ser ineficaz no futuro.

Alterações do comportamento

- Podem estar relacionadas com as transformações que ocorrem no cérebro, mas também por alterações no ambiente e na saúde ou por medicamentos que a pessoa esteja a tomar.
- Lidar com as alterações do comportamento pode ser muito problemático e geralmente é uma questão de tentativa e erro.
- Lembre-se sempre que o comportamento não é deliberado.