



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Maria Amélia Rei Coelho

LISBOA, Setembro de 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Maria Amélia Rei Coelho
Sob orientação de Mestre Alexandra Sarreira Santos

LISBOA, Setembro de 2012

RESUMO

Este relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa e tem como principal objectivo descrever e reflectir sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio, bem como servir de instrumento de avaliação. O estágio desenvolveu-se em três diferentes módulos. O módulo I, onde desenvolvi competências especializadas ao nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção da doença mental, foi realizado no Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide. O módulo II foi realizado na Clínica Psiquiátrica II do Hospital Júlio de Matos e, durante a sua realização, pude desenvolver competências especializadas na área da intervenção na crise do adulto e suas famílias. O módulo III decorreu na Unidade Maria Josefa da Casa de Saúde da Idanha e foram desenvolvidas competências especializadas na prestação de cuidados em gerontopsiquiatria, tendo por base a estimulação cognitiva em processos demenciais. O tema principal deste trabalho é a demência. Numa altura em que a sociedade está cada vez mais envelhecida, cuidar de utentes com o diagnóstico de demência torna-se um desafio para a enfermagem e principalmente para a enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiatria. Este trabalho reflecte os ganhos em saúde para os utentes, suas famílias e cuidadores como consequência de intervenções de enfermagem especializada.

Palavras chave: Saúde Mental, Cuidados de Enfermagem Especializados, Demência, Reabilitação Cognitiva

ABSTRACT

This report is part of the syllabus of the post-graduate degree course in Mental Health Nursing and Psychiatry at the “Universidade Católica Portuguesa”. It’s main objective is to describe and reflect on the activities and skills acquired as an intern, as well as to serve as an assessment tool. The training course was developed into three different modules. In module I, which was held at the “Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide”, expertise was developed in promoting lifestyles, making diagnosis, as well as focus on preventative medicine in mental illness. Module II was held at the “Clínica Psiquiátrica II do Hospital Júlio de Matos” during which time I was able to develop expertise in the area of mid-life crises, with impact on the family. Module III took place at “Unidade Maria Josefa da Casa de Saúde Maria Josepha da Idanha” where expertise in the provision of care for gerontopsychiatry was developed based on cognitive stimulation in dementia. The main theme of this work concerns dementia. At a time when society is ageing, care of patients with dementia is becoming more of a diagnostic challenge for nursing, especially in Mental Health and Psychiatry. This work reflects the benefits of health care for patients, their families and care workers as a result of specialised nursing intervention.

Key-Words: Mental Health Nursing Care Specialized, Dementia, Cognitive Rehabilitation

AGRADECIMENTOS

À minha família por estarem sempre e incondicionalmente ao meu lado, por nunca vacilarem nas palavras carinhosas de incentivo, quando este percurso se tornava mais custoso. Por serem quem são e serem o meu porto de abrigo.

A todos aqueles que, de uma forma directa, ou indirecta, ajudaram na realização deste trabalho.

ABREVIATURAS

CDCSPC – Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Clínica Psiquiátrica

CSI – Casa de Saúde da Idanha

CSPC – Centro Social e Paroquial de Carnide

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	21
2.1 - Módulo II - Intervenção na Crise no Adulto.....	21
2.1.1 - Clínica Psiquiátrica II – Hospital Júlio de Matos	22
2.1.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas	23
2.1.2.1 - Objectivo 1 – Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço	23
2.1.2.2 - Objectivo 2 - Prestar cuidados especializados ao utente e família em crise, tendo por base conceitos fundamentais para a enfermagem.....	24
2.1.2.3 - Objectivo 3 - Desenvolver actividades de grupo que contribuam para a restauração do equilíbrio em doentes em crise.....	26
2.1.3 - Análise Crítico - Reflexiva.....	28
2.2 - Módulo III – Módulo Opcional - Gerontopsiquiatria.....	29
2.2.1 - Unidade Maria Josefa.....	30
2.2.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas	31
2.2.2.1 - Objectivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço	31
2.2.2.2 - Objectivo 2 - Prestar cuidados com elevado nível de complexidade a doentes com demência internados na Unidade Maria Josefa	32
2.2.2.3 - Objectivo 3 – Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao utente com demência	35
2.2.3 - Análise Crítico - Reflexiva.....	36
2.3 - Módulo I - Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico precoce e a prevenção da doença	37
2.3.1 - Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide	38
2.3.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas	39
2.3.2.1 - Objectivo 1 – Efectuar investigação na prática clínica.....	39
2.3.2.2 - Objectivo 2 – Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide	43
2.3.3 - Análise Crítico - Reflexiva.....	44
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS	53
Anexo I – Caracterização da Clínica Psiquiátrica II	55
Anexo II – Estudo de Caso	61
Anexo III – Actividade: O ponto e eu	79
Anexo IV – Actividade: Era uma vez	85
Anexo V – Actividade: Sala de Convívio	91
Anexo VI – Actividade: A batata quente	97
Anexo VII – Estudo de Caso da D. Arminda	103
Anexo VIII – Actividades realizadas com a D. Arminda	127
Anexo IX – Estudo de Caso do S. Manuel	135
Anexo X – Actividades realizadas com o S. Manuel	163
Anexo XI – Estudo de Caso da D. Alice	167
Anexo XII – Actividades realizadas com a D. Alice	195
Anexo XIII – Actividades de Grupo de Orientação para a Realidade	199
Anexo XIX – Avaliação das actividades de Grupo de Orientação para a Realidade 213	
Anexo XX – Formação: Ptofobia	233
Anexo XXI – Avaliação dos Utentes do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide	239
Anexo XXII – Formação apresentada no CSPC	275

INTRODUÇÃO

Existem em Portugal um conjunto de aspectos legais que regulam o exercício de enfermagem e que são importantes de referenciar.

Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) no Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro o enfermeiro é o *“profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”*.

Para além das competências de um enfermeiro generalista há competências específicas para o enfermeiro especialista e que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), passam por desenvolver actividades na área da educação, orientação, aconselhamento, liderança e investigação (OE, 2010), existem outras que são específicas aos enfermeiros especialistas em saúde mental (EESM). O EESM é então o enfermeiro que *“para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimento e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a sua prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”* (OE, 2010).

Ao dedicar-me à realização desta especialidade tinha bem ciente as competências que deveria desenvolver. Tinha também presente que toda a aprendizagem *“deverá entender-se como um processo de construção interna que leve o sujeito a tornar-se cada vez mais capaz de responder eficazmente às solicitações envolventes, mais humano, mais igual a si mesmo”* (Ferreira, 2004). Foi tendo em conta este princípio que, durante a minha especialidade me dediquei ao estudo da demência e a ganhar competências pessoais e profissionais, para que a prestação de cuidados a utentes com esta patologia fosse, por mim mais adequada e mais humana. Tendo em conta que, apesar de não trabalhar num serviço de psiquiatria, lido diariamente com utentes com demência, estou bem ciente das dificuldades com que se deparam, quer os doentes e as suas famílias e amigos, quer os profissionais de saúde.

Este relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa. Após a realização dos três ensinamentos clínicos está preconizado que todos os educandos descrevam, de uma forma sucinta e com um cariz reflexivo, como a aprendizagem e as vivências se foram inter-relacionando ao longo deste processo de evolução pessoal e profissional.

Os objectivos deste relatório passam por:

- Conceptualizar os cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Analisar de forma crítica as actividades que foram realizadas em cada contexto dos três módulos;

- Avaliar as actividades desenvolvidas;
- Demonstrar os ganhos de saúde que emergem da prestação de cuidados especializados.

O primeiro módulo que realizei decorreu na Clínica Psiquiátrica (CP) II do Hospital Júlio de Matos (HSJ) de 26 de Abril a 25 de Junho de 2011 e durante a minha prática desenvolvi competências especializadas na área da intervenção na crise.

O segundo módulo, que corresponde ao módulo de opção, foi realizado na Unidade Maria Josefa da Casa de Saúde da Idanha (CSI) entre os dias 26 de Setembro e 19 de Novembro de 2011, e foram desenvolvidas competências especializadas na prestação de cuidados em gerontopsiquiatria tendo por base a estimulação cognitiva e a terapia de orientação para a realidade em processos demenciais.

O terceiro módulo que realizei e que me permitiu desenvolver competências especializadas ao nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção da doença mental, foi realizado no Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide (CDCSPC) e decorreu entre os dias 21 de Novembro de 2011 e 28 de Janeiro de 2012.

A sequência deste percurso de aprendizagem está relacionada com a minha experiência profissional, que não está directamente relacionada com a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e com as minhas expectativas e ambições pessoais na área da demência. Assim, inicialmente, realizei o módulo II relativo à intervenção na crise, que me permitiu desenvolver competências relacionais e comunicacionais que me serviram de base para os posteriores módulos. Permitiu-me ainda fazer uma adaptação ao mundo dos serviços de psiquiatria. Posteriormente, e tendo em conta o meu interesse pessoal no cuidar de utentes com demência, e seguindo a indicação da minha orientadora, escolhi realizar o módulo III, onde tive a oportunidade de trabalhar numa unidade de referência no cuidar do utente com demência e onde pude aprofundar e aplicar os meus conhecimentos teórico-práticos. Por fim realizei o módulo I, onde pude por em prática toda a experiência e saberes adquiridos anteriormente.

Este documento está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresento um pequeno enquadramento conceptual que se configura como o eixo estruturante do relatório. No segundo capítulo apresentarei os diferentes locais de estágio, bem como os objectivos e as actividades que desenvolvi. Faço ainda uma pequena avaliação crítico-reflexiva sobre as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas. No terceiro capítulo apresento algumas considerações finais sobre o percurso de aprendizagem realizado. No quarto capítulo apresento as referências bibliográficas que serviram de suporte para a realização deste trabalho. Apresento no final do documento o conjunto de anexos com os documentos que foram realizados ao longo dos três módulos e que considero serem pertinentes para este relatório.

A metodologia utilizada foi a descritiva com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise das práticas, tendo por orientação a ordem cronológica dos acontecimentos. A formatação utilizada para as referências bibliográficas foi a proposta pela norma portuguesa 405.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Existem muitas definições de enfermagem, desde que esta foi constituída como profissão no século XIX. Ao longo da história da enfermagem, muitas foram as enfermeiras que se preocuparam em desenvolver um corpo substancial de conhecimentos para que a enfermagem fosse constituída como disciplina com saber próprio. As filosofias, modelos conceptuais e teorias desenvolvidas ao longo dos anos ajudam os enfermeiros a *“organizar os dados do doente; compreender os dados do doente; analisar os dados do doente; tomar decisões sobre intervenções de enfermagem, planear o tratamento do doente; prever os resultados do tratamento e avaliar os resultados do doente”*(Tomey, 2004).

Para compreender a natureza dos cuidados de enfermagem é necessário clarificar e integrar quatro conceitos de base que se encontram nos diferentes modelos de referência, pilares do cuidar: o conceito de Pessoa, o de Ambiente, o de Saúde e o de Cuidados de Enfermagem que daí decorrem. Cabe a cada um dos enfermeiros escolher o modelo que melhor orienta a sua prática.

A OE em 2001 publica os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em que enuncia estes conceitos. Assim, e segundo a OE (2001), Saúde é *“o estado e, simultaneamente a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo, portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca”*.

O conceito de Pessoa, como centro da atenção da enfermagem, tem evoluído ao longo dos tempos. Deixou de ser um indivíduo doente a necessitar de cuidados de enfermagem, para ser igualmente um projecto de saúde. A Pessoa *“é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”* (OE, 2001).

Segundo Vieira (2009) citando Ortega y Gasset *“a pessoa é sempre ela e a sua circunstância”*. Na prestação de cuidados, o enfermeiro não pode deixar de dar atenção ao Ambiente em que a pessoa está inserida já que este influencia a saúde da pessoa. *“O Ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”* (OE, 2001).

Os Cuidados de Enfermagem devem ser direccionados à promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e protege. Assim, e segundo a OE (2001), com os cuidados de enfermagem *“procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os*

processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”.

Estes quatro conceitos são os conceitos de referência para as diferentes teorias de enfermagem mas, como salienta Vieira (2009) *“cada modelo ou teoria foi desenvolvido para capturar as complexas dimensões da Enfermagem, no entanto, cada um deles é naturalmente insuficiente e tende a reflectir a base da disciplina do autor”.*

Na minha prática não tenho apenas um modelo que me sirva de suporte, no entanto, posso salientar dois modelos, o de Hildegard Peplau e o de Betty Neuman.

Hildegard Peplau que faz parte da Escola da Interação é *“considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica”* (Tomey, 2004). É ainda, segundo a mesma autora, uma das principais contribuidoras *“para a profissão de enfermagem, em especial para a especialidade de enfermagem psiquiátrica”.* Neeb (1997) refere que *“em 1954, o primeiro curso de enfermagem de nível graduado foi desenvolvido pela Dr^a Peplau na Rutgers University e destinava-se à formação de enfermeiros especialistas em enfermagem psiquiátrica”.*

A sua teoria foi buscar fundamentos na psicologia, na ciência comportamental e na comunicação, e a grande diferença das teorias até então é que, pela primeira vez, inclui o doente no processo de enfermagem. Assim permitiu que *“a enfermeira comesse a afastar-se de uma orientação da doença para outra através da qual o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos podia ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem”* (Tomey, 2004).

Para a construção desta relação terapêutica entre a enfermeira e o doente, Hildegard Peplau perspectiva quatro estádios:

- Orientação: *“o doente sente necessidade de procurar ajuda”*(Neeb, 1997);
- Identificação: *“são identificadas as expectativas e percepções relativas à relação enfermeiro-doente”* (Neeb, 1997);
- Exploração: *“o doente tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação”* (Tomey, 2004);
- Resolução: *“a atenção centra-se no desenvolvimento da capacidade de auto-responsabilização e revela crescimento pessoal do doente”* (Neeb, 1997).

Assim e para a concretização destes estádios a enfermeira necessita de assumir, segundo Hildegard Peplau, o papel de estranha, de pessoa de recurso, de professora, de líder, de substituta e de conselheira. Chama ainda à atenção que *“a enfermeira trabalha na sociedade, não somente num hospital ou num centro de saúde, e que deve utilizar todas as oportunidades para educar o público e adoptar modelos de desempenho de saúde física e mental”* (Neeb, 1997).

Resumindo, Hildegard Peplau, segundo George (2000) considerava que *“a enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interacção entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum. Essa meta comum proporciona o incentivo para o processo*

terapêutico, no qual a enfermagem e o paciente respeitam-se um ao outro como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como resultado dessa interação”.

O outro modelo que influencia a minha prática é o de Betty Neuman. Apesar de ser um modelo complexo e com muitos conceitos que nem sempre são de fácil percepção, existem esquemas realizados pela própria autora que nos ajudam a orientar a prática.

Citando George (2000) *“o modelo é baseado na teoria geral de sistemas e vê o cliente como um sistema aberto que responde aos stressores no ambiente. As variáveis do cliente são fisiologias, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais”.* Os principais conceitos desta teoria são: a abordagem da totalidade do cliente, sistema aberto, estrutura básica, ambiente, ambiente criado, stressores, linhas de defesa e de resistência, grau de reacção, prevenção enquanto intervenção e reconstituição.

Segundo Tomey (2004) *“Neuman acredita que a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa. Ela vê a enfermagem como uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress”.*

Nos nossos dias muito se fala em stress, na verdade, todos nós estamos constantemente sujeitos a agentes stressores que podem alterar o nosso equilíbrio interno, isto considerando que o agente stressor é todo o *“factor biológico, psicológico, social ou químico que causa tensão física ou emocional e que pode ser um factor na etiologia de certas doenças”* (Townsend, 2011).

Além das doenças que os agentes stressores podem, eventualmente, causar, existem outras respostas, em especial a ansiedade e o pesar, que *“foram descritos como duas das principais respostas primárias ao stress”* (Townsend, 2011) e que podem influenciar a saúde mental de todos nós.

Em 1964, Gerald Caplan, escreveu *Principles of Preventive Psychiatry*, que foi traduzido para português em 1980, este foi o livro que abriu as portas para a psiquiatria como a encaramos hoje. Ao deixar de lado a prática centrada na doença mental, enfatizou o seu trabalho no conceito de saúde mental, assim a psiquiatria *“pode extrapolar os muros do hospital e ganhar a comunidade, e, dessa forma, além de tratar os “doentes”, podia trabalhar com a profilaxia, identificando precocemente os indivíduos que, provavelmente, desenvolveriam a doença fazendo diagnósticos precoces e trabalhando com a reabilitação social”* (Jardim, 2007).

Existem vários teóricos que se debruçaram sobre o conceito de saúde mental. Neeb define saúde mental como a capacidade para: ser flexível, ter sucesso, estabelecer relações próximas, julgar adequadamente, resolver problemas, lidar com o stress do dia-a-dia e sentir o “eu” de forma positiva (Neeb, 1997).

Um outro conceito de saúde mental é o de Robinson, citado por Townsend (2011) que defende que saúde mental é *“um estado dinâmico no qual o pensamento, sentimento e comportamento são apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais”.*

A proposta de Stuart refere que o conceito de saúde mental está relacionado com conceitos como o de felicidade, contentamento, conquista, optimismo ou esperança, defende ainda que a saúde mental *“não pode ser confinada a um conceito simples ou a um aspecto isolado do*

comportamento. Em vez disso, a Saúde Mental consiste em vários critérios que existem num continuum com gradientes e graus” (Stuart, 2001).

Seja qual for a definição que se encontre, parece que todos os autores concordam que o conceito de saúde mental não é algo estável e que varia quer de cultura para cultura, no mesmo indivíduo, ao longo da sua vida e até mesmo no seu dia-a-dia.

A par e par com este conceito anda o conceito de doença mental que é *“um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas bio-psicológicos e socioculturais, implicando no indivíduo doente a incapacidade de exercer os seus papéis sociais” (Sequeira, 2006).*

O estigma social que acompanha o diagnóstico de doença mental é ainda significativo. Os *“pacientes e as suas famílias relatam, com frequência, que o diagnóstico de uma doença mental é seguido por um crescente isolamento e solidão, à medida que familiares e amigos se afastam” (Stuart, 2001).* É então necessário que haja cada vez mais programas de educação sobre as problemáticas da doença mental, não só para garantir que os utentes, que já sofrem da doença não se sintam estigmatizados e marginalizados, mas também que os utentes, que durante a sua vida, virão a sofrer de uma doença mental, recebam a ajuda adequada e atempada de modo a que as suas vidas e as dos seus familiares não percam qualidade.

Um dos momentos em que os doentes e as suas famílias mais necessitam de apoio é o momento de crise. A crise, pode acontecer em qualquer momento da vida de um indivíduo. Neeb (1997) define crise como *“um acontecimento súbito e inesperado na vida de uma pessoa que drasticamente altera a rotina”.* Para Stuart (2001) a crise é *“uma perturbação causada por um evento stressante ou pela percepção de uma ameaça”.*

A intervenção dos profissionais em momentos de crise é, não só terapêutica como preventiva, isto tendo em conta que o *“resultado mais notável da terapia da crise diz respeito à capacidade do paciente de tornar-se melhor equipado para evitar ou, se necessário, enfrentar futuras adversidades” (Kaplan, 2003).*

Assim *“o conhecimento de técnicas de intervenção em crise é uma habilidade clínica importante não importa o contexto clínico ou a especialidade do enfermeiro” (Stuart, 2001).*

Outro momento que pode dar origem a grande instabilidade familiar, e que só por si pode ser considerado um momento de crise é o envelhecimento.

O envelhecimento da população tem vindo a constituir-se uma problemática a nível mundial. Em Portugal *“entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa” (Fonseca, 2006).* Por o processo de envelhecimento ser complexo, não existe apenas uma única teoria que o explique, pode-se, no entanto, dizer que o envelhecimento tem várias vertentes, entre as quais a biológica, a psicologia e a social.

Com o envelhecimento estão associados várias problemáticas que constituem um desafio para a sociedade. Segundo Sequeira (2010) *“as pessoas com mais de 65 anos têm, pelo menos, uma doença crónica do foro médico e vários problemas concomitantes”.* Segundo o mesmo autor, é importante ter presente os aspectos fundamentais do envelhecimento, quando assim não acontece pode levar *“os profissionais de saúde e os familiares a não valorizarem*

suficientemente as queixas do idoso, atribuindo alguns défices ao envelhecimento normal, dificultando o diagnóstico precoce e atrasando o tratamento sintomático de algumas problemáticas". Cabe à família, muitas vezes, o primeiro passo na procura de ajuda, é importante que esta seja atempada e que a resposta dada lhes seja adequada.

Com o envelhecimento vêm alterações neurobiológicas como *"a atrofia de grupos neuronais, a redução na actividade sináptica e um decréscimo na plasticidade, o aumento da actividade glial, a diminuição de determinados grupos de receptores (ex: receptores da acetilcolina), acúmulo de produtos metabólicos, e danos aos radicais livres. De forma geral, os déficits cognitivos mais frequentes dos idosos relacionam-se com a memória"* (Melo, 2008). Ainda segundo a mesma autora os factores que mais influenciam a memória dos idosos estão relacionados com a ansiedade, a depressão, o stress e as demências.

Segundo a American Psychiatric Association (2006) a característica essencial da demência *"é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento"*.

Existem diferentes causas para a demência, no entanto a causa mais comum de demência é a doença de Alzheimer que afecta 2 a 4% da população mundial (Silva, 2009). De todas as pessoas que sofrem com uma demência, 60 a 70 % delas sofre com a doença de Alzheimer. (Castro-Caldas, 2005).

O diagnóstico da demência vem sempre associado a muitas problemáticas como por exemplo a qualidade de vida quer dos utentes quer dos seus cuidadores. Segundo Santos et al (2002) *"avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos"*. Num processo de demência todos estes indicadores sofrem alterações significativas. Para o cuidador existem alterações à sua vida que podem influenciar a sua percepção de qualidade de vida, nomeadamente a *"perda de liberdade, incapacidade de usufruir de tempos livres, de lazer, férias, fins-de-semana; sobrecarga de trabalho e, muitas vezes ter de assumir tarefas nunca antes realizadas; desconhecimento sobre a forma como a doença se manifesta e a forma de lidar com essas manifestações; dificuldades financeiras"* (Sequeira, 2010).

O diagnóstico de demência provoca, na vida dos utentes e suas famílias, alterações tão profundas e significativas que é necessário uma abordagem multidisciplinar. Segundo Bottino (2002) *"entre as principais técnicas que envolvem o trabalho multidisciplinar destacam-se: treinamento cognitivo, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores"*.

A enfermagem é uma das disciplinas que faz parte constituinte da equipa multidisciplinar. Segundo a OE (2001) existem dois tipos de intervenções de enfermagem, as que são interdependentes, em que o enfermeiro assume a responsabilidade da implementação de prescrições realizadas por outro técnico, e as acções autónomas em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela implementação e pela sua prescrição.

O papel do enfermeiro na prestação de cuidados é complexo e *“distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001). Esta formação, que tem evoluído ao longo dos anos, leva à aquisição de competências que segundo Phaneuf (2005) é um conceito que *“no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, trata-se de um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas de enfermagem, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”*.

Para Lazure (1994) *“a profissão de enfermagem é exigente. Exige que se ofereça ao cliente e à família este indispensável elemento da competência que é a capacidade em estabelecer uma relação que lhe permita ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria no sofrimento e algumas vezes mesmo às portas da morte”*. Esta relação que Lazure fala é da relação de ajuda que segundo a mesma autora é a base da enfermagem, já que considera a enfermagem como uma profissão de ajuda.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS E DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 - Módulo II - Intervenção na Crise no Adulto

Todos nós já estivemos em crise e em qualquer momento podemos ficar perante uma situação que nos faça submergir num novo momento de crise. Townsend (2011) define crise como *“um acontecimento súbito na vida de uma pessoa que perturba a homeostase, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema”*.

Existem muitas teorias sobre crise. Caplan em 1961 desenvolveu a teoria de equilíbrio psicológico que segundo Phaneuf (2005) *“baseia-se na capacidade da pessoa resistir a um stress importante, sobre o realismo das soluções que ela desenvolve e sobre o leque dos mecanismos de adaptação que ela implanta para reencontrar a sua harmonia interna. Os princípios que ele (Caplan) definiu na época ainda hoje nos inspiram”*.

Segundo Caplan (1980) *“numa situação de crise o indivíduo sente-se perturbado associando a isso sentimentos subjectivos de desconforto, como angústia, medo, culpa ou vergonha, segundo a natureza da situação”*.

O momento de crise reveste-se de muitas características incapacitantes para o utente, é por isso que é necessário uma intervenção rápida e adequada. Segundo Seminotti (2006) *“por intervenção na crise entende-se que é a actuação no momento exacto que o indivíduo está em um estado temporário de perturbação e desordem, tendo como principais características a incapacidade de enfrentar determinada situação utilizando os métodos de resolução de problemas que está acostumado”*.

Phaneuf (2005) chama a atenção que *“a intervenção em situação de crise possui um certo carácter de urgência decorrente do nível elevado de ansiedade que a pessoa experiêcia”*. Chama ainda a atenção para alguns aspectos fundamentais de toda a intervenção em situação de crise que passam por encarar a pessoa em crise como alguém saudável, que por momentos, está incapacitada de recorrer aos seus mecanismos de *coping* habituais.

É importante, antes de mais, mostrar ao utente que estamos ali disponíveis para o ajudar e que estamos empenhados nisso. Segundo Phaneuf (2005) a *“intervenção em situação de crise decorre à partida do suporte psicológico e não da intervenção psiquiátrica”*.

Ao cuidar de um utente em situação de crise é importante fazer uso das capacidades de escuta, de comunicação e de compreensão, é importante estar aberta aos valores dos outros e não fazer julgamentos, é importante estabelecer uma relação de confiança sem a qual qualquer intervenção está condenada ao fracasso.

2.1.1 - Clínica Psiquiátrica II – Hospital Júlio de Matos

Este foi o primeiro ensino clínico que realizei no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Iniciei este meu percurso de aprendizagem neste contexto porque não tinha experiência profissional na área da psiquiatria.

Para quem nunca trabalhou, em saúde mental, os conhecimentos que se adquirem num serviço de internamento de doentes em crise ultrapassam qualquer expectativa. Inicia-se com medo do desconhecido e de não ter bases suficientes para conseguir dar resposta às necessidades dos utentes, mas a verdade é que é um serviço rico em situações de aprendizagens que nos fazem crescer, não só como enfermeiros, mas também como pessoas.

A CP II é responsável pela assistência em termos de saúde mental e psiquiatria à população servida pelo Hospital Distrital de Vila Franca de Xira que abrange 4 concelhos do distrito de Lisboa (Vila Franca de Xira, Alenquer, Azambuja e Arruda dos Vinhos) e 1 concelho do distrito de Santarém (Benavente).

Esta população corresponde a 44 freguesias, cuja cobertura assistencial é da responsabilidade de 7 Centros de Saúde com 26 extensões, actualmente reunidos em 4 agrupamentos e do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira.

Na altura em que realizei o estágio os utentes eram, maioritariamente, provenientes da urgência psiquiátrica do Hospital Curry Cabral, que entretanto encerrou, ou poderiam vir referenciados pela consulta externa. Independentemente do local de referência, os doentes eram admitidos a qualquer hora do dia com telefonema prévio.

Segundo informação da equipa multidisciplinar, as patologias mais frequentes dos utentes admitidos na CP II são as perturbações psicóticas e as perturbações do humor. Dentro destas temos ainda como principal perturbação psicótica a Esquizofrenia e a Depressão como a principal perturbação do humor.

Para a equipa de enfermagem do serviço, existem vários protocolos e rotinas que foram instituídos para garantir e monitorizar a elevada qualidade dos cuidados prestados. Quando os utentes são admitidos no serviço, é-lhes feita uma entrevista por parte da equipa de enfermagem. Actualmente com o sistema CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e com o SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem os utentes têm um processo informatizado. A entrevista que é realizada pelos enfermeiros para a qual não existe nenhum modelo ou guião, tem de responder às questões que estão preconizadas na avaliação inicial do SAPE e permitir aos enfermeiros que façam o diagnóstico em linguagem CIPE para que assim seja possível estabelecer um processo de enfermagem com os focos adequados.

O guia de acolhimento que é fornecido ao utente e à família no momento do internamento é prática comum a todos os enfermeiros do serviço.

Existe também implementado um projecto de *“follow-up”*. Quando o utente tem alta fica agendado um contacto telefónico, por parte de um enfermeiro da CP II, passado um mês para avaliação da situação do utente, nomeadamente, para averiguar se existem sinais de alerta para recaídas, bem como se o plano terapêutico está a ser seguido.

Existem duas consultas de psiquiatria que são realizadas na comunidade, em ligação com a CP II. A consulta de Vila Franca de Xira era realizada, aquando da realização do meu estágio, no Hospital Reynaldo dos Santos por um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social e uma psicóloga. O novo núcleo de intervenção comunitária do CHPL, inaugurou no dia 4 de Maio de 2011 e irá dar resposta aos utentes com perturbações do pensamento do conselho de Vila Franca de Xira.

A reunião da equipa multidisciplinar é realizada todas as quartas feiras às 11 horas. Nesta reunião a enfermagem é sempre representada pela presença da Enfermeira Chefe e um enfermeiro destacado por esta e que têm voz activa dentro da equipa. São discutidos nesta reunião os vários casos clínicos, a evolução ou não dos utentes, as alterações terapêuticas, planos de intervenção a implementar ao utente bem como à família, programação das altas, entre outros.

A reunião comunitária é realizada uma vez por semana na sala de convívio, onde estão presentes os utentes, um enfermeiro moderador e um ou mais enfermeiros, os psicólogos e os assistentes sociais. O objectivo desta reunião é que os utentes verbalizem o que os preocupa ou o que consideram que não está bem (ou está) no serviço, no sentido de melhorar a prestação dos cuidados e alterar algumas dinâmicas, caso seja necessário.

É importante referir que, num serviço como a CP II as intervenções de enfermagem não são apenas as que se constituem como rotinas, como as que aqui descrevo. As intervenções de enfermagem num serviço com as características da CP II são mais complexas e acontecem a cada momento em que se está perto de um utente. Muitas actividades de grupo são programadas tendo em conta as características dos doentes internados naquele momento.

2.1.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas

Durante a realização deste ensino clínico tracei alguns objectivos que me permitissem ter nitidez sobre o caminho a tomar durante o ensino clínico e que foram:

- Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço;
- Prestar cuidados especializados ao utente e família em crise, tendo por base conceitos fundamentais para a enfermagem;
- Desenvolver actividades de grupo que contribuam para a restauração do equilíbrio em doentes em crise.

2.1.2.1 - Objectivo 1 – Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço

Nenhum enfermeiro consegue trabalhar sozinho, e para que o seu cuidar seja completo tem de trabalhar em equipa. É importante, ao entrar numa equipa de trabalho, que se conheçam as regras e as rotinas desse grupo, para que não existam discrepâncias que interfiram na prestação de cuidados.

Para cumprir este objectivo foi realizada, antes de o estágio iniciar, uma reunião com a enfermeira chefe do serviço e orientadora do ensino clínico, com o intuito de conhecer a estrutura física do serviço e disponibilizar o guia de estágio e ainda o meu projecto de estágio. Esta visita anterior ao início do estágio foi pensada de modo a que a orientadora tivesse indicações precisas das minhas aspirações durante a realização deste, permitiu ainda conhecer atempadamente a realidade da instituição e preparar-me para a intervenção já com conhecimento da realidade que iria encontrar.

Durante todo o estágio foram realizadas diversas reuniões informais quer com a orientadora quer com os enfermeiros do serviço sobre rotinas, métodos de trabalho, recursos, entre outros aspectos. Para consolidar e organizar a informação recolhida, foi realizado um trabalho de caracterização do serviço (ANEXO I).

Foi efectuada a observação e análise das normas e protocolos existentes no serviço, bem como dos processos dos utentes e os registos de enfermagem.

Este objectivo foi atingido com a colaboração de toda a equipa de saúde que sempre se mostrou disponível para me ajudar. São difíceis os primeiros dias a trabalhar num serviço desconhecido e são ainda mais difíceis os dias a trabalhar num serviço desconhecido e numa realidade ainda mais desconhecida. Foi extraordinário o modo como fui recebida no serviço e como toda a equipa se preocupou em tornar este percurso de aprendizagem numa viagem fabulosa.

A concretização deste objectivo permitiu o desenvolvimento da minha aprendizagem e a concretização dos meus objectivos seguintes.

2.1.2.2 - Objectivo 2 - Prestar cuidados especializados ao utente e família em crise, tendo por base conceitos fundamentais para a enfermagem

A planificação deste objectivo vai de encontro a uma das competências propostas pela OE (2010) que prevê que, o enfermeiro especialista em saúde mental, *“para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências 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”*.

Como nos relembra Phaneuf (2002) *“a pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos”*.

Para potencializar esta competência do cuidar fazendo uso de mim mesma foram realizadas diversas actividades.

Foram realizadas com a enfermeira orientadora e com os enfermeiros do serviço diversas reuniões informais onde se debateram emoções, atitudes e posturas quer de mim mesma, quer dos profissionais e ainda dos utentes. A partilha de experiências entre os intervenientes do processo de cuidar permite uma auto-reflexão e uma tomada de consciência da nossa personalidade e de como a deixamos transparecer nos nossos contactos com os outros. O modo como o outro nos percebe permite-nos descobrir o que somos, como nos mostramos e o que poderemos fazer para evoluirmos.

Efectuei uma cuidada investigação e pesquisa bibliográfica sobre as temáticas da comunicação, da relação de ajuda, do cuidar em enfermagem e da intervenção da enfermagem no momento de crise, de modo a consolidar saberes para o planeamento e desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades dos utentes.

Nunca deixando de ter presente a necessidade de criar com os utentes uma relação que se constituísse em si uma relação terapêutica, foram mantidos sempre presentes os princípios nos quais a relação terapêutica, segundo Timby (2001) encontra os seus alicerces, ou seja *“tratar cada paciente como um indivíduo único; respeitar os sentimentos do paciente; lutar para promover o bem-estar físico, emocional, social e espiritual do paciente; estimular o paciente a participar da solução de problemas e de tomada de decisões e aceitar que um paciente possua o potencial de crescimento e de mudança”*.

Foram realizadas diversas entrevistas com o intuito de ajudar os utentes. Estas entrevistas que foram realizadas umas de um modo mais formal e outras de um modo informal tiveram como objectivo prestar suporte psicológico ao utente tendo por base uma relação de ajuda. Segundo Phaneuf (2005) este tipo de entrevista constitui-se como uma *“estratégia de comunicação profissional para a qual a enfermeira estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada ou para os seus próximos a fim de os ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida”*.

Ao desenvolver a técnica de entrevista foram desenvolvidas competências a nível da escuta activa, observação e interpretação do comportamento do utente, consciencialização da minha postura e da minha comunicação verbal e não verbal, interpretação do que é dito e capacidade de negociação entre outras.

Foi realizado um estudo de caso a uma utente com o diagnóstico de depressão neurótica que tinha realizado uma tentativa de suicídio pelo que foi internada na CP II (ANEXO II). Acompanhei esta utente desde o momento da admissão até ao momento que teve alta do serviço. Realizei a avaliação inicial e a colheita de dados que possibilitaram a realização de uma história de vida da utente e a sua história clínica, foram identificados, segundo o modelo de enfermagem de Betty Newman, os factores de stress, bem como as linhas de defesa que a doente identificou como sendo, respectivamente, potenciadoras de sofrimento e protectoras no sentido da manutenção de um equilíbrio. Foi ainda realizado um processo de enfermagem que segundo Townsend (2011) é *“um meio da enfermagem dar cumprimento ao requisito do uso de metodologia científica de modo a ser considerada uma profissão”*. Com um processo de

enfermagem bem elaborado um enfermeiro consegue cuidar do utente de uma forma completa e esquematizada já que o processo de enfermagem “*combina todas as habilidades da reflexão crítica e cria um método activo de resolução do problema que é tanto dinâmico como cíclico*” (Doenges, 2000). Processos de enfermagem completos permitem ainda, dar visibilidade ao trabalho realizado pelos enfermeiros, e permitem realizar a avaliação dos ganhos em saúde para os utentes e suas famílias. É por isso um excelente documento de trabalho para a enfermagem.

Foram programadas e realizadas entrevistas com a família, pois, tal como Taylor (1992) refere “*uma característica do estado de crise é que raramente afecta um indivíduo sem também afectar outras pessoas significativas no sistema de apoio social do indivíduo*”. Estas entrevistas permitiram a avaliação das necessidades da família, mas também contribuíram para a identificação de dados pertinentes para a estruturação de um plano de cuidados completo para o utente.

Foi importante para mim realizar este objectivo, porque nem sempre é fácil ter a percepção de alguns destes princípios fundamentais da enfermagem na nossa prática do dia-a-dia. Foi importante ter a oportunidade de os reaprender, de os observar e de os praticar. Só com estas competências básicas da enfermagem é que se pode prestar cuidados de especializados de enfermagem. Para os utentes, estes e os próximos com que irei trabalhar, considero que foi um ganho.

Considero ainda que ter a ajuda de profissionais já especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e que treinam diariamente estes princípios de enfermagem, foi fundamental.

2.1.2.3 - Objectivo 3 - Desenvolver actividades de grupo que contribuam para a restauração do equilíbrio em doentes em crise

As actividades que desenvolvi para o cumprimento deste objectivo vão de encontro às competências do EESM propostas pela OE (2010) no que respeita a prestar “*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*”.

As actividades de grupo desenvolvidas pelo enfermeiro especialista devem ser “*centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições e visar a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental*” (OE, 2010).

Na planificação das actividades de grupo foram também tidas em conta técnicas específicas como o psicodrama que segundo Townsend (2011) é “*um tipo especializado de terapia de grupo que emprega uma abordagem dramática na qual os participantes se tornam “actores” em cenários de situações de vida; o objectivo é resolver os conflitos interpessoais numa atmosfera menos ameaçadora do que a situação de vida real*”.

Foi preferida a realização de actividades sobre a forma de jogos, já que estes “*fornece um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência*”

das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros” (Manes, 2009).

Com a convicção que é terapêutico partilhar experiências e sentimentos, estudar as relações que se formam num grupo, dar a oportunidade de os utentes focarem a sua atenção nos seus próprios sentimentos, ou pelo contrário distanciarem-se das sensações indesejáveis foram realizadas diversas actividades:

Passeios de carácter terapêutico que davam oportunidade ao utente de sair da CP II e exercer o seu papel social indo ao café e estar um pouco na esplanada, além de permitirem um *setting* terapêutico mais informal e por isso potenciador da partilha de sentimentos e emoções. Apesar de parecer simples este tipo de actividades estão previstas no âmbito da reinserção e das actividades socioterapêuticas responsabilidade dos EESM. Todos os doentes podiam participar nesta actividade desde que não mantivessem ideiação de fuga. Conforme o tamanho do grupo iam um ou dois enfermeiros a acompanhar.

Actividade: O ponto e eu (Anexo III). Esta actividade foi realizada de modo a promover e a estimular a fantasia e a criatividade, facilitar o auto-conhecimento e o conhecimento mutuo dentro do grupo. Foi dado aos utentes uma folha branca com um ponto no centro e foi-lhes pedido que a partir desse ponto desenhassem algo. Após todos terem terminado foi-lhes proposto que encarassem o ponto como sendo a representação da percepção que cada um tem de si próprio. Foi realizada no final da actividade uma avaliação com todos os utentes de modo a poderem referir até que ponto a actividade os teria influenciado.

Actividade: Era uma vez (Anexo IV). Esta actividade de grupo recorreu a alguns dos princípios da biblioterapia. Paiva (2010) refere que *“através da biblioterapia, o indivíduo pode ser ajudado a ganhar distanciamento de sua própria dor e expressar seus sentimentos, ideias e pensamentos, o que pode possibilitar uma percepção mais aguçada de sua própria situação de vida, desenvolvendo uma forma de pensar criativa e crítica, além de diminuir o sentimento de solidão (de sentir-se único a se sentir daquela forma), validar seus sentimentos e pensamentos, desenvolver empatia com outras pessoas (quando a biblioterapia é aplicada em grupo). Isso favorece a diminuição da ansiedade”*. A sessão iniciou-se com uma história em forma de conto e foi pedido aos utentes, seguindo uma direcção pré definida, que fossem completando a história segundo a sua própria imaginação e criatividade. Para a avaliação da actividade foi valorizada a apreciação verbal dos utentes. Foi ainda realizada uma reunião com os profissionais de saúde para discutirmos a história que foi criada e descortinar que temáticas poderiam estar subjacentes.

Foi ainda proposta uma actividade com os fundamentos da arte-terapia que segundo Townsed (2011) *“utiliza as capacidades criativas do cliente para encorajar a expressão das emoções e sentimentos através da arte. Ajuda os clientes a analisar o seu próprio trabalho numa tentativa de reconhecer e resolver conflitos subjacentes”*. Esta actividade consistiu na elaboração de um placar com cerca de 3 metros de comprimento para a sala de convívio (ANEXO V). Com esta actividade, que ficou exposta, houve, não só a melhoria do ambiente terapêutico, como houve a gratificação e a melhoria da auto-estima dos utentes. Houve testemunhos verbais dos ganhos

peçoais dos utentes e foi possível observar expressões de congratulação entre utentes e expressões de contentamento por parte dos que participaram nas actividades.

Particpei em 4 reuniões comunitárias onde estavam presentes todos os utentes internados na CP II, um enfermeiro moderador, os psicólogos e os assistentes sociais. As reuniões foram sempre moderadas pelo mesmo enfermeiro, porque era alguém em quem os utentes confiavam e a quem reconheciam autoridade. Estas reuniões têm por base o princípio da comunidade terapêutica que segundo Taylor (1992) *“é uma modalidade de tratamento na qual o próprio ambiente é usado como uma intervenção terapêutica. Ela tenta envolver o cliente em sua própria terapia, restaurar a sua auto-confiança oferecendo várias oportunidades para a tomada de decisões, aumentar sua auto-conscientização afastar a sua atenção e preocupação de sua própria pessoa, dirigindo-as para as necessidades dos outros”*. No final de cada uma destas reuniões é realizada uma acta, em que se descreve, o mais pormenorizadamente possível, tudo o que se passou na reunião. As temáticas e as sugestões da reunião são posteriormente debatidas em equipa.

Foi realizada uma actividade de grupo com o nome de “A batata quente” (Anexo VI) em que foi dado a cada um dos utentes uma folha em branco, foi posteriormente pedido a todos os utentes que dividissem a folha em 3 partes iguais e que na parte mais à esquerda escrevessem “Como sou hoje”, na parte mais à direita escrevessem “Como serei amanhã” e que no centro escrevessem “Que coisas posso fazer para mudar”. Depois foi pedido aos utentes que virassem a folha e que escrevessem “Qual a batata quente”. Foi explicado aos utentes que quando lhes perguntava qual a batata quente, queria saber qual o/os problemas que reconheciam como principais influenciadores da sua situação.

Após a realização da actividade, foi pedido a cada um que partilhasse com o grupo o seu trabalho e foi dada a oportunidade de comentarem os trabalhos uns dos outros. Com esta actividade, pretendia-se promover a auto-consciência no momento presente e procurar soluções para uma futura auto-realização. Os utentes mostraram-se participativos e interessados na actividade. Posteriormente, e de forma individual, foram realizadas entrevistas informais a cada um dos participantes de modo a verbalizarem sentimentos relativos à actividade. Houve quem tivesse referido a dificuldade na exposição ao outro e na verbalização dos seus problemas, mas a maioria dos utentes verbalizou satisfação por terem realizado a actividade. A importância deste tipo de actividade para o utente está relacionado com o que Taylor (1992) afirma *“uma vez que o cliente seja capaz de lidar com as suas emoções, frequentemente será capaz de tomar decisões apropriadas com relação ao comportamento necessário para a resolução de problemas que envolvem a crise”*.

2.1.3 - Análise Crítico - Reflexiva

Segundo Taylor (1995) *“as autoridades da saúde mental definem crise como um estado de desequilíbrio resultando da interacção de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender as demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento”*. Num

serviço de internamento como a CP II do Hospital Júlio de Matos, todos os utentes estão em fase de crise, ou seja, nenhum dos utentes tem capacidades para, sozinho, contornar a situação com que se depara, e este facto constitui-se como o desafio para a enfermagem.

Considero que as intervenções realizadas foram devidamente estruturadas, sistematizadas e fundamentadas e que contribuíram para a realização dos objectivos a que me propus. Embora as suas avaliações não devessem ter ficado apenas por exposição dos acontecimentos e posterior análise com outros profissionais de saúde. Deveriam ter sido avaliações mais fundamentadas e baseadas em questionários. Apesar de tudo considero que levaram a ganhos de saúde para os utentes e suas famílias, na medida em que levaram a momentos de satisfação para os utentes que foram, em conjunto com outras actividades, mostrando melhorias clínicas.

Como não possuía experiência profissional na área de psiquiatria considero que houve um desenvolvimento pessoal e profissional complexo. A aprendizagem em contexto clínico é fundamental e incontornável para quem pretende evoluir e adquirir competências.

Gostaria de referir que considero que tive muita sorte em estagiar neste contexto prático porque toda a equipa de enfermagem, principalmente constituída por enfermeiros especialistas, me ajudou a reflectir e a analisar a minha prestação, ajudando-me tanto no meu processo de crescimento pessoal como profissional. Não só me ajudaram a desenvolver as competências de um EESM, como me ajudaram a crescer como pessoa.

Considero que a minha falta de experiência foi, de certa forma, limitativa. Acho que necessitei de mais dias de integração e que fiquei muito limitada por necessitar constante validação das minhas actividades e, principalmente, das minhas acções. Estive muitas horas a observar outros profissionais a interagirem com os utentes e muitas horas a analisar a comunicação e atitudes destes e, posteriormente, muitas horas a dedicar-me a interagir e a avaliar com outros profissionais a minha comunicação e actividades.

Por estar muito focada na minha prestação e aquisição de experiência, por vezes as actividades programadas não tiveram um rigoroso controlo dos benefícios para os utentes.

2.2 - Módulo III – Módulo Opcional - Gerontopsiquiatria

O plano de estudos da Pós - Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica prevê a realização de um estágio numa área à escolha do aluno, seguindo as suas preferências pessoais e profissionais. Não tive dificuldade em escolher a área da gerontopsiquiatria, já que foi esta a área que me motivou a ingressar neste curso. Na verdade, a geriatria foi a área que me levou a ingressar em enfermagem. Desde que me formei tenho trabalhado sempre com idosos, num serviço de medicina, e de todas as patologias comuns em geriatria a demência foi a que mais me interessou e intrigou. Assim, e seguindo a opinião da professora orientadora, foi escolhida a CSI e, especificamente, a Unidade Maria Josefa para a realização deste módulo.

2.2.1 - Unidade Maria Josefa

A Unidade Maria Josefa pertence à CSI que foi fundada em 1894 por Bento Menni e pertence às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. É uma instituição particular de Solidariedade Social que tem desenvolvido a sua acção segundo um modelo de assistência integral que, através do trabalho em equipa, desenvolve a intervenção terapêutica contemplando os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

Em 2005, após sentirem a necessidade de manterem níveis elevados de qualidade de vida para os idosos e suas famílias, criaram a unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva.

A Unidade Maria Josefa, situada no 4ª piso, é constituída por 26 camas para controlo sintomático ou para internamentos de doentes para alívio das famílias.

Os utentes chegam a esta unidade referenciados pelos médicos de família, para continuidade de cuidados dentro da mesma instituição (por exemplo utentes que estavam no internamento de agudos), por indicação de médicos que conhecem a instituição ou pela Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer.

Os critérios de internamento incluem pessoas idosas com doença psiquiátrica ou neurológica, para controlo de sintomas e/ou reabilitação cognitiva; e/ou pessoas idosas com ausência de cuidador principal e/ou exaustão familiar.

A missão da Unidade Maria Josefa é oferecer uma resposta assistencial de qualidade às pessoas idosas com doença psiquiátrica ou neurológica e suas famílias, neste compromisso distinguem-se por uma intervenção individualizada através de programas integrados nas vertentes clínica e de reabilitação.

Os valores da Unidade Maria Josefa são: o acolhimento e humanização na relação; o respeito pela dignidade da pessoa; a criatividade e actualização científica; a transparência e credibilidade e o rigor e qualidade.

Os objectivos da Unidade Maria Josefa são: promover uma assistência integral a doentes idosos com doença psiquiátrica; potenciar a autonomia e integração social dos indivíduos através de estimulação e reabilitação cognitiva e intervir junto da família enquanto entidade de cuidados.

Da equipa multidisciplinar fazem parte 9 enfermeiros e profissionais de áreas diversas como auxiliares de acção médica, médico psiquiatra, médico de medicina interna, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, psicomotricionista, assistente espiritual e fisioterapeutas.

2.2.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas

2.2.2.1 - Objectivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço

O processo de integração iniciou-se antes do início do estágio aquando uma reunião com a enfermeira chefe, que foi também a minha orientadora. Esta reunião inicial teve como objectivo conhecer o serviço, os seus recursos, os seus utentes e as suas principais rotinas.

Este processo de integração continuou nos primeiros turnos que realizei, através da participação nas actividades desenvolvidas na Unidade Maria Josefa, da consulta das normas e protocolos do serviço e ainda através de conversas informais com os profissionais da equipa multidisciplinar.

Um processo de integração é mais do que conhecer a estrutura física da instituição, é conhecer os valores e os princípios do cuidar que são assumidos no serviço. Com a minha presença não é pretendido que eu seja mais um elemento da equipa de enfermagem, no entanto, é importante prestar cuidados de enfermagem especializados aos utentes, sem que estes sofram com mudanças abruptas nas suas rotinas.

Gostaria de referir que nunca tinha tido a oportunidade de trabalhar num serviço em que os assistentes operacionais desempenhassem tarefas de tão elevado nível. Todos eles tiveram formação específica e estão habilitados a poder, em qualquer altura, ajudar os utentes com demência de uma forma correcta. Este trabalho com rigor e qualidade, respeitando a dignidade da pessoa foi inspirador.

Como nos chama a atenção Peduzzi (2007) *“para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das acções. As acções de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as acções executadas pelos demais integrantes da equipe”*.

Tive o cuidado de validar com a enfermeira orientadora a planificação das actividades a desenvolver durante este ensino clínico, de modo a ter a certeza que as minhas acções não iriam ser descontextualizadas da realidade do dia-a-dia do serviço. Queria também ter a certeza que não iria influenciar apenas alguns utentes, mas sim todos eles, para que isso acontecesse, tive o cuidado de não me centralizar apenas na execução das actividades programadas, mas também prestar cuidados a todos os utentes durante todo o turno. Assim participava na passagem de turno de todos os utentes, ajudava sempre que possível, na higiene dos utentes, ajudava na administração da medicação e no auto-cuidado alimentação, ajudava todos os utentes no auto-cuidado uso do sanitário, utilizava a sala de convívio para estar com todos os utentes e interagir com estes de uma forma estruturada e orientada para o bem-estar de todos eles. Sinto que apesar de a intenção do ensino clínico não ser eu fazer

parte da equipa de enfermagem, o partilhar com esta as rotinas do serviço foi de extrema importância para a minha integração, mas também para a minha prestação de cuidados.

2.2.2.2 - Objectivo 2 - Prestar cuidados com elevado nível de complexidade a doentes com demência internados na Unidade Maria Josefa

Prestar cuidados a utentes com demência é um enorme desafio. Apesar de ser uma doença sem cura, existe um leque variado e extenso de intervenções que podem ajudar a dar qualidade de vida aos utentes e manter a sua dignidade.

Para a concretização deste objectivo foram desenvolvidos três estudos de caso com a finalidade de prestar cuidados de forma individualizada e personalizada a cada um dos utentes tendo por base as suas avaliações.

A primeira utente seleccionada (ANEXO VI) foi uma utente com o diagnóstico de demência arterosclerótica para quem foi realizada a avaliação do estado mental, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Índice de Barthel.

Na avaliação do estado mental a utente mostrou-se orientada na pessoa, desorientada no tempo e parcialmente desorientada no espaço. Apresentava-se cuidada no seu aspecto físico, com uma atitude desconfiada. O seu discurso era normal tendo em conta a quantidade, a velocidade e a qualidade. O seu humor estava deprimido e o seu pensamento parecia lento, parecia não ter qualquer insight sobre a sua patologia pelo que mostrava, por vezes, atitudes de inquietação.

O MEEM é, segundo Sequeira (2010), a escala mais utilizada mundialmente como medida de avaliação do funcionamento cognitivo e constitui um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade.

Não podemos esquecer que o MEEM não estabelece o diagnóstico de demência mas, e citando Spar (2005), *“identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva que poderá justificar o alargamento da avaliação”*.

Apesar de ser muito utilizado, o MEEM, assim como relembra Pinho (2008) tem limitações pelo que a sua interpretação deve ser cautelosa e levar em consideração a possível interferência de variados factores, tais como idade, nível educacional, factores culturais, diminuição da acuidade visual e auditiva, problemas físicos, ansiedade, doença psíquica, entre outros.

A avaliação do MEEM desta utente foi de 22 pontos, tendo em conta que a utente tem entre 4 e 11 anos de escolaridade, encontra-se no limiar de apresentar defeito cognitivo. As áreas onde se percebe que tem dificuldades são a orientação, a atenção e o cálculo e na linguagem escrita.

O Índice de Barthel, é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 actividades básicas de vida diária que são: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas,

transferência cadeira-cama e deambulação. Nesta avaliação a utente teve uma pontuação de 85 pontos o que reflecte uma ligeira dependência nas suas actividades de vida diárias.

As actividades planeadas e executados (ANEXO VII) passaram pela realização da parte da manhã de uma sessão de estimulação cognitiva com cerca de 60 minutos e de uma sessão de terapia de orientação para a realidade realizada no período da tarde com cerca de 60 minutos. Foi ainda incentivada a participar diariamente na sessão de grupo de terapia de orientação para a realidade iniciada logo pela manhã na sala de convívio.

As avaliações realizadas ao longo das sessões mostraram que a utente sofreu alterações positivas na adesão às actividades, na atenção e concentração, na participação, na satisfação e na interacção. Verificou-se ainda que o humor melhorou e que a atitude desconfiada que apresentava no início foi suprimida.

O segundo utente que acompanhei (ANEXO IX) apresentava o diagnóstico de síndrome demencial. Este síndrome tinha pouco tempo de evolução (cerca de 1 ano) embora já tivesse motivado dois internamentos para controlo dos sintomas.

Este utente mostrava-se, inicialmente, com uma apresentação geral cuidada, com um discurso fluente, embora tivesse de ser estimulado. Apresentava alguma desconfiança e reticência na interacção. Apresentava-se orientado na pessoa e parcialmente desorientado em relação ao espaço e ao tempo, situação que revertia com a terapia de orientação para a realidade. Humor deprimido e parecia ter algum juízo crítico da sua situação. Isolava-se das actividades de grupo, embora passasse grande parte do dia na sala de convívio.

No MEEM apresentou uma pontuação de 28 o que representa um resultado positivo pois não existe nenhuma área que esteja seriamente comprometida.

Na avaliação da capacidade funcional com o índice de Barthel o utente apresentou uma pontuação de 50 pontos o que classifica de moderadamente dependente as actividades de vida diárias. Esta dependência está relacionada, em grande parte, com o facto de o utente ter como antecedente pessoal um AVC que o deixou com uma hemiparésia sequelar no hemisfério esquerdo, pelo que precisa do auxílio de uma pessoa na marcha.

As actividades planeadas e executados (ANEXO X) passaram pela realização da parte da manhã de uma sessão de estimulação cognitiva com cerca de 60 minutos e de uma sessão de terapia de orientação para a realidade realizada no turno da tarde com cerca de 60 minutos. Foi ainda incentivada a participar diariamente na sessão de grupo de terapia de orientação para a realidade realizada no início da manhã na sala de convívio.

Inicialmente, parecia que o utente estava a fazer progressos, mas a sua situação clínica agravou-se. O utente iniciou períodos de comportamento demonstrativo em que se deixava cair e em que apresentava rigidez muscular, não colaborando na prestação de cuidados. Tornou-se reticente a qualquer tipo de aproximação por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar, tornando-se por vezes violento. Estas alterações motivaram diversas alterações terapêuticas do utente que influenciaram o seu ciclo de sono/vigília e que dificultaram a continuação das sessões que estavam programadas, pelo que foi necessário readaptar o plano de cuidados a este utente. As actividades deixaram de estar relacionadas com a estimulação cognitiva e

passaram a estar direccionadas com a estimulação motora com a realização de passeios pelo serviço que permitissem, ao mesmo tempo, aumentar a confiança do utente nos profissionais de saúde. Foi estabelecida um outro tipo de relação e outro tipo de intervenção daquela que inicialmente se tinha programado, para este utente, no entanto, foi a mais adequada tendo em conta a evolução do utente.

O acontecido vem mostrar que o processo de enfermagem não é estático, mas sim dinâmico e que deve sofrer ajustes e adaptações *“enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direcção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente”* (Townsend, 2001). A fase da avaliação dos processos de enfermagem, bem como a sua revisão e adequação à nova realidade dos utentes está prevista e deve ser realizada por todos os enfermeiros.

Segundo a OE (2010) *“a gestão de caso inclui actividades como organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente”*.

A terceira utente que acompanhei de forma individualizada (ANEXO XI) tinha o diagnóstico de síndrome demencial, cuja etiologia é ainda desconhecida. O seu internamento na Unidade Maria Josefa foi para controlo sintomático e deficiente adesão ao regime terapêutico.

À observação directa a utente parecia cuidada e arranjada. Apresentava uma bradilália, até porque a comunicação estava dificultada por uma constante sealorreia. Humor eutímico mas com muitas dificuldades na concentração. Orientada na pessoa, mas desorientada no espaço e no tempo situação que não reverte com terapia de orientação para a realidade. Manifestas dificuldades de memória aos três níveis (imediate, recente e remota). Sem juízo crítico para a sua situação actual. Apresenta ainda uma inquietação motora que a leva a deambular de forma continuada.

Na avaliação do MEEM foi obtida uma pontuação de 13, o que é revelador de graves defeitos cognitivos. A capacidade de retenção, de nomeação e de cumprimento de ordens são as únicas áreas que não apresentam alterações pelo que as actividades programadas para esta utente visam a manutenção e o desenvolvimento dessas mesmas áreas.

Na avaliação da autonomia nas actividades de vida diária com Índice de Barthel a pontuação desta utente foi de 65 pontos o que é indicativo de uma ligeira dependência.

As actividades planeadas e executadas (ANEXO XII) passaram pela realização da parte da manhã de uma sessão de estimulação cognitiva com cerca de 30 minutos e de uma sessão de terapia de orientação para a realidade realizada no turno da tarde com cerca de 30 minutos. Estas sessões demoraram um pouco menos de tempo do que o normal, pois esta doente tinha sérias dificuldades de concentração. Foi ainda incentivada a participar diariamente na sessão de grupo de terapia de orientação para a realidade, iniciada logo pela manhã na sala de convívio, o que nem sempre foi conseguido por a doente apresentar dificuldade em permanecer no mesmo local (acatisia) e isso ser perturbador para a realização das sessões.

Ao longo de todas as sessões com esta utente não se verificaram alterações significativas nem em relação à capacidade funcional da utente, nem em relação ao seu desempenho nas actividades de estimulação cognitiva. Conseguiu-se, no entanto, que a utente retomasse um plano terapêutico adequado à sua situação de uma forma continuada.

Como a sua demência já estava num elevado estado de evolução, não eram esperadas alterações significativas do estado da utente já que, e corroborando o que Spar (2005) defende, “a demência é crónica, progressiva e irreversível com as abordagens actualmente disponíveis” embora se possa fazer muito para aumentar a qualidade de vida dos utentes promovendo a sua dignidade.

A escolha dos utentes foi um processo difícil para mim, pelo que contei com a colaboração da enfermeira chefe que me estava a orientar neste ensino clínico. O objectivo da escolha foi ter doentes em diferentes fases da doença e com diferentes dificuldades de modo a poder diversificar e aumentar a minha aprendizagem.

Foram ainda, a par destas intervenções individuais, desenvolvidas actividades de terapia de orientação para a realidade para todos os utentes da Unidade Maria Josefa (ANEXO XIII). Estas actividades eram diárias e realizadas logo no início do dia. Os utentes eram orientados para a pessoa, espaço e tempo e, posteriormente, era realizada uma actividade em que era pedida a participação de todos e que permitisse o treino da memória, como por exemplo jogos de provérbios, jogos com mímica ou com sons. Foram sempre momentos de grande entusiasmo para os utentes que de modo geral aderiam bem às actividades. Foram realizadas as avaliações destas sessões utilizando uma adaptação da folha de avaliação já existente no serviço (ANEXO XIX).

2.2.2.3 - Objectivo 3 – Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao utente com demência

A procura da qualidade em saúde é uma acção prioritária. Cada um dos enfermeiros deve preocupar-se em aumentar os seus conhecimentos teóricos, reflectir na sua prática e melhorar a prestação dos seus cuidados.

Visando promover o desenvolvimento pessoal e profissional, gerando novas competências no propósito de um cuidar de excelência, foi apresentada no serviço uma formação intitulada de Ptofobia (Anexo XX). A ptofobia é o termo utilizado para designar a reacção fóbica a manter-se em pé e a andar, relacionado ao medo de cair. Mesmo não havendo nenhuma anormalidade neurológica ou ortopédica, o indivíduo não consegue andar sem apoiar-se.

Esta formação é especialmente importante num contexto como o que podemos encontrar na Unidade Maria Josefa. O princípio da formação foi, lembrar a todos os profissionais, que o medo que os utentes possam ter em cair pode ser determinante para a planificação das actividades e principalmente para a promoção quer da qualidade de vida, quer para a promoção da autonomia nas actividades de vida diária.

No serviço já são utilizadas escalas de avaliação de forma regular, mas a avaliação do medo não é ainda utilizada. Existe na CSI uma comissão do risco de quedas mas que nunca propôs a utilização deste tipo de escalas que permitem avaliar o medo dos utentes.

Na verdade o medo pode ser tão incapacitante como uma patologia física mas pode ter uma solução mais simples se for devidamente acompanhado. É importante os profissionais de saúde estarem atentos e saberem distinguir as duas situações.

Com esta formação alertou-se a todos os enfermeiros que existe uma área sobre a qual se poderiam debruçar de modo a melhorarem a prestação dos cuidados.

Todos os enfermeiros foram convidados a participar na formação que foi divulgada apenas por “ptofobia”. Nenhum dos enfermeiros que assistiu à formação sabia o que ptofobia queria dizer. Afluência foi muito significativa e estiveram presentes 7 enfermeiros, de uma equipa de 9. No final da formação foi aberto um momento de partilha em que se percebeu que a formação poderia ter contributos directos na prestação de cuidados e que iria ser proposta a formação no grupo de controlo do risco de quedas.

2.2.3 - Análise Crítico - Reflexiva

Tendo em conta os dados demográficos, iremos ter cada vez mais utentes com o diagnóstico de demência, pelo que é necessário que exista a preocupação de se disponibilizarem estratégias para dar resposta às necessidades dos idosos e das suas famílias.

O EESM segundo as competências da OE (2010) *“elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social”*.

Considero que as actividades de estimulação cognitiva e de terapia de orientação para a realidade programadas e realizadas de uma forma individual trouxeram ganhos em saúde para os utentes nomeadamente na preservação das suas capacidades cognitivas num dos casos e na melhoria num outro. Infelizmente com o terceiro utente para quem planei actividades não foi possível realizar uma avaliação geral.

Considero que as sessões de orientação para a realidade realizadas com o grupo dos utentes internados na Unidade Maria Josefa trouxeram benefícios diários para todos os doentes.

Considero ainda que a formação desenvolvida em contexto de trabalho contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na medida que alertou para uma realidade desconhecida por parte dos enfermeiros, dando-lhes não só suporte teórico, mas as escalas para que pudessem ser utilizadas no serviço.

A postura por mim adoptada em querer participar nas actividades de vida diária de todos os utentes do serviço, foi importante porque me permitiu interagir com mais utentes e permitiu-me desenvolver as actividades de grupo, que inicialmente, não eram uma prioridade para mim, e permitiu-me ter a noção do que é trabalhar neste contexto, experimentando a sua rotina.

2.3 - Módulo I - Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico precoce e a prevenção da doença

Na comunidade portuguesa, não é só o número da população idosa que está a aumentar, estamos também perante um outro problema, que está previsto no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e que é o facto de que, *“para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento”*.

Quando estes utentes são idosos as dificuldades de diagnóstico aumentam exponencialmente, porque muitas vezes os sintomas são mascarados, por alterações que as pessoas atribuem ao processo de envelhecimento normal.

Como relembra Sequeira (2010) *“as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais, às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens ao nível da autonomia, às vantagens na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no ambiente habitual e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados”*.

Existem na sociedade recursos sociais, que ajudam, não só a garantir que os idosos consigam permanecer no seu domicílio, sem serem institucionalizados, mas também que assumem a responsabilidade em informar, aconselhar e dar suporte aos cuidadores. Em instituições com este cariz, das quais destaco o apoio domiciliário, os centros de dia e os centros de convívio. É essencial que todos os profissionais tenham a noção que, para se prestar cuidados de excelência é necessário, como nos diz Cordo (2001):

- *“Avaliação cuidada e integral das condições do idoso (limitações, interesse, competências, carências, etc...);*
- *Preconização/pragmatização e avaliação contínua dum plano individual de intervenção que, se for necessário, não atente apenas as necessidades básicas (como higiene e alimentação), mas também à preservação das capacidades e à manutenção das ligações da pessoa idosa ao mundo, à informação e à cultura”*.

A Constituição da República prevê no seu artigo 72 os direitos das pessoas idosas que são:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade

A razão por os direitos dos idosos estarem consagrados na constituição diz respeito ao facto destes serem um grupo de risco, tendo em conta as suas características.

2.3.1 - Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide

O Centro Social e Paroquial de Carnide (CSPC) é uma Instituição Particular de Serviço Social de cariz religioso. Há cerca de 30 anos que presta serviços à comunidade tendo por base duas valências: os idosos e as crianças. Para as crianças o CSPC dispõe de uma Creche, de um Jardim de Infância e de um Centro de Actividades Livres. Com estas valências cerca de 240 crianças podem usufruir de serviços educativos e lúdicos adequados às diferentes faixas etárias.

Para a população idosa a instituição dispõe de um Centro de Dia e de um Serviço de Apoio Domiciliário e 70 idosos podem usufruir destes serviços.

O Centro de Dia, tem como finalidade dar resposta a pessoas idosas e/ou dependentes da freguesia, em situação de risco ou de perda de independência por período temporário ou permanente, contribuindo para que tenham uma vida digna, confortável e saudável, prestando ajuda directa ao idoso e indirecta à família e/ou comunidade. A valência destina-se a receber idosos de ambos os sexos, a partir dos 65 anos e, excepcionalmente, de outras idades quando a saúde física ou mental o justifiquem.

São objectivos do Centro de Dia: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prestar cuidados individualizados e personalizados, ao nível da satisfação das necessidades básicas e apoio psicossocial aos utentes, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Para prossecução dos objectivos da valência sénior, são proporcionados um conjunto diversificado de serviços, nomeadamente, alimentação, tratamento de roupa, higiene pessoal e habitacional, colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de enfermeiras, fisioterapia, actividades de animação, informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade, transporte, acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e medicamentos.

Fisicamente a instituição tem uma grande sala onde os idosos podem desenvolver as suas actividades, desde o ver televisão, fazerem as suas refeições e realizar as actividades preparadas pelas terapeutas ocupacionais.

O Centro de Dia de Carnide, assim como muitos outros Centros de Dia do país, recebe todos os utentes que pode, sem critérios de selecção relativos às características pessoais, às patologias e até às idades. Está na base dos valores de um Centro de Dia ser uma resposta social que permita aos utentes permanecer no seu ambiente social e familiar. Segundo Jacob (2002) os Centros de Dia apareceram em Portugal como resposta social no final dos anos 60, que coincidiu com a década onde se constatou que a população estava a envelhecer.

Associado ao processo de envelhecimento, que começou a ganhar estatuto científico a partir da década de 80 (Fonseca, 2006), evidenciou-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Segundo o mesmo autor, no estudo do envelhecimento cruzam-se ciências tão

diversas como a bioquímica, a medicina, a demografia, a economia, o direito, a psicologia, a sociologia e a política. Independentemente da abordagem, “o envelhecimento é um processo contínuo, irreversível e complexo em que intervêm factores biológicos, sócio-económicos, culturais e ambientais” (Monteiro, 2005).

O CSPC é um exemplo desta abordagem multidisciplinar. Nos seus quadros constam profissionais de áreas como a enfermagem, assistência social, psicologia, fisioterapia, animação sociocultural, entre outros. É por existirem diversas abordagens, que os cuidados prestados nesta instituição são cuidados de excelência, apesar das suas limitações físicas.

2.3.2 - Descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas

2.3.2.1 - Objectivo 1 – Efectuar investigação na prática clínica

Segundo a OE (2010) o enfermeiro, especialista em saúde Mental deve “*incorporar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização*”.

Para que se consiga projectar um plano de cuidados é necessário fazer uma avaliação dos utentes que vamos cuidar. Como salienta Sequeira (2010) “*a avaliação precoce e a monitorização das limitações/ défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação*”.

Neste Centro de Dia não existia nenhuma estratégia clara para recolher dados dos utentes que permitissem elaborar por exemplo, uma história de vida, e muito menos uma avaliação cognitiva dos utentes.

Foi então proposta a realização de um estudo (ANEXO XXI) que permitisse fazer um levantamento das características da população deste Centro de Dia, com o intuito de se conhecer mais aprofundadamente os utentes e perceber quais as principais áreas onde a enfermagem, e toda a equipa multidisciplinar, poderiam actuar de modo a aumentar a qualidade de vida dos utentes.

A população que foi seleccionada para este estudo foi a totalidade dos utentes do Centro de Dia. Esta escolha esteve relacionada com o facto de serem poucos utentes e porque, tendo em conta que as actividades são para todos os utentes, fazia sentido que todos fossem incluídos para não enviesar os resultados. Infelizmente esta ambição inicial não foi possível de concretizar por diversos motivos. Houve utentes que recusaram participar, houve utentes que devido às suas limitações físicas, por exemplo, hipoacúsia marcada, não foi possível aplicar de uma forma adequada os questionários pelo que, para evitar enviesamentos dos resultados, as

suas avaliações não foram contabilizadas. Os questionários foram aplicados, no total, a 14 utentes. A sua maioria são mulheres (80%) e a média de idades ronda os 83 anos de idade.

Quando apliquei o MEEM foi necessário fazer o levantamento da informação relativa à escolaridade dos utentes, já que esta influencia o resultado do exame, e porque como nos chama atenção Foss et al (2005) *“frequentemente, idosos normais e com baixa escolaridade podem ser classificados, erroneamente, como portadores de danos cerebrais. Inclusive, estudos epidemiológicos entre diferentes culturas referem que pessoas com baixa escolaridade tendem a ser mais facilmente classificadas como pessoas com demência”*.

Nos utentes do Centro de Dia constatou-se que, cerca de 29% dos utentes são analfabetos e que não existem utentes com escolaridade superior a 11 anos.

Em relação aos resultados do MEEM o estudo permitiu concluir que apenas um dos utentes conseguiu responder correctamente a todas as questões relativamente à orientação ao tempo e espaço e cerca de 35.7% dos utentes não conseguiu responder correctamente a metade das questões. Esta é uma área que deve ser bem trabalhada diariamente no Centro de Dia, e todos os utentes devem ter vários momentos de terapia de orientação para a realidade ao longo do dia, e deveriam passar a estar disponíveis utensílios como calendários e relógios que permitissem uma mais fácil orientação dos utentes.

Relativamente à retenção todos os utentes conseguiram atingir a pontuação máxima, ou seja, todos possuem potencialidades na memória de curto prazo pelo que deve ser uma área bem treinada de modo a não se perderem capacidades.

Ao contrário do que aconteceu com a retenção, a atenção e o cálculo não apresentam resultados muito animadores. A avaliação destes parâmetros é realizada pedindo aos utentes que digam quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a retirar 3, e assim por diante. 35,7% dos utentes não conseguiu fazer nenhuma subtracção correcta. Com 50% da população estuda a conseguir fazer apenas um cálculo correcto, ou nenhum, esta é uma área que está prejudicada em termos de grupo, pelo que as actividades devem ter estes valores em conta.

A avaliação da evocação está relacionada com a memória de trabalho, com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo. Apesar de 28,5% dos utentes não ter sido capaz ter nenhuma pontuação, os resultados são animadores porque outros 35.7 % tiveram pontuação máxima e outros 28, 5 % estiveram perto de a obter. Esta é uma área que deve ser muito bem trabalhada com os doentes que apresentaram avaliações positivas, porque a perda da evocação tem efeitos graves na qualidade de vida das pessoas. Os utentes que não conseguiram ter uma boa avaliação não devem participar em actividades estimuladoras desta capacidade, já que isso pode contribuir para a existência de sentimentos de perda, de incapacidade e de angústia.

Outra área avaliada com o MEEM é a linguagem e existem 5 modos diferentes de a avaliar e de a estimular, no entanto, apesar de parecer complexo, as actividades que estimulam a linguagem são as de mais fácil aplicação, porque a qualquer momento de interacção entre o utente e o profissional há a estimulação de uma das vertentes da linguagem. No entanto, é

preciso tomar em atenção os utentes que são analfabetos e aqueles que, por outras incapacidades, por exemplo físicas, não conseguem realizar as actividades. É importante referir que não basta apenas a comunicação do dia-a-dia para referirmos que existe uma estimulação da linguagem efectiva. É necessário planear actividades específicas. As maiores dificuldades encontradas nos utentes do Centro de Dia estão relacionadas com a linguagem escrita e com a capacidade de cumprir tarefas.

O último parâmetro avaliado no MEEM diz respeito às habilidades construtivas e esta foi a avaliação que teve piores resultados nos utentes do Centro de Dia, sendo que 64% dos utentes não foi capaz de pontuar. Infelizmente a maioria das actividades realizadas no Centro de Dia estão relacionadas com a habilidade construtiva. Quando se avalia a habilidade construtiva, um dos aspectos que se está a avaliar é a praxia, ou seja, a capacidade de executar correctamente movimentos adaptados a um fim. Inclui a capacidade de desenhar, de vestir-se correctamente, de executar gestos e usar objectos. Esta é por isso uma área que é necessário estimular, mas também é uma área em que os grupos de trabalho têm de ser muito bem seleccionados e orientados.

Outro dos instrumentos que utilizei no meu estudo foi o Índice de Barthel que é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 actividades básicas de vida diária que são: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. A aplicação desta escala não foi fácil porque algumas das actividades não foram presenciadas e, por vezes, as respostas dos utentes não eram muito congruentes. Recorri à ajuda dos funcionários do Centro de Dia e de alguns dos familiares.

Actividades como o banho e o subir escadas figuram-se como as tarefas que os utentes têm mais dificuldade em realizar sozinhos ou sem apoio. As actividades como o controlo intestinal e o controlo vesical e o uso do sanitário são as actividades em que os utentes têm maior grau de independência.

Por os utentes apresentarem uma média de avaliação de 84 pontos podemos considerar que os utentes são ligeiramente dependentes, segundo a tabela de avaliação. Este nível de independência permite programar actividades que, por um lado podem ser mais exigentes a nível físico, e por outro que necessitem de menor supervisão por parte dos animadores.

Este nível de dependência está directamente relacionado com o número de funcionários que devem estar implicados no cuidar dos utentes. Está também relacionado com algumas actividades, por exemplo, não se deve programar um passeio num conjunto de utentes em que exista um valor de independência muito elevado em relação à deambulação ou ao subir escadas.

Relativamente às actividades instrumentais de vida diária utilizei o índice de Lawton que avalia: o cuidar da casa, o lavar a roupa, o preparar as refeições, o fazer compras, o usar o telefone, o usar o transporte público, o usar o dinheiro e o responsabilizar-se pelos medicamentos.

A média do total da pontuação dos utentes do Centro de Dia é de 18.4% pelo que, segundo a escala de avaliação do Índice de Lawton, existe um nível moderado de dependência.

Podemos considerar que as tarefas domésticas como o cuidar da casa e o lavar a roupa, são as áreas onde existe um maior nível de dependência. Tendo em conta este resultado, seria relevante perceber quem é que está responsável por ajudar os utentes a colmatar esta dificuldade, e até que ponto será importante reabilitar os utentes para que consigam ganhar maior autonomia. É importante lembrar que a maioria dos utentes do Centro de Dia é do sexo feminino e por isso, culturalmente, seriam as pessoas responsáveis pelas actividades domésticas. Seria importante perceber até que ponto esta mudança de papel prejudica o utente e até que ponto a família e as suas relações internas são afectadas por este tipo de dependência.

Outra actividade instrumental da vida diária onde existe grande dependência está relacionada com a alimentação. Esta é área em que as respostas podem ser deturpadas pela acção dos profissionais de saúde ou pela organização familiar. Todos os utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide têm direito às suas refeições mas não é dada a oportunidade a nenhum deles de participar, quer na sua programação, na sua confecção ou na sua distribuição.

Estes resultados vieram chamar a atenção para os profissionais do Centro de Dia para a importância do treino das actividades de vida diária, aspecto para o qual não estavam despertos. Não existem muitas condições a nível da estrutura da instituição para que assim aconteça, mas este é um programa que irá ser pensado e estruturado pelas pessoas responsáveis pela instituição, assim o garantiram.

Por fim utilizei a escala de depressão geriátrica, isto porque, segundo Eliopoulos (2005) a depressão é o *“problema mais frequente que os psiquiatras tratam no idoso, aumentando a sua incidência com a idade”*.

É fácil perceber porque é que as pessoas idosas deprimem, se tomarmos em atenção todas as alterações que acontecem no processo de envelhecimento. O idoso é sujeito a alterações significativas no seu corpo, nas suas capacidades físicas, motoras e intelectuais, nas suas rotinas de vida diária, nas suas relações como o falecimento e o adoecimento dos seus familiares e amigos, na sua autonomia, etc.

Como nos chama a atenção Townsend (2009) *“os sintomas de depressão são frequentemente mal diagnosticados como demência senil quando, de facto, a perda de memória, o pensamento confuso ou a apatia sintomáticos da demência podem dever-se à depressão”*.

A aplicação desta escala é fácil, mas é necessário que o doente mantenha ainda um bom nível cognitivo, para que as suas respostas possam ser validas. Assim, excluindo os questionários dos utentes que no MEEM demonstraram défices cognitivos, foi possível avaliar 8 das escalas de depressão geriátrica aplicadas.

Destes escalas analisadas pode-se concluir que 75% dos utentes apresentava sinais de depressão, e dois dos utentes apresentavam mesmo resultados compatíveis com depressão grave. Apesar destes resultados, nenhum dos utentes estava medicado para a depressão nem tinha agendada alguma consulta médica. Quando questionados os funcionários da instituição para alguns sinais que poderiam indicar este resultado, nenhum deles se tinha apercebido de nada significativo.

Com a conclusão e apresentação deste trabalho na instituição consegui mostrar a importância de uma boa avaliação dos utentes para que se consiga ter bons resultados.

2.3.2.2 - Objectivo 2 – Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide

No Centro de Dia a enfermagem está presente apenas algumas horas por dia, apesar disso, é importante pensarmos que a visibilidade da enfermagem na prestação dos cuidados é fundamental, ou então pode-se cair no erro de encarar os cuidados aos utentes do Centro de Dia como simples ocupação do tempo. A ocupação do tempo livre e as actividades lúdicas são de facto importantes, mas não são o suficiente.

A realidade da prestação de cuidados na instituição caía sobretudo nas terapeutas ocupacionais, que passavam junto do utente todo o tempo que este permanecia na instituição. Na verdade até as refeições eram servidas e supervisionadas pelos terapeutas ocupacionais. À equipa de enfermagem estava apenas atribuída a responsabilidade de avaliação de algumas tensões arteriais e da preparação da medicação que era posteriormente administrada pelos terapeutas ocupacionais. A equipa de enfermagem actual mostrava vontade de iniciar a elaborar processos de enfermagem, mas devido à inexperiência das profissionais estes processos eram muito limitados, sendo fundamentalmente uma colheita de dados generalista.

Foi então realizada uma proposta de processo de enfermagem que foi debatida quer com os enfermeiros quer com a responsável do Centro de Dia. Assim, além das colheitas de dados que inicialmente eram realizadas passou-se a dar mais importância à aspectos que permitissem realizar uma colheita de dados mais global e completa. Assim passou constar na avaliação inicial questões que permitissem realizar uma ecocarta que, para Phaneuf (2005) “*é uma representação gráfica que serve para evidenciar e analisar as relações da família ou de alguns dos seus membros com as estruturas exteriores de saúde, da educação, dos lazeres, do trabalho, da amizade e da família alargada*”. Esta colheita de dados passaria a ser realizada pela equipa de enfermagem, que, ao contrário que era habitual, não tinha contacto com a família dos utentes.

Passaram a fazer parte da colheita de dados escalas como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Índice de Barthel, o Índice de Lawton e a Escala de Depressão Geriátrica. A razão da escolha destas escalas foi criteriosa. Pretendia-se que a colheita de dados desse aos cuidadores o melhor leque de dados, para que os cuidados pudessem ser planeados individualmente e de forma adequada para cada utente.

A pertinência destas escalas foi mostrada com uma formação do serviço (ANEXO XXII) para a equipa multidisciplinar e que se baseou nos resultados obtidos com o meu estudo.

Foram apresentados todos os resultados e foram dadas estratégias para adaptarem os cuidados a esta realidade que, apesar de não ser nova para eles, lhes era desconhecida.

Foram elaboradas em conjunto estratégias para colmatar algumas dificuldades encontradas e planeadas algumas intervenções futuras de modo a adaptar melhor os cuidados. Na verdade

todos ficaram despertos para o facto de não ser vantajoso todos os utentes realizarem as mesmas tarefas, por exemplo, pintarem árvores de natal (actividade realizada pelas terapeutas ocupacionais durante o meu ensino clínico). Haverá alguns utentes que, após consultar os resultados das suas avaliações, fará mais sentido realizarem actividades que estimulem as áreas específicas como a nomeação, a linguagem, a praxis, a memória ou funções executivas. É função da enfermagem maximizar a qualidade de vida dos idosos e para isso é necessário que toda a equipa multidisciplinar esteja envolvida, principalmente quando a enfermagem não está o tempo necessário junto dos utentes.

Ficaram no serviço exemplares de livros com algumas actividades e ficaram algumas propostas de aquisições, por parte da instituição, de jogos. Ficaram também disponíveis as avaliações de todos os doentes e as actividades mais adequadas para cada um deles.

Devido ao tempo limitado do ensino clínico não foi possível fazer uma avaliação da implementação das novas propostas e dos efeitos directos destas nos utentes.

2.3.3 - Análise Crítico - Reflexiva

Considero que este Ensino Clínico foi o culminar de todo um percurso de grande aprendizagem e de grande contributo com efectivos ganhos de saúde para os doentes.

Quando iniciei este módulo, não tinha ainda estruturado quais seriam as minhas principais intervenções, já que o local de estágio só foi determinado uns dias antes do início do Ensino Clínico.

Ao conhecer a instituição pareceu-me, numa fase inicial, que tudo funcionava de uma forma harmoniosa. Apesar disso senti grandes dificuldades porque, pela primeira vez, não tinha nenhum enfermeiro para me guiar com a sua sabedoria e experiência no contexto. Quando estava junto dos doentes estava acompanhada pelos terapeutas ocupacionais que assumiam a responsabilidade dos cuidados aos utentes. Apesar de fazerem um excelente trabalho, não me parecia que o fizessem do modo mais correcto. Depois de ultrapassar as inibições de ir opinar sobre o trabalho de um outro grupo profissional, conclui que devia interferir e mostrar como uma enfermeira especialista actuaria. Era importante que não deitasse matéria teórica, ou que impusesse mudanças cuja razão de ser não fosse bem justificada.

Assim no final do Ensino Clínico considero que o meu papel foi determinante para a melhoria dos cuidados tendo em conta todas as propostas realizadas, todos os documentos que deixei na instituição e todas as formações que realizei, a maioria de forma informar, aos profissionais que cuidam diariamente dos utentes do Centro de Dia. Lamento que não tivesse tido o tempo necessário para implementar as propostas e fazer a sua avaliação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar estes três módulos foi como uma experiência paradoxal. Se por um lado sempre tive a impressão que o serviço nacional de Saúde e a sociedade no geral não estavam preparados para atender às necessidades dos utentes idosos que sofrem de patologia psiquiátrica, por outro, poder trabalhar nestas instituições percebi que muito já está a ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas que sofrem com as consequências próprias da idade e também das pessoas que têm de lidar com situações familiares muito difíceis derivadas do facto de possuírem no seu seio familiar idosos que passaram a ter algum tipo de dependência. Ao longo deste relatório descrevi o percurso de aprendizagem durante a realização dos três estágios que estavam previstos no curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Considero que a descrição e a análise dos meus objectivos pessoais em cada um dos estágios e as actividades que desenvolvi, mostram que adquiri as competências previstas, não só no regulamento do curso, mas também as competências previstas pela OE para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O primeiro estágio, realizado na CP II do Hospital Júlio de Matos, foi em contexto de crise e desenvolvi actividades que incluíram a entrevista de ajuda, a relação de ajuda, o processo de enfermagem com o plano de cuidados, actividades em grupo entre outras que contribuíram para a melhoria sintomática dos utentes e para a mudança de comportamentos na adesão ao regime terapêutico.

O segundo estágio foi realizado na Casa de Saúde da Idanha na Unidade Maria Josefa, foram realizados três processos de enfermagem com utentes com diferentes níveis de demência e foram realizadas actividades de estimulação cognitiva e de orientação para a realidade de forma individual. Foram ainda realizadas actividades de orientação para a realidade em grupo. Em conjunto as actividades realizadas permitiram, especificamente, aos três utentes que acompanhei de uma forma individual que as suas capacidades funcionais se mantivessem e que melhorassem em alguns aspectos. Foi ainda realizada formação em serviço com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes com demência.

O terceiro estágio decorreu no Centro de Dia do CSPD e foi realizado um estudo em que foram utilizadas diversas escalas que permitiram a caracterização da população do Centro de Dia. Este estudo contribuiu em muito para a melhoria dos cuidados prestados no Centro de Dia, porque não só disponibilizou os instrumentos adequados para a avaliação dos utentes, mas principalmente porque permitiu que as alterações cognitivas e do humor fossem identificadas. Após a identificação das características da população foi realizada uma formação em serviço com todos os funcionários para não só dar a conhecer os resultados, mas também dar-lhes estratégias de como poderiam adequar a sua prestação de cuidados.

Foram sentidas dificuldades diferentes em cada um dos contextos em que realizei os estágios, que se prenderam principalmente com o desconhecimento da realidade dos serviços de saúde mental. Não tomei este desconhecimento como uma limitação e considero que, embora tenha

motivado períodos de integração mais longos, me permitiu planejar e realizar actividades com uma perspectiva diferente da dos profissionais que trabalham há anos nos mesmos serviços. De forma geral considero que os meus objectivos foram atingidos na totalidade e com elevado grau de sucesso.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION - DSM-IV-TR - **Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações mentais**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-020-2

BLOCH, Sidney – **Uma introdução às psicoterapias**. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-30-5

BOTTINO, Cássio M. C. et.al. - **Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer**. São Paulo: Arquivo Neuropsiquiatria. ISSN 0004-282x. Vol. 60, n.º1, (Março 2002) p. 70-79. disponível na internet:<<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234.pdf>>

CAPLAN, Gerald – **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de - **Uma Abordagem do serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal**. Centro Português de Investigação em história e trabalho Social. disponível na internet <<http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Servi%C3%A7o%20Social%20%C3%A0%20Pol%C3%ADtica%20de%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf>>

CATRO-CALDAS, Alexandre; MENDONÇA, Alexandre – **A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa : Lidel Edições Técnicas, 2005. ISBN: 978-072-757-359-2

CHALIFOUR, Jacques - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. **A intervenção terapêutica**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5. Vol. 1.

CHALIFOUR, Jacques - Estratégias de intervenção. **A intervenção terapêutica**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5. Vol.2.

CHARAZAC, Pierre - **Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos**, 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-099-5

CORDEIRO, Raúl Alberto Carrilho - O Enfermeiro como psicoterapeuta; uma perspectiva dinâmica de desenvolvimento do cuidar em enfermagem. **Enfermagem em Foco** ISSN 0871-8008. Ano VI, nº 22 (Fevereiro/Abril 1996) p. 39-40

CORDO, Margarida - Ocupar/reabilitar, que legitimidade ética na 3ª idade. **Hospitalidade. Revista da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus**. ISSN 0871-0090. A.65, nº 254 (Out-Dez 2001), p. 9-13

COSTA, Alexandre; PRATES, Bruno; LOPES, Daniel; CRUZ, Francisco; SANTOS, José Henrique; CARDOSO, Luís - **Manual de diagnóstico e intervenções de enfermagem do centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa**. Lisboa: Fevereiro 2009.

DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary; GRISSLER, Alice – **Planos de cuidado de Enfermagem – Orientação para o cuidado individualizado do paciente**. Rio de Janeiro: Editora Guarabara Koogam, 2000.

ELIOPOULOS, Charlotte – **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmer, 2005. ISBN 85-363-0081-7

FERREIRA, Manuela Maria da Conceição - Formar melhor para um melhor cuidar. **Millenium**. revista do ISPV. nº 30 (Out 2004), p. 123-137. disponível na internet:<<http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/10.pdf>>

FONSECA, António Manuel - **O envelhecimento: uma abordagem psicológica**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2006. ISBN 972-54-0150-6

FOSS, Maria Paula; VALE, Francisco de Assis Carvalho, SPECIALI, José Geraldo – Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. n.º65 (2005) p. 119-126

George, Julia, RN, PhD e colaboradores – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática Profissional**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307567-2

HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. Lisboa: Climepsi, 2006. ISBN 972-796-237-8

JARDIM, Katita, DIMENSTEIN, Magda – Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais ,Belo Horizonte, v. 13, nº 1 (Junho 2007), p. 169-190. disponível na internet:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>>

KAPLAN, Harold I.,SADOCK, Benjamin J., GREEB, Jack A. – **Compêndio de psiquiatria, Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Artmed Editora, 2003. ISBN 85-7307-211-3

LAMAS, Sónia de Oliveira - **Actividades e Jogos para Idosos**. Porto: Legis Editora, 2011. ISBN 978-989-8148-65-0

LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN – 972-95399-5-2

LEONARD, Brian E. – **Fundamentos em Psicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. ISBN 85-7309-929-1

MANES, Sabina – **83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos**. Lisboa: Paulus, 2009. ISBN 978-972-30-1252-1

MELO, Mariana Balduino de – **Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre**. Brasília, 2008 Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) Universidade de Brasília. disponível na internet:< <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3976>>

MEZEY, Mathy D.; FULMER, Terry; ABRAHAM, Ivo; ZWICKER, DeAnne. - **Protocolos em Enfermagem Geriátrica**. São Paulo: Andrei Editora, 2006. ISBN 85-7476-333-0

MONTEIRO, Maria do Ceu P. – Impacto dos problemas psicogerítricos na família: percepções da sobrecarga sentida pelos cuidadores informais. **Revista Portuguesa de enfermagem**. n.º 4, (Out/Nov/Dez 2005), p. 40-48

NEEB, Kathy – **Fundamentos de enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-14-2

NUNES, Belina; PAIS, Joana – **Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 978-972-757-393-6. Vol. 1.

NUNES, Belina; PAIS, Joana – **Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação**. Lisboa: Lidel, 2007. ISBN 978-972-757-394-3. Vol. 2.

NUNES, Belina – A Demência em números. In CATRO-CALDAS, Alexandre; MENDONÇA, Alexandre – **A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda, 2005 – 250p. ISBN: 978-072-757-359-2.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes – **Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica; o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiátrica**. Rio de Janeiro 2005, tese de doutoramento submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery disponível na internet: <http://teses.ufrj.br/EEAN_d/RosaneMaraPontesDeOliveira.pdf>

ORDEM dos Enfermeiros – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual**. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Dezembro 2001 [Consult. 20 Fevereiro 2012] disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>

ORDEM dos Enfermeiros – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** – Aprovada em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. [Consult. 20 Fevereiro 2012] disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>

ORDEM dos Enfermeiros – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental** – Aprovado por unanimidade em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. [Consult. 20 Fevereiro 2012] disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>

ORDEM dos enfermeiros - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** Lisboa: Ordem dos enfermeiros. [Consult. 20 Fevereiro 2012] disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf>

PAIVA, Lucélia - Tese de Doutoramento: **A arte de falar da morte: a literatura infantil como recurso para ser abordado com crianças e educadores**; Lisboa: Ordem dos enfermeiros. disponível na internet: <URL:in: http://www.luceliapaiva.psc.br/BIBLIOTERAPIA.html>

Peduzzi, Marina – Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e de democratização das relações de trabalho; 2007, **Publicação do Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. [Consult. 20 Fev. 2012] Disponível na internet: <http://www2.catalao.ufg.br/uploads/files/118/Bib_13.pdf>

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. **Actuais e Futuras Necessidades Provisórias de Médicos (SNS)**, [Em linha], 2011, [Consult. 10 Jan. 2012] Disponível na internet: <http://saudeimpostos.files.wordpress.com/2011/10/actuais-e-futuras-necessidades-previsionais-de-mc3a9dicos-sns-acss-9-2011.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Saúde Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. **Plano Nacional de Saúde Mental**. Lisboa. 2008. ISBN 978-9889-95146-6-9

PUIG, Anna – **Exercícios para manter a mente ativa**, Petrópolis: Editora Vozes, 2010. ISBN 978-85-326-4019-2

SANTOS, Sérgio Ribeiro, et al. – Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. ISSN 0104-1169. V. 10, nº 6, (Nov/Dez 2002)

SEMINOTTI, Elisa; et al, - **Intervenção em Crise e Suicídio: Análise de Artigos Indexados**. psicologia.com.pt – O portal dos psicológicos, em 28 Agosto 2006 [Consult. 12 Outubro 2011] disponível na internet:<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0297.pdf>.

SEQUEIRA, Carlos - **Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 2010. ISBN 978-972-757-717-0

SILVA, Paula Sofia – **Lidar com a doença de Alzheimer**. Lisboa: Deco proteste editores, 2009. ISBN 978-989-8045-37-9

SPADINI, Luciene Simões, SOUZA, M^a Conceição Bernardo de Mello; A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem**. ISSN 0080-6234. n. 40 (2006), p. 123-127

SPAR, James E., RUE, Asenath Ia. **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-139-8

STUART, Gail W., LARAIA, Michele T. – **Enfermagem Psiquiátrica, princípios e prática**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. ISBN 85-7307-713-1

TAYLOR, Cecelia Monat – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

TIMBY, Barbara – **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 0-397-55168-1

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

TOMMASI, Sofia Maria – **Arte-terapia e loucura**. [Consult. 20 Abril 2011] disponível na internet: <<http://www.casajungearte.com.br/Assuntos%20multiplos/Microsoft%20Word%20-%20Arte-teapia%20e%20loucura%20-%20Sonia%20Tommasi.pdf>>.

TOWNSEND, Mary C. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5

TRZEPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – **Exame Psiquiátrico do Estado Mental**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-8449-77-1

VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN 978-972-54-0195-8

ANEXOS

Anexo I – Caracterização da Clínica Psiquiátrica II

Introdução

No sentido de facilitar a minha integração na equipa e no serviço onde estou a estagiar, achei pertinente a elaboração desta pequena caracterização do serviço. Considero de extrema importância conhecer, não só os recursos mas também as normas e protocolos, o percurso habitual do utente que é admitido no serviço e ainda os projecto que estão implementados no serviço.

O sector B do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), designado também por Clínica Psiquiátrica II, está situado desde Julho de 2009 no pavilhão 18A do mesmo hospital.

Este serviço é responsável pela assistência em termos de saúde mental e psiquiatria à população servida pelo Hospital Distrital de Vila Franca de Xira e que abrange 4 concelhos do distrito de Lisboa (Vila Franca, Alenquer, Azambuja e Arruda dos Vinhos) e 1 concelho do distrito de Santarém (Benavente).

Esta população corresponde a 44 freguesias, cuja cobertura assistencial é da responsabilidade de 7 Centros de Saúde com 26 extensões, actualmente reunidos em 4 agrupamentos e do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira.

Habitualmente os utentes são provenientes da urgência psiquiátrica do Hospital Curry Cabral, ou também podem vir referenciados ao serviço pela consulta externa. São admitidos a qualquer hora do dia com telefonema prévio.

Recursos Físicos

O serviço tem ocupação de 26 camas no total, sendo estas distribuídas por dois andares; no rés-do-chão existem 14 camas, sendo que 11 são destinadas a utentes do sexo masculino e 3 a utentes que apresentem maior necessidade de vigilância durante as 24h, podendo estes ser de ambos os sexos. Neste andar existem ainda os gabinetes médicos, o gabinete da Enfermeira Chefe, a sala de trabalho de Enfermagem, uma copa, duas casas de banho com duche, uma para mulheres, outra para homens, uma casa de banho para o pessoal, o secretariado e uma sala de convívio com várias cadeiras, sofás e televisão onde os utentes passam a maior parte do dia. No primeiro andar encontram-se mais 12 camas destinadas a utentes do sexo feminino, uma casa de banho com duche, uma casa de banho para o pessoal, os gabinetes das psicólogas e assistente social, uma sala de reuniões e ainda uma sala de actividades.

Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar é constituída:

- 8 Médicos
 - 17 Enfermeiros
-

- 3 Psicólogas
- 2 Assistentes sociais
- 1 Administrativo
- 10 Assistentes Operacionais

A equipa de enfermagem trabalha por turnos e estes são divididos em manhãs (das 8h às 15h30), tardes (das 15h às 23h) e noites (das 22h30 às 8h30). A distribuição dos enfermeiros pelos turnos é de 2 enfermeiros em todos os.

Patologias mais Frequentes

Segundo informação da equipa multidisciplinar as patologias mais frequentes dos utentes admitidos na CPII, são perturbações psicóticas e perturbações do humor, dentro destas temos ainda como principal perturbação psicótica a Esquizofrenia e a Depressão como principal perturbação do humor.

Acolhimento dos Utes

Quando os utentes são admitidos no serviço, é-lhes feita uma entrevista por parte da equipa de enfermagem onde, seguidamente é criado um espólio com o seu nome, onde são guardados todos os objectos que eles tragam em sua posse (fornecido guia de acolhimento).

A rotina dos utentes internados no serviço começa por volta das 7 horas, onde estes são incentivados a fazer a sua higiene pessoal e são-lhes fornecidas roupas lavadas do serviço. O barbeiro está no serviço às Quartas e Sextas-feiras à manhã para os utentes que precisem de desfazer a barba ou cortar o cabelo. Por volta das 9h30 os utentes deslocam-se ao refeitório para tomar o pequeno-almoço, a medicação da manhã e é avaliada a tensão arterial aos utentes. Os utentes fumadores e que possuem tabaco e isqueiro vão requisitá-los junto do enfermeiro após o pequeno-almoço.

Seguidamente há uma pausa para descanso dos utentes, na qual estes se deslocam para a sala de convívio ou para a sala de fumadores, uma vez que os quartos estão fechados para serem arejados. Por volta das 12h45 é servida o almoço e é dada a medicação, tendo os utentes no período seguinte oportunidade de ir para o quarto descansar.

À noite, os utentes deverão entregar aos enfermeiros o tabaco e o isqueiro, uma vez que não lhes é permitido fumar no quarto.

A Alta Clínica é declarada pelo médico ou a pedido da família mediante assinatura de termo de responsabilidade. Aquando da alta, é entregue ao utente/família o guia de tratamento, a receita de medicamentos, a carta de alta clínica para o médico assistente, a carta de alta de enfermagem para o enfermeiro do centro de saúde e marcação da consulta na área de residência ou no próprio serviço. Quando o utente tem alta, é-lhe devolvido o espólio de valores e de roupa.

Os utentes podem receber visitas entre as 15 e as 17 horas todos os dias, não sendo permitida a entrada a menores de 12 anos. Às Quintas-feiras, feriados e Domingos, existe um acréscimo do horário das visitas, estabelecendo-se além do período anterior uma hora extra (das 11h às 12h). As saídas da Clínica são proibidas a todos os doentes, salvo autorização médica.

Normas e Protocolos Existentes

O guia de acolhimento que é fornecido ao utente e família no momento do internamento, é prática comum a todos os enfermeiros do serviço.

Existe também implementado um projecto de “*follow-up*”. Quando o utente tem alta fica agendado um contacto telefónico por parte de um enfermeiro da Clínica Psiquiátrica II passado um mês para avaliação da situação do utente, nomeadamente para averiguar se existem sinais de alerta para recaídas, bem como se o plano terapêutico está a ser seguido. (em 3 momentos diferentes, sendo o 1º efectuado após um mês para avaliação da situação no pós alta e poder dar resposta as necessidades sentidas)

Núcleos de Intervenção Comunitária

Existem duas consultas de psiquiatria que são realizadas na comunidade, em ligação com a Clínica Psiquiátrica II. A consulta de Vila Franca de Xira é realizada actualmente no Hospital Reynaldo dos Santos por 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 1 assistente social e uma psicóloga, às 6ªs feiras de manhã. O novo núcleo de intervenção comunitária do CHPL, inaugurou no dia 4 de Maio e irá dar resposta aos utentes com perturbações do pensamento do conselho de Vila Franca de Xira.

Reunião de Equipa e Reunião Comunitária

A reunião da equipa multidisciplinar é realizada todas as 4ªs feiras às 11 horas, onde está sempre presente a Enfermeira Chefe e um enfermeiro destacado por ela e que têm voz activa dentro da equipa, bem como todos os restantes. São discutidos nesta reunião os vários casos clínicos, a evolução ou não dos utentes, as alterações terapêuticas, planos de intervenção a implementar ao utente bem como à família, programação das altas, etc.

A reunião comunitária é realizada às 4ªs feiras por volta das 11 horas na sala de convívio; estão presentes os utentes, um enfermeiro moderador e um ou mais enfermeiros, os psicólogos e os assistentes sociais. O objectivo desta reunião é que os utentes verbalizem o que os preocupa ou o que acham que não está bem (ou está) no serviço, no sentido de melhorar a prestação dos cuidados e alterar algumas dinâmicas se possível para o bem dos utentes.

Anexo II – Estudo de Caso



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Aluno: Maria Amélia Rei Coelho

Sob supervisão de: Enfermeira Isabel Capa

Sob orientação de: Professora Sarreira Santos

Lisboa, 2011

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	65
2. HISTÓRIA DE VIDA	66
2.1. Identificação da Utente	66
2.2. Genograma	68
2.3. Ecocarta	69
3. HISTÓRIA CLÍNICA	70
3.1. Avaliação do estado mental	71
4. FACTORES DE STRESS IDENTIFICADOS NA D. CLÁUDIA	72
4.1. Stressores intrapessoais	72
4.2. Stressores interpessoais	72
4.3. Stressores extrapessoais	72
4.4. Linha de defesa Normal	72
4.5. Linha de defesa flexível	72
4.6. Linha de Resistência	72
5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	73
6. CONCLUSÃO	76
7. BIBLIOGRAFIA	77

1. Introdução

A elaboração deste estudo de caso surgiu no âmbito do estágio do módulo II - Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto que estou a realizar na Clínica Psiquiátrica II do Hospital Júlio de Matos

Segundo Fortin (1999, p. 164) o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.

Para LULU (2009) *“O estudo de caso leva-nos a visualizar uma imagem que poderia ser descrita como a de uma convergência de informações, de vivências e de troca de experiências. Partindo da percepção de cada participante desta actividade, nos levaria à compreensão mais clara da natureza e da dinâmica de um fenómeno que seria foco de nossa observação. A grande vantagem do estudo de caso é permitir ao pesquisador concentrar-se em um aspecto ou situação específica e identificar os diversos processos que interagem no contexto estudado”*.

Este estudo de caso é relativo à D. Cláudia de 37 e cujo diagnóstico é uma depressão neurótica. Foi questionada a concordância da utente em participar neste estudo e foram-lhe garantidos o sigilo e a privacidade.

No site dos MÉDICOS DE PORTUGAL o diagnóstico da D. Cláudia é descrito como uma “depressão desproporcionada, habitualmente consecutiva a uma experiência penosa reconhecida; não existem ideias delirantes nem alucinações, mas as preocupações estão muitas vezes centradas no traumatismo psíquico que precedeu a doença, por exemplo a perda de um ente querido ou de um bem patrimonial”.

Este estudo de caso está dividido em cinco partes. Na primeira parte irei fazer o relato da história de vida da utente. Posteriormente irei fazer um pequeno resumo da história clínica actual, No terceiro capítulo irei fazer o levantamento dos factores de stress, bem como das linhas de defesa identificadas pela utente. Segue-se um capítulo onde farei um plano de cuidados adequado para as necessidades da utente. No final faço uma pequena conclusão e apreciação deste trabalho.

A metodologia e os recursos usados para a execução do presente estudo foram a pesquisa bibliográfica e na Internet, análise do processo clínico da doente, entrevistas informais com a utente e equipa de saúde.

O objectivo deste Estudo é *aprofundar à luz do Modelo de Betty Neuman o conhecimento sobre a Doença e sobre as vivências das pessoas com depressão, elaborando um plano de cuidados adequado*.

2. História de Vida

2.1. Identificação da Utente

Nome: Cláudia

Idade: 37 anos

Género: Feminino

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Solteira

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: Ensino Secundário

Agregado familiar: Vive com dois dos seus três filhos, com o companheiro e com o sogro na casa deste

Situação Profissional: Doméstica. Nunca teve uma profissão tendo tido vários trabalhos temporários em diversas áreas.

Pessoa de Referência: Companheiro

A D. Cláudia refere que a sua infância foi triste. É a segunda filha de um casal com cinco filhas. As três filhas mais velhas têm apenas um ano de diferença entre elas e por isso são mais próximas.

Viviam no campo e tinham animais para cuidar, por isso a D. Cláudia refere que o pai não permitiu que as três filhas mais velhas estudassem mais do que a 4ª classe porque *“havia muito trabalho para fazer e todos tinham de ajudar”* (sic).

D. Cláudia refere que quando não estava a guardar ovelhas tinha de trabalhar a servir em casas. Refere que preferia ficar com os animais porque em casa das patroas era obrigada a fazer coisas que não sabia e depois zangavam-se com ela, como por exemplo passar a ferro ou cozinhar.

Com as irmãs lembra-se de brincar muito, sempre que havia um pouco de tempo livre. Da escola tem poucas lembranças, lembra-se de ir sempre com as irmãs e de voltar para casa com elas. Sabe que tinha amigas mas perdeu contacto com todas elas assim que saiu da escola.

Lembra-se que a sua mãe era mais permissiva que o seu pai, mas que sempre que mãe contrariava o pai este respondia com violência. Refere que nem ela nem as suas irmãs foram vítimas desta violência física por parte do pai, mas que sofriam muito a nível psicológico com ele e por observarem o que se passava com a sua mãe.

Refere que *“um dia a minha mãe preparou veneno para beber, quando ele descobriu foi lá, tirou-lhe o frasco e depois bateu-lhe muito”* (sic).

Na sua família houve mais casos de suicídio. *“A irmã do meu pai tomou uns comprimidos, não sei de quê, e depois ficou uns dias no hospital, a sofrer, e acabou por morrer. Passados uns meses deram-nos a notícia que o outro irmão do meu pai se tinha atirado para a linha do*

comboio e que também tinha morrido" (sic). Segundo o que se lembra a família ficou triste mas não teve nenhuma alteração. Não se recorda de ter falado sobre estas duas mortes com ninguém.

Agora pensando nas mortes acha que o tio escolheu um modo de morrer muito violento, em relação à tia acha que *" não devia ter sofrido, não sei que comprimidos tomou, mas não eram os melhores porque não morreu logo"* (sic).

Lembra-se ainda menina de estar num café com a família e um homem por veneno na sua cerveja e ficar logo muito mal. Conta que *"o dono do café chamou a ambulância e levou o homem para a rua e quando a ambulância chegou o homem já estava morto. Esse senhor morreu rápido... assim é que devia ser"* (sic).

Aos 17 anos de idade conheceu um homem por quem se apaixonou e por isso foi viver com ele. Refere que ele lhe batia e que a tratava muito mal, mas como gostava dele não o queria deixar. Conta que *"foi muito traumatizante para mim, mas nunca...nunca fiz queixa dele"* (sic). Desta relação teve três filhos, actualmente com 17, 14 e 13 anos, sendo o filho mais velho e o filho mais novo rapazes e a do meio uma menina. Refere que apesar de tudo o seu companheiro era muito bom pai para as crianças e nunca foi violento *" sem necessidade"* (sic) com elas.

Nunca teve um emprego fixo, embora tenha trabalhado em muitos sítios, mais nunca permanecendo mais do que alguns meses. De todos os empregos o que gostou mais foi de trabalhar numa escola, mas só lá esteve 4 meses.

Depois de 18 anos com este companheiro conta que *" quando a relação que tinha estava a ficar boa e ele já não se zangava tanto comigo, trocou-me por uma brasileira, Não compreendo, nem aceito isso"* (sic).

Refere que este é o grande factor de stress e que tudo o que lhe tem acontecido é devido a este facto. Após esta separação há cerca de um ano e meio já teve três internamentos em serviços de psiquiatria por tentativa de suicídio.

Quando teve alta do seu primeiro internamento conheceu o seu actual companheiro. Como não tinha casa foi viver para a dele com os seus dois filhos rapazes, tendo a menina ficado com uma das suas irmãs. Com o companheiro viviam os pais, embora a mãe tenha recentemente falecido.

Conta que todos a aceitaram muito bem, a ela e aos filhos e que gosta de viver com este companheiro que é bom para ela.

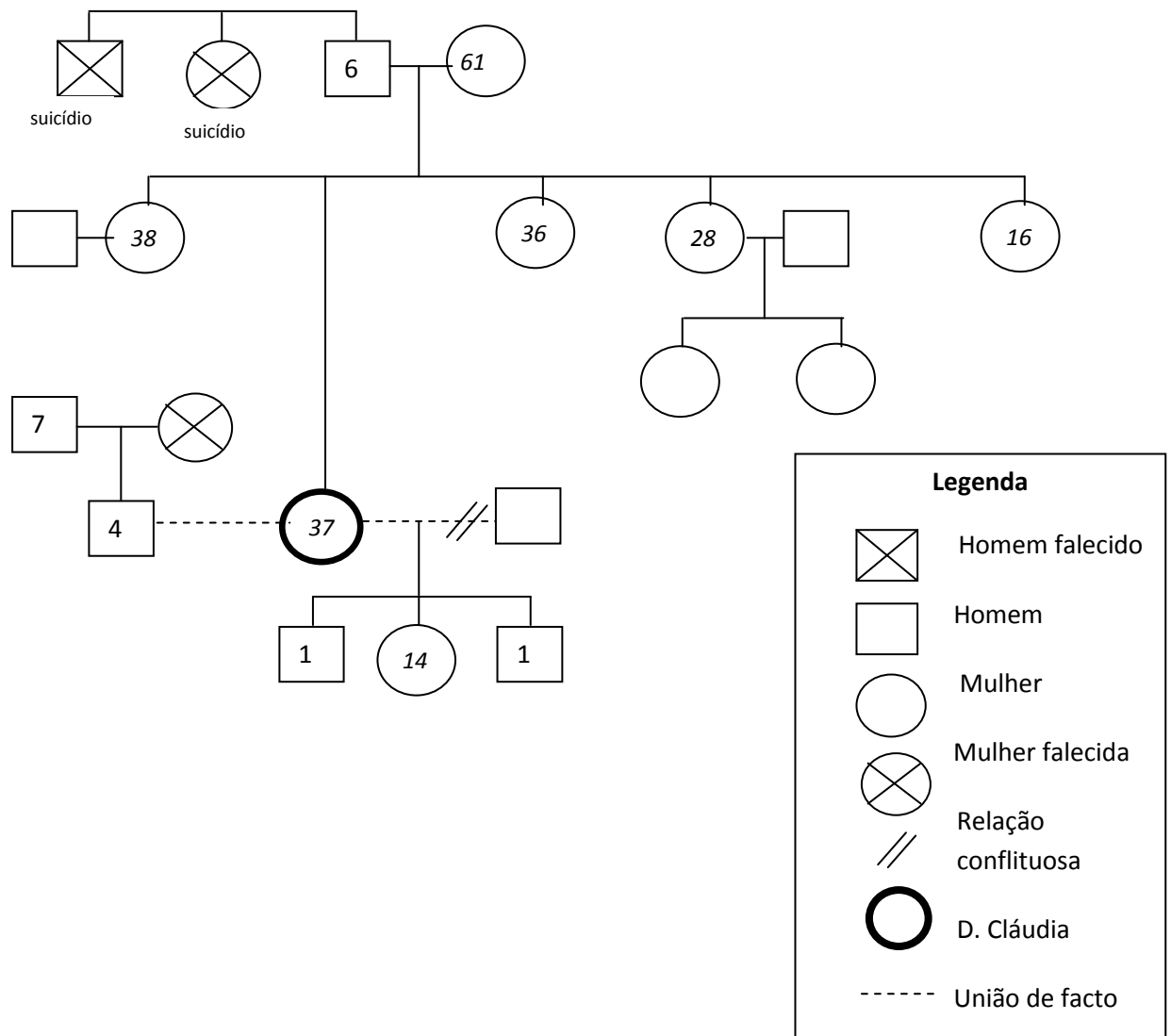
No início do ano deixou de receber o subsídio de desemprego e por isso não tem rendimentos, mas o companheiro não se importa de a ajudar e de a sustentar.

Por a mãe do seu companheiro ter morrido e porque as contas estão ser difíceis de pagar, ficou decidido que iriam mudar-se todos para a casa dos pais do seu companheiro e abandonar o apartamento onde viviam. A Casa para onde têm de ir nos próximos 15 dias *" é uma vivenda de campo... não tem animais... mas é no campo"* (sic), não fica a mais de 15kg de distância de onde vive actualmente, mas a D. Cláudia não gosta da ideia. *" Prefiro ficar no apartamento... não quero voltar para o campo onde não há lojas nem ninguém..."* (sic)

Mantém uma boa relação com os pais e com a irmã mais nova que ainda vive com estes, mas como vivem no Barreiro, não está muitas vezes com estes. A Sua irmã mais velha está a viver em Inglaterra e a irmã que actualmente tem 28 anos, casou e vive com a família na Irlanda. Também com estas irmãs mantém uma boa relação. Refere que já pensou várias vezes em emigrar para cada de uma delas e que estas a iam receber com muito agrado, mas o seu antigo companheiro não queria e actualmente não tem vontade. Refere que “ *não tenho vontade de nada...*” (sic).

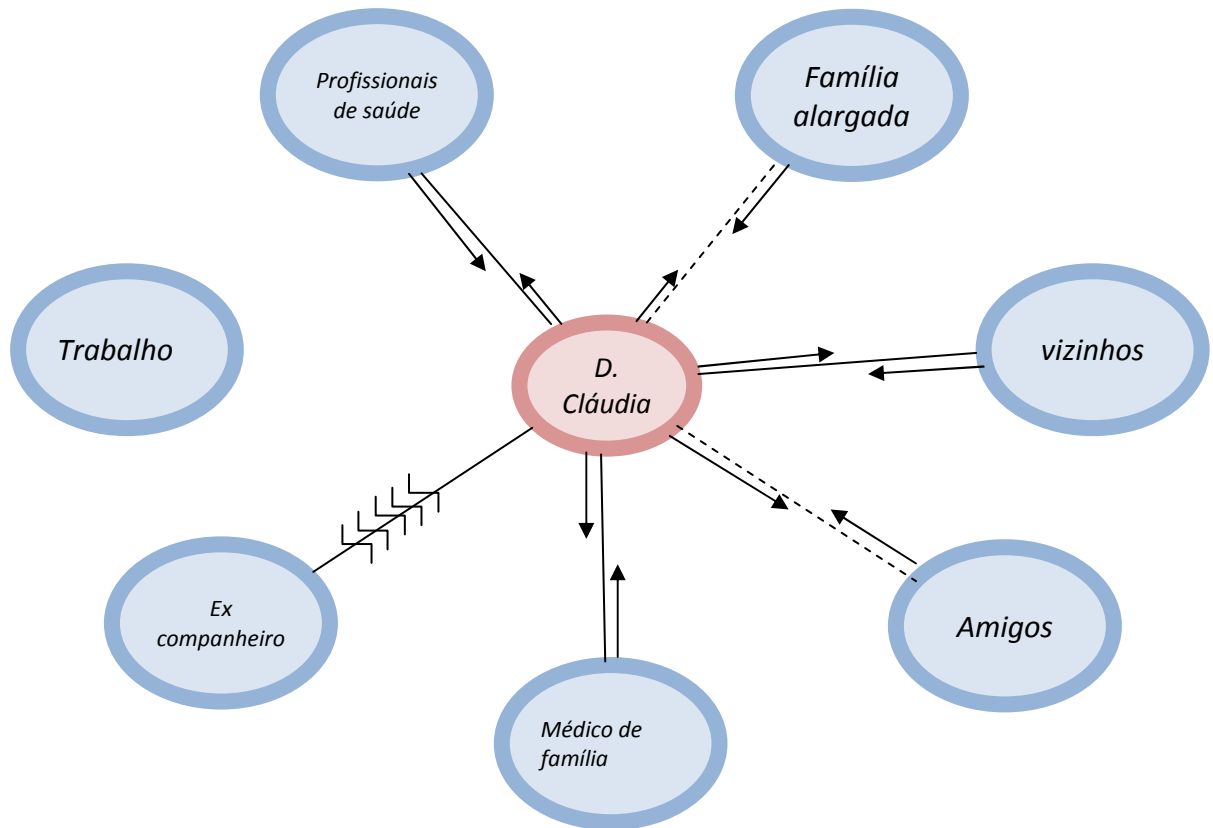
2.2 Genograma

Para PHANEUF (2005, p. 515) “ o genograma é um instrumento de análise da estrutura familiar que permite fazer-se uma imagem gráfica sucinta e rápida, muitas vezes distribuída por três gerações, e que evidencia as filiações e as roturas de laços, as repetições transgeracionais de comportamentos, de dependência ou de vulnerabilidade “.



2.3. Ecocarta

Para PHANEUF (2005, p. 520) a ecocarta “é uma representação gráfica que serve para evidenciar e analisar as relações da família ou de alguns dos seus membros com as estruturas exteriores de saúde, da educação, dos lazeres, do trabalho, da amizade, e da família alargada”.



Legenda:

- ← (thin line) Relação fraca, requer esforço/energia
- ← (dashed line) Relação tênue/incerta
- ← (thick line) Equilibrada (entre o apoio e o esforço)

- ← (thin line with sawtooth) Relação fraca
- ← (thick line) Relação forte
Fornece apoio/energia
Não stressante

3. História Clínica

A D. Cláudia sempre foi uma pessoa saudável, não tendo nenhum antecedente pessoal significativo. Nos últimos 15 meses este é o terceiro internamento, por tentativa de suicídio. Refere que todas as tentativas que fez foram com comprimidos, embora por vezes pense fazer de outras maneiras, mas “ *gosto de me sentir drogada com os comprimidos, é por isso que os decido tomar, também não tenho coragem de ir comprar veneno e não sei fazer o nó da corda para o pescoço*” (sic).

Conta que a ideia do suicídio está sempre presente na sua cabeça, e que são muitas as vezes ao longo do dia em que pensa seriamente em o cometer. Conta que quando vai à pastelaria da irmã e que a ajuda fica mais distraída e não pensa tanto. Mostra alguma mágoa por as pessoas falarem das suas anteriores tentativas. “ *Estão sempre a dizer que não tenho coragem, que quem diz que se mata, é porque não o quer realmente fazer, mas eu digo e quero. No outro dia tive de lhes gritar e dizer que me ia mesmo matar com veneno na cerveja*” (sic).

Concorda que há muitas pessoas que tentam o suicídio mas apenas como uma forma de chamar a atenção dos outros e refere que a sua segunda tentativa tinha este objectivo que garante que foi conseguido. “ *Recebi muita atenção, carinho e amor, todos ficaram meus amigos e preocupados, foi bom...*”(sic).

Nesta tentativa conta que estava cansada de tudo e que queria que todo o seu sofrimento acabasse, por isso resolveu tomar comprimidos. “*Como os comprimidos demoram um pouco a fazer efeito, achei que tinha tempo de ir ao café e voltar, mas quando lá estava comecei a sentir-me estranha, parecia que não conseguia ver nada, como se estivesse tudo brilhante, então contei ao Senhor Raul, que é o dono do café, o que tinha feito e ele chamou uma ambulância, levaram-me para o hospital e fizeram-me uma lavagem ao estômago e depois, de castigo, como vingança deixaram-me ficar o tubo no nariz umas 4 horas... não gosto das lavagens...*” (sic)

Depois de ter tentado a primeira vez o suicídio conta que ficou algumas horas no hospital até se sentir melhor e depois teve de ir a uma consulta com a médica de família que lhe deu indicação para “*ir durante 15 dias seguidos ao hospital fazer um soro, depois destes 15 dias senti-me, e a médica mandou-me ir ao hospital fazer mais 15 dias de soro e depois eu fiquei ótima, já vi o sol outra vez... fiquei contente e até tinha vontade de ir trabalhar...nunca mais me senti assim*”(sic).

Desde que teve o seu primeiro internamento refere que apenas faltou a uma consulta mas porque o seu filho mais pequeno teve de ser operado e ela estava no hospital com ele. Garante que toma tudo o que lhe receitam, mas toma sempre um pouco mais do que lhe dão indicação. Quando toma medicação a mais refere que se sente como se estivesse drogada, e que gosta da sensação. Esclarece que nunca consumiu drogas, mas que acha que os drogados sentem o que ela sente quando toma medicação a mais. Como não consegue sozinha controlar a medicação que toma conta que são os filhos que lhe dão a medicação certa e que escondem a

outra, mas que ela acaba sempre os a encontrar. “ *O meu filho mais velho já está farto, no outro dia atirou-me toda a medicação e disse para tomar tudo o que quisesse... eu sei que eles sofrem muito , não compreendem*” (sic).

Nesta tentativa de suicídio terá consumido 50 gotas de tercian, 3 comprimidos de mirtazapina, 3comprimidos de seroquel e 2comprimidos de diazepam.

Actualmente está medicada com:

Medicação	Horário
Paroxetina 20mg	9h – 19h
Mirtazapina 30mg	21h
Lorazepan 2,5mg	21h
Lorazepan 1mg	9h -13h

3.1. Avaliação do estado mental

A D. Cláudia apresenta idade aparente coincidente com a real, aparentemente com bons cuidados de higiene, com roupas limpas e arranjadas. Apresenta cabeça desarranjado sem maquilhagem, jóias ou bijutaria. Unhas ligeiramente sujas. Apresenta alguma lentificação psicomotora. Mantém períodos de contacto com o olhar, mostra-se colaborante e com a atenção captável e facilmente mantida

Em relação ao humor e emoções apresenta-se com humor triste e com emoções congruentes com o humor.

A D. Cláudia apresenta um discurso fluente e gramatical. Há uma diminuição da espontaneidade do discurso, com aumento do tempo de latência e pausas. Ocasionalmente apresenta dificuldade em encontrar palavras. Fala monocórdica com pouca variação prosódica. Durante as entrevistas a D. Cláudia refere manter a ideação suicida activa, diz “*eu quero morrer, e se aqui me deixassem ter os meus próprios comprimidos já os tinha tomado todos de uma só vez*” (sic). Nega ideação homicida. Conteúdo focado na baixa auto-estima e raiva contra o marido “*não tenho nada a oferecer a ninguém...não tenho vontade para nada, na verdade não sei fazer nada de bom*” (sic) “*Se ele não me tivesse deixado não me estaria a sentir assim, nem tinha feito o que fiz...*” (sic) Nega desconfianças, ideias delirantes, ilusões ou alucinações. Sem perturbação do pensamento.

Orientada auto e alopsiquicamente. Sem ter aparentemente alterações de memória.

Em relação ao insight parece não o ter embora apresente algum juízo crítico; vê mundo negativamente. Comenta criticamente a sua situação ao sentir que a sua vida não tem opções refere que “*desde pequenina que a minha vida é triste e escura...*”(sic).

4. Factores de stress identificados na D. Cláudia

Para a concretização efectiva do processo de enfermagem é fundamental analisar a percepção que a Sr.^a P tem da sua situação de doença mental, bem como os factores de stress que identifica como sendo geradores de tensão na sua vida. É essencial que o enfermeiro também os identifique, para assim poder prestar cuidados individualizados de acordo com as necessidades detectadas.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman permite identificar os principais agentes causadores de stress, que influenciam o sistema do utente na sua totalidade, ou seja, na sua dimensão biológica, social, cultural, relacional, espiritual e mental. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem torna-se mais personalizada e humanizada, indo ao encontro da unicidade e reequilíbrio do sistema do doente.

4.1. Stressores intrapessoais

- Ideação suicida
- Abandono pelo companheiro de 18 anos
- Falta de insight e reduzido juízo crítico
- Dificuldade em cumprir correctamente o plano terapêutico

4.2. Stressores interpessoais

- Relação conflituosa com ex-companheiro
- Relação problemática com actual companheiro
- Relação com os filhos

4.3. Stressores extrapessoais

- Não ter rendimentos
- Instabilidade habitacional
- Não ter projectos para o futuro

4.4. Linha de defesa Normal

- Apoio da irmã que cuida da sua filha e que vive perto
- Apoio dos filhos
- Tabaco
- Consciência que tem um problema

4.5. Linha de defesa flexível

- Vontade de proporcionar conforto e estabilidade aos seus filhos
- Capacidade de adaptação

4.6. Linha de Resistência

- Toma de medicação em excesso
 - Ida à Urgência
-

5. Plano de Cuidados de enfermagem

Com a história de vida da d. Cláudia e com a identificação dos stressores e as suas linhas de defesa é então necessário proceder a um plano de cuidados de modo a que as intervenções de enfermagem actuem de sobre os factores de stress da utente.

Citando Tomey (2004, p. 344) o formato do processo de enfermagem de Neuman consiste em três passos: 1) diagnóstico de enfermagem, 2) objectivos da enfermagem, 3) resultados de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem:

- Risco de suicídio relacionado com sentimentos de desesperança e ideação suicida

Objectivos de Enfermagem:

- A D. Cláudia procure ajuda dos profissionais quando sentir vontade de se magoar a si própria;
- A D. Cláudia não se magoar a si própria.

Intervenções de Enfermagem:

- Perguntar directamente ao cliente: se actualmente se pensa em fazer mal a si própria de algum modo? Se sim, o que planeia fazer?
 - Criar um ambiente seguro para a doente. Remover todos os objectos potencialmente perigosos de modo a que a D. Cláudia não tenha acesso a estes. Supervisionar a toma de medicação de modo a que a D. Cláudia cumpra correctamente o regime terapêutico.
 - Formular algum tipo de contrato com a D. Cláudia em como não vai tentar fazer mal a si própria. Estes contratos devem ser renovados sempre que o anterior aspira. O objectivo é dar alguma responsabilidade pela segurança pessoal à própria D. Cláudia e transmitir uma atitude de aceitação incondicional da D. Cláudia como pessoa de valor.
 - Ter especial cuidado na administração dos medicamentos de modo a evitar que a D. Cláudia guarde comprimidos com a intenção de se magoar posteriormente ou que os não tome de todo.
 - Encorajar a verbalização de sentimentos honestos através da exploração e discussão, ajudar a D. Cláudia a identificar símbolos de esperança na sua vida.
 - Encorajar a D. Cláudia a expressar sentimentos de raiva. Ajudar a D. Cláudia a identificar a verdadeira origem da raiva e a trabalhar as capacidades de *coping* adaptativas para usar fora do *setting* de tratamento. “ *A depressão e os comportamentos suicidas podem ser vistos como raiva interior para consigo próprio. Se esta raiva for verbalizada num ambiente não ameaçador, o cliente vai ser eventualmente capaz de resolver estes sentimentos*” (TOWNSEND, 2011)
 - Identificar, com a ajuda da assistente terapêutica existente no serviço, recursos comunitários a que a D. Cláudia recorra sempre que sinta vontade de se suicidar
-

- Passar tempo com a D. Cláudia com o objectivo de proporcionar um sentimento de segurança ao mesmo tempo que transmite a mensagem “quero passar tempo consigo porque a considero uma pessoa com valor”.

Diagnóstico de Enfermagem:

- Pesar complicado relacionado com perda da relação de 18 anos que mantinha com o anterior companheiro, manifestado por negação da perda e incapacidade de desempenhar actividades de vida diárias. Segundo TOWNSEND (2011. P. 556) citando NANDA-I “ *pesar complicado é uma perturbação que ocorre após a morte de uma pessoa significativa (ou após qualquer outra perda com significado para o indivíduo) na qual a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em seguir as expectativas normativas e manifesta-se como prejuízo funcional*”.

Objectivos de Enfermagem:

- A D. Cláudia expresse raiva relativamente à perda;
- A D. Cláudia verbalizar comportamentos associados ao pesar normal;
- A D. Cláudia reconheça a sua própria posição no processo de pesar, ao mesmo tempo que progride ao seu próprio ritmo na direcção da resolução

Intervenções de Enfermagem:

- Determinar o estágio do processo de pesar no qual a D. Cláudia se fixou. Identificar comportamentos associados a este estágio.
- Desenvolver uma relação de confiança com a D. Cláudia. Demonstrar empatia, preocupação e consideração positiva genuína. Manter todas as promessas.
- Encorajar a D. Cláudia a rever a sua relação com o facto de a sua anterior relação ter terminado. A D. Cláudia deve desistir da percepção idealizada e ser capaz de aceitar os aspectos positivos e negativos sobre o facto da sua relação ter terminado.
- Transmitir à D. Cláudia que o chorar é aceitável. Usar o toque terapêutico.
- Ajudar a D. Cláudia na resolução de problemas enquanto esta tenta determinar o *coping* mais adaptativo para a perda experienciada. Proporcionar feedback positivo para estratégias identificadas e decisões tomadas.

Diagnóstico de Enfermagem:

- Baixa auto-estima relacionada com sensação de ter sido trocada por anterior companheiro manifestado por baixa capacidade de realizar e completar todas as actividades de vida de áreas. Segundo TOWNSEND (2011 p. 556) citando NANDA – I “ *a baixa auto estima é definida como uma auto avaliação e sentimentos negativo sobre o self ou sobre as suas próprias capacidades (quer prolongadas ou em resposta a uma situação actual)*”.

Objectivos de Enfermagem:

- A D. Cláudia verbalize áreas que gosta no self.
-

- Que no momento da alta a D. Cláudia apresente aumento dos sentimentos de valor próprio conforme evidenciado pela expressão verbal de aspectos positivos sobre o self, conquistas passadas e conquistas futuras.

Intervenções de Enfermagem:

- Passar tempo com a D. Cláudia e focar a atenção nas suas forças e conquistas e minimizar os fracassos.
 - Promover a participação da D. Cláudia em grupos terapêuticos.
 - Ensinar técnicas de assertividade: a capacidade de reconhecer as diferenças entre comportamentos passivos, assertivos e agressivos e a importância de respeitar os diferentes direitos humanos dos outros ao mesmo tempo que protege os próprios direitos humanos básicos. Segundo TOWNSEND (2011p. 558) “ *a auto-estima é aumentada pela capacidade de interagir com outros de modo assertivo*”.
 - Oferecer à D. Cláudia reconhecimento positivo sempre que esta faça uma conquista independente (Ex: hoje penteou-se de uma forma muito bonita).
-

6. Conclusão

Com o término deste trabalho julgo pertinente referir-me aos pontos centrais abordados. Na apresentação da Cláudia no que diz respeito à sua história de vida fui capaz de sintetizar, sem omitir aspectos relevantes, os principais acontecimentos que a descrevem, fazendo uma ligação com a história clínica apresentada posteriormente. Os dois esquemas do genograma, assim como o ecomapa surgem no sentido da esquematização do que foi referido anteriormente. Quanto à história clínica, esta apresenta os traços/episódios centrais do seu internamento, com citações da Cláudia, no sentido de uma melhor compreensão da mesma. Quanto à avaliação do seu estado físico e mental, pretendo analisa-la aquando da entrada no serviço. No que diz respeito à apresentação dos stressores e das linhas de defesa, considero-a bastante importante na compreensão do modo como a Cláudia avalia toda a sua situação de saúde/doença.

Relativamente ao modelo teórico utilizado como base para este estudo de caso, considero que o modelo de Betty Neuman, foi uma mais-valia porque permite conhecer o ponto de vista do utente sobre a sua própria patologia, o modo como interage com tudo o que o rodeia e com os seus próprios sentidos, o que fornece aos enfermeiros valiosos meios para adequar e adaptar os seus planos de cuidados.

Na elaboração deste trabalho uma das maiores dificuldades sentidas foi sintetizar toda a informação recolhida, no decorrer do internamento da Cláudia, neste documento que aqui foi apresentado. Penso que numa futura situação, uma síntese progressiva aquando da colheita de novos dados, situações relevantes, será preponderante, acima de tudo, na gestão de tempo na sistematização da informação.

Quero ainda realçar que o conhecimento, mesmo que simplificado, das características da Depressão facilita a seu reconhecimento às pessoas que a sofrem e aos outros, possibilitando uma maior ajuda a muitas pessoas que carecem de um tratamento médico adequado e de uma solidária compreensão humana.

Conhecer a Cláudia, levou-me a querer estudar melhor este tipo de perturbações, afinal tão frequentes e, quem sabe sub diagnosticadas, para perceber como a poderia ajudar assim como a outros de quem vier a cuidar. No caso de Cláudia, o seu curto período de internamento e a insuficiente continuidade de cuidados de saúde mental na comunidade poderão potencializar futuras crises. No entanto, foi com prazer que elaborei este trabalho que, para além de consolidar os conhecimentos sobre a patologia e do modelo teórico de Betty Newman, acredito me dará bases de intervenção futura. Penso que desta forma fiquei mais habilitada à prestação de cuidados a doentes com esta patologia e nesta fase.

7. Bibliografia

FORTIN, Marie-Fabienne, *O processo de investigação: da concepção à realização* - Loures : Lusociência, 1999. - 388 p. ; ISBN 972-8383-10-X

LULU, Definição de Estudo de Caso -20 de Setembro de 2009 In: <http://aspsicos.blogspot.com/2009/09/definicao-de-estudo-de-caso.html> consultado a 3 de Julho de 2011

MÉDICOS DE PORTUGAL, In:

http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/glossario/depressao_neurotica consultado a 3 de Julho de 2011

PHANEUF, Margot, *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2005, 633p. ISBN 972-8383-84-3.

TOMEY, Ann Marriner, *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (modelos e teorias de enfermagem) 5ª ed. - Loures : Lusociência, 2004. - 750 p. ISBN 972-8383-74-6

TOWNSED, Mary C. , *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* – Loures: Lusociência, 2011.-922 p.; ISBN: 978-972-8930-61-5

Anexo III – Actividade: O ponto e eu

Local: Sala de actividades no 2º andar da CPII

Animador: Amélia Coelho

Explicação da actividade e sua fundamentação:

Baseando-me num dos jogos propostos por Manes(2007, p. 96) sugeri aos utentes a realização desta actividade que denominei de “ O ponto e eu”.

Segundo ABREU (2011) “*Os jogos são inconscientemente ensinados pelos pais aos filhos e transmitidos de geração em geração. As pessoas jogam, portanto, para sobreviver no ambiente familiar, adaptando-se aos modelos de relacionamento fornecidos pelos progenitores e figuras emocionalmente significativas (avós, tios, etc) e assim, obter atenção, aprovação e carinho. Depois, repetem pela vida afora, com outras pessoas (amigos, cônjuge, colegas de trabalho, etc), na tentativa de tornar os relacionamentos previsíveis*”.

Citando MANES (2007, p.6) “*os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros*”.

Preparei a salda de actividades com cadeiras suficientes para os utentes e uma folha de papel branco com um ponto no centro. Depois foi pedido a cada um dos doentes para desenhar algo que incluísse o ponto. Foi explicado que cada um devia fazer o desenho individualmente. No final foi pedido a cada um dos utentes que descrevesse o seu desenho a razão porque o tinha escolhido e como é que encarou o ponto.

Quando Manes (2007, p. 96) propõe este jogo, sugere que “*o ponto representa a nossa identidade e a percepção que temos de nós próprios*”.

Tendo em conta que existem muitos doentes deprimidos no serviço e por isso, muitos utentes com baixa estima e uma provável deterioração da percepção do *eu*, achei pertinente este jogo.

Objectivos:

- Estimular a fantasia e a criatividade
- Facilitar o auto-conhecimento e o conhecimento mútuo
- Promover a socialização entre os doentes

Tempo previsto:1 hora

Recursos: Folhas de papel branco e canetas

Intervenientes: Carlos, Nelson, Hélder, Maria Emília e Margarida

Avaliação da actividade

Convidei os utentes a irem comigo para a sala de convívio realizar uma actividade. Na sala de convívio já tinha todo o material preparado. Pedi a todos que escolhessem um lugar à mesa e expliquei-lhes que gostaria que, utilizando a caneta e a folha branca já com o ponto, fizessem um desenho em que o ponto fizesse parte.

Pareceram-me descontraídos interessados na actividade mas todos tiveram alguma dificuldade em começar o seu desenho. Quando o senhor Nelson iniciou o seu desenho desenhou uma flor e logo os outros doentes desenharam também uma flor, embora cada um deles desenhasse um tipo de flor diferente. O único que não desenhou nenhuma flor o senhor Hélder que optou por um desenho mais elaborado.

Deixei que todos desenhassem à vontade. Quando percebi que os doentes estavam a desenhar todos uma flor fiquei na dúvida se deveria interromper e voltar a referir que o desenho deveria ser uma escolha pessoal e que, cada um, deveria procurar a sua própria inspiração.

Não tive a oportunidade de interromper porque os doentes iniciaram uma conversa entre eles e, tendo em conta que um dos objectivos do jogo é a socialização entre os doentes, achei por bem, deixar que acção decorresse sem a minha intervenção.

Os doentes demoraram cerca de 10 minutos desde que lhes pedi para fazerem o desenho até que o último terminou. Durante este tempo conversaram sobre como sabe bem desenhar, e que achavam que outros doentes deviam participar nas actividades. Sugeriram que, para que todos pudessem participar que estas actividades deveriam ser realizadas na sala de convívio do 1º andar em vez da sala de actividades do 2º andar. Tentei que os doentes falassem e tentei aproveitar o momento para aplicar alguns dos conhecimentos que adquiri sobre comunicação.

Quando todos acabaram o desenho perguntei como se tinham sentido e se queriam mostrar uns aos outros o desenho que cada um tinha feito e que falassem um pouco dele.

A D. Margarida foi a primeira a falar e explicou que tinha desenhado uma gerebera, porque era a flor favorita dela, Referiu que apesar de não estar pintada, o que tinha imaginado era que esta seria uma gerebera amarela porque o amarelo é a cor favorita dela por ser antidepressiva, Contou que por se chamar Margarida, muitas pessoas deveriam pensar que a margarida seria a flor favorita dela, mas desde pequena prefere as gereberas. Conta que há uns anos percebeu porquê, já que alguém lhe contou que a gerebera é a margarida africana. A D. Margarida refere que África sempre foi um continente pelo qual se interessou sempre devido aos costumes diferentes a à sua arte particular.

O S. Carlos referiu que desenhou uma flor porque foi o que lhe apeteceu. Não se alongou muito no discurso e parecia incomodado por estar a falar perante os outros doentes.

A D. Maria Emília refere que desenhou uma flor que não é nenhuma que exista na vida real mas é a flor da sua vida com 4 pétalas que representam os seus 4 filhos. Por cima das pétalas pôs as iniciais dos seus nomes.

O S. Hélder desenhou 3 senhores e referiu que ele era o do meio. Quando questionado sobre quem seriam os outros dois senhores, referiu que um era o senhor careca e o outro era o senhor com o chapéu, não se alongando mais no discurso.

O S. Nelson, que enquanto os outros utentes iam falando continuou a fazer algumas alterações ao seu desenho, referiu que o que tinha desenhado era a árvore onde se iria enforcar. Quando confrontado com o facto de inicialmente o desenho ser uma flor, referiu que se enganou.

Os outros doentes pareceram ficar, eu diria, divertidos, com o comentário do senhor Nelson e o senhor Hélder tomou mesmo a iniciativa de escrever “parvo” no desenho do S. Nelson, o que deu origem a uma grande gargalhada de todo o grupo, incluindo o S. Nelson.

MANES (2007, p. 96) sugere ao animador partir do princípio que o ponto representa a identidade de cada um e a percepção que cada um tem dele próprio.

Perguntei ao grupo se lhes parecia bem eu fazer esta comparação. Todos pareceram admirados com a comparação mas todos concordaram. Pareceu-me que os comentários que os utentes fizeram dos seus próprios desenhos, uns mais do que outros, referiam isso mesmo.

Fiquei contente por ter realizado esta actividade com os utentes. Não foi necessário preparar muito material, nem despender muito tempo mas pareceu-me uma actividade útil. Todos puderam distrair-se um pouco com o desenho e depois tiveram a oportunidade de interagir com o resto do grupo e falar um pouco de si. É importante proporcionar aos doentes momentos de reflexão sobre si próprios bem como momentos de partilha com outros doentes.

Ainda não tenho saber nem treino para fazer interpretações do que os doentes verbalizaram, mas não considero que isso possa influenciar na importância que o jogo teve para os doentes. O momento de descontração, e de socialização entre os doentes e os seus sorrisos é bastante para me sentir orgulhosa e satisfeita com a minha sugestão de actividade.

Bibliografia

ABREU, Kátia Ricardi, Jogos Psicológicos; In: <http://katiaricardi.vilabol.uol.com.br/Jogos.htm> ; consultado a 29.05.2011

MANES, Sabina; 83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos; Paulus Editora ; Lisboa; 2007; ISBN 978-972-30-1252-1

Anexo IV – Actividade: Era uma vez

Local: Sala de actividades no 2º andar da CPII

Animador: Amélia Coelho

Explicação da actividade e sua fundamentação:

Baseando-me num dos jogos propostos por Manes(2007, p. 52) sugeri aos utentes a realização desta actividade que denominei de “ Era uma vez”.

Segundo ABREU (2011) *“Os jogos são inconscientemente ensinados pelos pais aos filhos e transmitidos de geração em geração. As pessoas jogam, portanto, para sobreviver no ambiente familiar, adaptando-se aos modelos de relacionamento fornecidos pelos progenitores e figuras emocionalmente significativas (avós, tios, etc) e assim, obter atenção, aprovação e carinho. Depois, repetem pela vida afora, com outras pessoas (amigos, cônjuge, colegas de trabalho, etc), na tentativa de tornar os relacionamentos previsíveis”*.

Citando MANES (2007, p.6) *“os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros”*.

Na sua tese de Doutoramento Lucélia Paiva (2010) refere que *“através da biblioterapia, o indivíduo pode ser ajudado a ganhar distanciamento de sua própria dor e expressar seus sentimentos, idéias e pensamentos, o que pode possibilitar uma percepção mais aguçada de sua própria situação de vida, desenvolvendo uma forma de pensar criativa e crítica, alem de diminuir o sentimento de solidão (de sentir-se único a se sentir daquela forma), validar seus sentimentos e pensamentos, desenvolver empatia com outras pessoas (quando a biblioterapia é aplicada em grupo). Isso favorece a diminuição da ansiedade”*.

Preparei uma sala com cadeiras à volta de uma mesa suficientes para as utentes e assegurei-me que não seríamos interrompidas.

Expliquei às utentes que eu iria iniciar uma história e que depois cada uma delas iria contar um pouco mais da história, seguindo a ordem dos ponteiro do relógio

Objectivos:

- Estimular a fantasia e a criatividade
- Facilitar o auto-conhecimento e o contacto com os próprios sonhos
- Promover a socialização entre os doentes

Tempo previsto: 30 minutos

Recursos: Folhas de papel branco e caneta

Intervenientes: Maria Emília, Jesuína e Margarida

Avaliação da actividade

Amélia: Era uma vez um gatinho às riscas...

Maria Emília: Estava com um problema numa pata e fui com ele ao veterinário. O veterinário viu-o e disse que tinha de ficar lá. Fiquei muito triste... era meu amigo. Quando ficou bem fui passear com ele à areia e ver o mar.

Jesuína: Andei a passear até ao por do sol e o gato, muito asseado, parecia mesmo uma pessoa. Levei-o para casa e dei-lhe uma tigela de leite e ele ficou consulado, depois foi para a almofada e adormeceu.

Margarida: O gato chama-se Kapri. Não tem raça. Foi encontrado no sítio onde se fazem as inspecções dos automóveis. Mas pensa que é muito rico. Come Whiskas e coisas que custam 50€. É lindo e tem uma mancha no peito que parece um medalhão.

Eu moro no r/c e ele tenta sempre saltar lá para fora. Nós moramos numa zona que ainda está por construir e tem muita verdura. Ele consegue ficar sempre cheio de pulgas e carraças, mas respeita muito o dono. Quando está à janela o dono faz hum...hum... e ele não salta.

Maria Emília: Não vai porque aprendeu que ali era perigoso. Eu arranjei-lhe a caminha e a casinha para a as necessidades. Aí ele já não terá razões para ir para a relva. É o meu gato, o meu irmão, o meu filho, a minha mãe, a minha família. Só com ele é que me sinto pessoa.

Jesuína: É muito meigo e asseado pois só faz as necessidades no sítio certo. Parece uma pessoa adulto e muito corajosa. No outro dia apareceu um gato muito maior e ele não teve medo de dar umas sapatadas. É muito lindo o meu gato.

Margarida: O meu gato é juntamente como meu homem, a quem eu chamo “o meu gato” a pessoa (porque para mim é uma pessoa) são as pessoas mais importantes da minha vida.

Esta foi a história que as utentes inventaram entre si. Apesar que ter vontade de continuar, no início da actividade tínhamos combinado que, porque hoje havia médicos no serviço, não iríamos demorar muito tempo e que por isso iríamos dar apenas duas voltas ao grupo.

Fiquei com penas desta limitação temporal, e fiquei também com pena por não estar mais nenhum enfermeiro comigo na sala.

Claramente as utentes ao relatar a história foram atribuindo ao gato significações diferentes e que me pareceram estarem relacionadas com a sua própria história.

Gostaria de ter mais formação para poder interpretar.

No final da actividade reli a história e perguntei se queriam fazer comentários.

A D. Maria Emília sentiu necessidade de esclarecer que na sua segunda intervenção se estava a referir ao seu marido de quem gosta muito. Neste ponto é necessário recordar que a D. Maria Emília está internada após tentativa de suicídio, cujo motivo terá sido o medo de perder o companheiro, que é cerca de 20 anos mais novo, agora que está a entrar na menopausa e que está a engordar. O seu discurso é habitualmente para enaltecer o seu marido e colocar-se numa posição de cuidadora/protectora que sente que pode já não fazer tanta falta. A sua parte da história reflecte, na minha opinião, essa mesma posição.

A D. Margarida teve, na minha opinião, mais dificuldade em fantasiar e a sua parte da história foi claramente a identificação do gato umas vezes com o seu gato real, outras vezes com o seu marido. Esta projecção é clara, na minha opinião

A D. Jesuína refere nas suas duas intervenções que o gato “parecia uma pessoa”. Não é claro para mim de quem a D. Jesuína poderia estar a falar e quando tentei que falasse do assunto, não consegui expor ao grupo.

Se começasse de novo a fazer esta actividade faria algumas coisas diferentes. Usaria um gravador para ser mais fácil aperceber-me de aspectos importantes como a expressão dos utentes. Teria de ter mais tempo disponível quer para a história, quer para o seu debate.

Esta é uma actividade que considere muito útil porque as utentes tiveram um momento lúdico, tiveram a oportunidade de estimular a sua fantasia e tiveram oportunidade de verbalizar, de um modo camuflado, perante os outros utentes os seus sentimentos o que aumentou, segundo creio, o seu sentimento de grupo e o seu bem-estar. É uma actividade que gostaria de repetir novamente.

Bibliografia

ABREU, Kátia Ricardi, Jogos Psicológicos; In: <http://katiaricardi.vilabol.uol.com.br/Jogos.htm> ; consultado a 29.05.2011

MANES, Sabina; 83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos; Paulus Editora ; Lisboa; 2007; ISBN 978-972-30-1252-1

PAIVA, Lucélia; Tese de Doutoramento: *A arte de falar da morte: a literatura infantil como recurso para ser abordado com crianças e educadores*; in: <http://www.luceliapaiva.psc.br/BIBLIOTERAPIA.html>, Consultado a 29.05.2011

Anexo V – Actividade: Sala de Convívio

Data: 11/05/2011

Local: Sala de actividades no 2º andar da CPII

Animador: Amélia Coelho

Explicação da actividade e sua fundamentação:

Uma das divisões existentes na CP II é a sala de convívio. É nesta sala os utentes passam grande parte do seu tempo. Nesta sala que existe uma janela, habitualmente aberta, junto da qual os utentes fumam, existe ainda a televisão e as máquinas, quer do café quer de comida que os utentes utilizam regularmente. As paredes desta sala estão preenchidas com trabalhos realizados pelos utentes. Um destes trabalhos é uma faixa de papel onde está escrito “ Sala de Convívio”. Foi mesmo esta faixa que me chamou à atenção quando conheci o serviço, porque já apresenta alguns sinais de deterioração.

Na primeira semana que estive no serviço tive a oportunidade de assistir à reunião comunitária que se realizou nesta sala. Uma das queixas dos utentes era que tinham poucas ocupações e que, por isso, o tempo custava muito a passar. Assim decidi que iria realizar algo para que ocupasse o tempo destes utentes e, porque observei a faixa de papel, decidi que iria propor realizar uma faixa nova.

Inicialmente fiquei apreensiva em propor esta actividade porque a sua principal função seria ocupar por momentos os utentes dando-lhes um momento que pudesse ser lúdico para eles.

Segundo a Wikipédia a actividade lúdica é *“todo e qualquer movimento que tem como objectivo produzir prazer quando de sua execução, ou seja, divertir o praticante (...) brincadeiras menos consistentes e mais livres de regras ou normas; - são actividades que não visam a competição como objectivo principal, mas a realização de uma tarefa de forma prazerosa”*.

Quando planei a actividade tive de pensar em realizar uma faixa que fosse duradoura, que desse para vários utentes participarem na sua construção e que tivesse cores alegres. Assim pensei em realizar uma tela, que construí com ripas de madeira e com pano cru. Posteriormente pensei em qual o material que seria mais indicado para os utentes, se a tinta ou se algum outro tipo de material que desse para colar.

Decidi que as pintas poderiam originar algum tipo de conflito na planificação da apresentação da tela e que seria incerto que o resultado final fosse satisfatório. Assim, optei por adquirir feltro de várias cores. Ponderei posteriormente se seria prudente levar tesouras para que os utentes utilizassem. Confesso que fiquei receosa e que preferi, conscientemente, não correr o risco de disponibilizar as tesouras. Assim cortei, em casa, letras, flores e borboletas de várias cores.

Com a tela e com o feltro cortado, estava tudo planeado para que os utentes se pudessem reunir à volta da tela e decidir a distribuição de todos os elementos disponíveis e posteriormente colá-los.

Objectivos: Proporcionar uma actividade lúdica aos utentes;
Promover a socialização entre os doentes;
Aumentar a auto-estima dos utentes participantes.

Tempo previsto: +/- 60 minutos

Recursos: Sala de Convívio

Tela em tecido com cerca de 2 metros por 60 cm

Feltro de várias tonalidades cortado em forma de letras, flores, ervas e borboletas

Cola

Intervenientes: Convidar todos os utentes a participar e a dar a sua opinião.

Avaliação da actividade

No dia 11 de Maio de 2011, como estava previsto, realizei a actividade – Elaboração de placar para a sala de convívio.

Levei e preparei todo o material na sala de actividades da CP II e posteriormente convidei todos os utentes a participarem na actividade. Como a Enfermeira Isabel já me tinha dito, apesar de os utentes se queixarem que não terem nada para fazer, quando estimulados a participar, declinam.

Ao convite aceitaram participar as Senhoras Margarida, Mariana, Agostinha, Sara e Assunção. Antes de iniciar a actividade expliquei o que era pretendido e fiquei surpresa por apenas a senhora Mariana já ter reparado na existência de uma faixa de papel em más condições na sala de convívio.

As surpresas não se acabaram por aí.

Com todo o material disponível sobre a mesa, rapidamente a senhora Margarida assumiu a liderança da actividade. A senhora Margarida está internada no serviço com o diagnóstico de depressão Major é professora de línguas no liceu. Questionou, talvez com alguma desconfiança, se eu tinha formação como animadora, ou qual o tipo de formação que eu tinha para realizar a actividade. Expliquei-lhe que era enfermeira e que o meu objectivo não era apenas que pudessem fazer alguma coisa de diferente do habitual, podendo ocupar o tempo de uma forma diferente, e ao mesmo tempo ajudarem a criar um ambiente mais agradável para todos.

Seguiu-se um momento de silêncio em que eu ponderei se iriam desistir de realizar a actividade. Senti-me desconfortável com a situação como se as tivesse decepcionado, como se as doentes tivessem posto em causa as minhas intenções.

Depressa a situação se alterou, e mais uma vez a senhora Margarida assumiu o controlo da situação. Decidi não interferir de nenhum modo e deixei que as utentes se organizassem e decidissem como gostariam organizar o placar.

Apesar de a senhora Margarida parecer a líder, quem dominou a conversa foi a senhora Mariana que contou a sua história de vida incidindo na relação de conflito que tinha com a sua mãe e com o seu esposo. Nunca tinha conseguido que a senhora Mariana falasse tanto e, principalmente, falasse tanto sobre si mesmo até este momento, embora inicialmente não fosse esta a minha intenção. Apesar de participar na actividade e de colar o feltro como a senhora Margarida sugeria, a senhora Mariana, parecia estar a apreciar mais o momento pelo facto de poder contar a sua história. Parecia-me que esta utente estava carente de falar de si.

A Senhora Agostinha parecia concordar com acenos de cabeça principalmente quando a história da senhora Mariana incidiu sobre a relação com o esposo. Apesar de nunca participar activamente na conversa e de não ter feito nenhuma sugestão em relação à apresentação do placar, parecia interessada. A dado momento apercebi-me que estava a chorar. Continuava a colar mas com os olhos lacrimejantes. Apesar de várias tentativas, não consegui que falasse sobre o que a estava a incomodar. Senti-me um pouco impotente, sem saber o que seria mais correcto dizer-lhe. Ofereci-me para a ouvir, para sair da sala com ela e irmos para um local mais recatado, mas a utente referiu que queria continuar a colar. Talvez o ouvir uma história com a qual se identificasse ou o poder chorar a ajudassem...

A senhora Sara, sentada num canto da mesa parecia um pouco alheada de toda a conversa à sua volta. Nunca interagiu com nenhuma das outras utentes e apesar de estar a partilhar com outra utente o tubo de cola, nunca lho pediu ou o cedeu propositadamente. Parecia estar sempre atenta aos momentos em que o tubo era pousado para depois o utilizar, aparentemente com alguma satisfação. Quando estava a tirar fotografias para documentar a actividade, tive a oportunidade de assistir ao primeiro sorriso da senhora Sara, que envergonhadamente dizia que não ficava bem em fotografias. Se mais não fosse este sorriso valeu a pena a execução desta actividade.

Quando as senhoras se sentiram satisfeitas com o trabalho realizado bateram palpas umas às outras e a satisfação nos seus rostos significou, para mim, que tiveram prazer a realizar esta tarefa, que foi, na minha opinião, importante para todas elas, embora de modos diferentes.

Infelizmente, não foi possível afixar, no mesmo dia, o trabalho realizado porque não havia material de fixação disponível e porque seria recomendável que a cola secasse correctamente. Quando foi possível a fixação na parede, pedi a colaboração de todos os utentes que estavam na sala de convívio, já que não tinha muito bem a certeza de como iria executar esta actividade. Muitos deram sugestões, muitas das quais não muito concretas, mas o senhor Marioslav ofereceu-se para executar a tarefa. Como tem dificuldade em falar o português não deu muitas explicações de como iria fazer, mas assumiu o controlo da situação. Em cerca de 1 minuto o placar estava direitinho na parede. A sua eficiência surpreendeu-me, e aos outros doentes também, que espontaneamente bateram palpas. Originou-se um momento de saudações em comunidade em que todos se felicitaram mutuamente e onde os sorrisos fluíram livremente.

Considero que esta actividade foi muito útil para todos os utentes. Para as que a executaram foi um modo de se expressarem, cada uma do seu modo. Para os outros utentes, foi um momento diferente no serviço. No final os que não tinham participado mostraram tristeza por o não terem feito, mas referiram que gostariam de participar em outras actividades que fossem realizadas no serviço.

Bibliografia

http://pt.wikipedia.org/wiki/Atividade_I%C3%BAdica consultado a 10.05.2011

Sala de convívio antes da actividade



Actividade



Sala de convívio após actividade



Anexo VI – Actividade: A batata quente

Local: Sala de actividades no 2º andar da CPII

Animador: Amélia Coelho

Explicação da actividade e sua fundamentação:

Baseando-me num dos jogos propostos por Manes(2007, p.76) sugeri aos utentes a realização desta actividade que se denomina de “A batata quente.

Segundo ABREU (2011) *“Os jogos são inconscientemente ensinados pelos pais aos filhos e transmitidos de geração em geração. As pessoas jogam, portanto, para sobreviver no ambiente familiar, adaptando-se aos modelos de relacionamento fornecidos pelos progenitores e figuras emocionalmente significativas (avós, tios, etc) e assim, obter atenção, aprovação e carinho. Depois, repetem pela vida afora, com outras pessoas (amigos, cônjuge, colegas de trabalho, etc), na tentativa de tornar os relacionamentos previsíveis”.*

Citando MANES (2007, p.6) *“os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros”.*

Preparei a sala de actividades com cadeiras suficientes para todos os utentes e folhas de papel e canetas. Deixei escolher os locais onde se gostariam de sentar à mesa.

Pedi para que todos dividissem a folha em 3 partes iguais e que escrevessem na parte mais à esquerda “como sou hoje”, na parte mais à direita escrevessem “ Como serei amanhã” e que no centro escrevessem “ Que coisas posso fazer para mudar”. Depois de todos terem escrito pedi para virarem a folha e que escrevessem “Qual a batata quente”. Expliquei que com batata quente queria dizer qual é o problema que cada um identifica, aquele problema que temos em mão e que queríamos deixar fora.

Deixei os utentes à vontade para demorarem o tempo que precisassem e reforcei o facto de este ser um trabalho individual. Expliquei também que no final, quem quisesse poderia partilhar com o resto do grupo o que tinha escrito.

Tive o cuidado de me certificar que todos os utentes percebiam o que lhes estava a ser pedido, já que o termo “batata quente” parecia que estava a criar algumas dúvidas.

Objectivos:

- Adquirir auto-consciência no momento presente;
- Procurar soluções para futura auto-realização;
- Promover a socialização entre os doentes.

Tempo previsto: 30 minutos

Recursos: Folhas de papel branco e canetas

Intervenientes: Cláudia, Nelson, Maria Emília e Jesuína

Avaliação da actividade

Esta foi das actividades em que tive mais dificuldade e fazer com que o grupo percebesse o que se pretendia.

Não sei se foi porque os utentes se sentiam reticentes em escrever, já que todos, excepto um deram a entender que tinham dificuldades na escrita, ou se foi o que lhes estava a propor escrever que, por lhes ser difícil, os deixou constrangidos.

Todos demoraram a iniciar a actividade, e todos demoraram tempo a escrever em todos os quadrados. Todos foram pedindo esclarecimentos sobre o que tinham de escrever. Tentei desmistificar um pouco a actividade explicando que se quisessem não precisavam de contar aos outros o que estavam a escrever, que ninguém ia ver se estavam ou não a escrever com erros ortográficos.

Por estar a ser difícil os doentes aderirem quase que pensei em desistir da actividade e propor fazer uma outra. Não o fiz por dois motivos. O primeiro porque percebi que a D. Maria Emília estava a aderir muito bem à actividade e que pelo menos para esta utente a actividade estava a ser importante e porque, apesar de os utentes não estarem a escrever estavam a falar entre eles dos seus sentimentos, fazendo observações como: “ como dizer que ainda penso no suicídio” “posso falar da minha família”. Apesar de não sei o objectivo percebi que o diálogo que se estava a estabelecer estava a ser de igual modo produtivo para os utentes e por isso deixei seguir com a actividade.

Agora que já terminou, apercebo-me que cometi alguns erros a planear esta actividade e que vou ter atenção para não os voltar a fazer, nomeadamente na escolha do grupo.

Este grupo era demasiado heterogéneo o que não contribuiu para a actividade. O Senhor Nelson e a D. Cláudia ainda estavam numa fase muito inicial do tratamento e por isso ainda tinham dificuldades em reflectir sobre si mesmos, ao contrário da D. Jesuína e da D. Maria Emília que já apresentavam um bom juízo crítico da sua situação, sendo para elas mais fácil participar no jogo.

Outro aspecto que não tive em conta na selecção dos utentes foi a sua escolaridade. Como é uma actividade que implica escrever, devia ter informado, no momento do convite, o que esta actividade iria implicar, o que fiz apenas depois de os utentes já estarem na sala.

Vou também ter sempre uma outra actividade pensada para se, em alguma situação, tiver de alterar a actividade inicial, não ficar sem alternativas.

Apesar de a actividade não ter fluído como era suposto, ainda considero que esta foi útil, quer para os utentes quer para mim.

Todos tiveram oportunidade de partilhar os seus sentimentos e as suas histórias de vida, todos expressaram emoções de um modo sentido e profundo. Houve choro e riso nesta actividade que estava pensada para cerca de 30 minutos e que durou cerca de 1 hora.

Os papéis que os utentes escreveram não revelam a riqueza do que foi debatido nesta sessão. Talvez a melhor alteração que poderia ter feito seria ter tirado os papéis e ter colocado questões abertas para que se pudessem debater em grupo.

No final todos os utentes mostraram-se gratos por terem desabafado, e referiram que soube bem falar. Antes de saírem da sala voltei a referir a importância de se manter em segredo tudo o que foi falado durante esta sessão.

Bibliografia

ABREU, Kátia Ricardi, Jogos Psicológicos; In: <http://katiaricardi.vilabol.uol.com.br/Jogos.htm> ; consultado a 29.05.2011

MANES, Sabina; 83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos; Paulus Editora ; Lisboa; 2007; ISBN 978-972-30-1252-1

Anexo VII – Estudo de Caso da D. Arminda



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Aluno: Maria Amélia Rei Coelho

Sob supervisão de: Enfermeira Isabel Capa

Sob orientação de: Professora Sarreira Santos

Lisboa, 2011

ÍNDICE

Introdução	107
1.COLHEITA DE DADOS	108
1.1 Dados de Identificação	108
1.2 Factores Predisponentes	108
1.3 Avaliações Físicas Pertinentes	112
2.TERAPIA FARMACOLÓGICA	113
3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	115
4. ÍNDICE DE BARTHEL	119
5.MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	120
6.PLANO DE CUIDADOS	122
7.CONCLUSÃO	125
8.BIBLIOGRAFIA	126

Introdução

A elaboração deste estudo de caso surgiu no âmbito do estágio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa que realizei na Unidade 14 – Maria Josefa da Casa de Saúde da Idanha.

Segundo Fortin (1999, p. 164) o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.

Este estudo de caso é relativo à D: Arminda cujo diagnóstico é um síndrome confusional agudo em síndrome demencial vascular. Por a D. Arminda apresentar limitações na sua capacidade de se auto-cuidar a sua família optou por este internamento na Unidade Maria Josefa.

Este diagnóstico, cada vez mais comum, acarreta alterações significativas no dia-a-dia da utente, mas também na vida dos seus familiares. Por ser um problema tão comum e com tantas consequências nefastas, é necessário que todos estejamos preparados para conseguir dar a estas pessoas a dignidade e a qualidade de vida que merecem.

Na elaboração deste estudo de caso foi tido em conta o que a ANA (Associação de enfermeiros Americana), a *American Psychiatric Nurses Association* (APNA) e a *International Society of Psychiatric Mental Health Nurses* (ISPN) consideram como sendo o “conjunto de padrões que se espera que os enfermeiros psiquiátricos sigam enquanto prestam cuidados aos doentes” (Townsend 2011, p. 147).

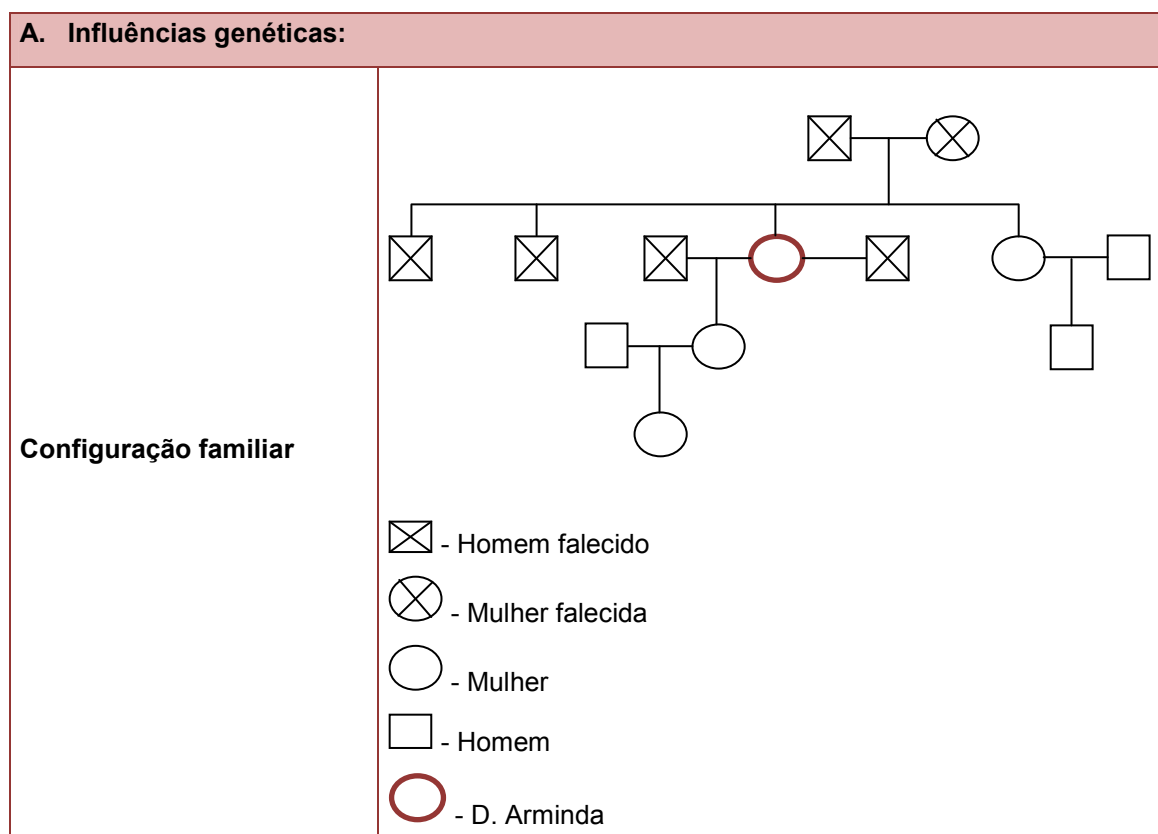
Estes padrões vão guiar todo este documento que pretende ser também um documento de trabalho. Assim inicialmente irei realizar uma apreciação da situação da D. Arminda, onde realizo uma colheita de dados que irá servir de base para todo o trabalho subsequente. Posteriormente, realizarei o levantamento dos diagnósticos e problemas potenciais da D, Arminda, bem como dos resultados que espero que esta atinja com a prestação dos meus cuidados. Para isso irei fazer o levantamento das intervenções de enfermagem que podem ajudar a D. Arminda a atingir os resultados anteriormente identificados. Após identificadas as intervenções segue-se a sua implementação e a sua avaliação.

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Dados de Identificação

Nome:	Arminda		
Género:	Feminino	Idade:	73 anos
Raça/cultura:	Caucasiana	Língua dominante:	Portuguesa
Alergias:	Desconhece		
Estado Civil:	Viúva		
Considerações especiais na dieta:	Hipoglicémica. Não gosta de leite.		
Queixa principal:	Desorganização na toma da medicação e cuidados de higiene.		
Diagnóstico médico:	Síndrome confusional agudo em síndrome demencial vascular.		
Data de admissão:	27 de Julho		
Foi admitido na companhia de:	Sobrinho		
Meio de Admissão:	Pelo próprio pé		
Admitido de:	Transferida do Hospital s. Francisco Xavier onde recorreu à urgência		

1.2 Factores Predisponentes



Relatório de Estágio

Dinâmica familiar	<p>A D. Arminda, teve dois casamentos. Durante o primeiro casamento a sua relação com o seu marido era conflituosa e, segundo a utente nunca se sentiu muito feliz. Durante este casamento teve uma filha com quem mantém uma relação distante. Nunca teve o desejo de falar nesta relação. Após ter ficado viúva do primeiro marido, casou com um outro homem que a tratou bem. Devido às dificuldades económicas da família, teve de trabalhar mais nesta fase final de vida.</p> <p>Sempre viveu perto da sua irmã com quem sempre teve uma boa relação. Considera o filho desta como um segundo filho. Actualmente é este sobrinho que trata de todos os assuntos relacionados com a D. Arminda.</p>
História médica /psiquiátrica do utente:	<p>A D. Arminda tem diagnosticado Diabetes tipo 2, não sabe especificar há quanto tempo; foi mastectomizada à direita por carcinoma há cerca de 10 anos; foi operada aos olhos por cataratas e glaucomas há cerca de 5 meses no Hospital Egas Moniz; apendicectomia; quisto no membro inferior com indicação para biopsia; Rabdomiolise.</p> <p>No processo faz referência a acompanhamento no serviço de psiquiatria do centro de saúde da sua área de residência. Utente refere que já lá vai há anos, mas não sabe especificar nem quantos nem os motivos pelos quais ia à consulta.</p> <p>Sintomas de confusão mental, desinibição sexual e desorganização na toma da medicação e nos cuidados de higiene tiveram inicio há cerca de 2-3 anos.</p>
História médica/psiquiátrica da família:	<p>Utente refere que não se lembra das causas de morte dos seus pais. Sabe que um dos seus irmãos morreu com problemas renais e o outro com problemas hepáticos causados pelo alcoolismo crónico.</p>
Outras influências genéticas que afectam a adaptação actual:	<p>Utente não refere e não demonstra.</p>
B. Experiências anteriores	
Crenças e práticas de saúde:	<p>Utente sempre foi responsável pelo seu auto-cuidado. Considera-se uma pessoa muito asseada. Refere a prática de banho diário e extremo cuidado com higiene oral.</p> <p>Como sempre teve problemas de saúde, cumpriu os <i>check ups</i> médicos periódicos. Sempre cumpriu correctamente a medicação.</p>
Factores ambientais:	<p>Durante muitos anos trabalhou num laboratório de análises clínicas o que lhe permitiu ter algumas noções de saúde e</p>

Relatório de Estágio

	<p>trabalhar com profissionais que a ajudavam a interpretar os relatórios médicos, pelo que sempre se considerou uma pessoa bem informada em termos de saúde e princípios básicos de controlo de saúde. Em criança viveu numa quinta com animais e não se recorda se havia muitos cuidados ou não com a higiene. Viveu durante uns anos no Brasil onde era a governanta de uma casa e aí fazia questão de assegurar que havia bons cuidados de higiene. Quando voltou para Portugal viveu sempre na mesma habitação com boas condições estruturais e de higiene.</p>
Crenças e práticas religiosas:	<p>Teve educação católica mas desde que atingiu a idade adulta não mantém uma vida religiosa activa.</p>
Grau de instrução:	<p>5º ano de escolaridade</p>
Perdas/alterações significativas:	<p>A morte dos pais que a utente não sabe precisar cronologicamente na sua vida. A perda de dois maridos.</p>
Relações com pares/amizade:	<p>A pessoa de referência é sem dúvida o seu sobrinho, filho da única irmã que ainda está viva e de quem viveu sempre próxima. Refere que não tem muitos amigos, apesar de referir gostar estar em cafés a conversar. Não refere um único nome de uma pessoa amiga.</p>
História ocupacional:	<p>Depois do primeiro casamento foi para o Brasil para estar perto do seu marido que trabalhava numa fazenda. Os patrões do seu marido aceitaram que a D. Arminda ficasse como empregada interna, sendo da responsabilidade dela, não só o cuidado de casa mas também o cuidado de duas crianças pequenas. Refere que sempre teve uma boa relação com os patrões mas ao fim de 10 anos estava farta. Quando regressou a Portugal foi trabalhar para um laboratório de análises clínicas onde aprendeu a fazer de tudo um pouco. Refere que a patroa tinha muita confiança no seu trabalho.</p>
Padrão anterior de lidar com o stress	<p>Refere que sempre foi uma pessoa muito calma. Sempre teve alguém que lhe dava ordens e apesar de por vezes não gostar do que lhe mandavam, fazia sempre o que lhe diziam. Refere que gostava de estar concentrada nas suas tarefas de casa. O período que para ela foi mais conturbado foi o período em que esteve casada com o seu primeiro marido porque refere que tinham muitas desavenças. Refere que não era uma pessoa de chorar muito. Segundo a doente não desabafava, simplesmente porque não queria preocupar ninguém.</p>

Relatório de Estágio

<p>Outros factores de estilo de vida que contribuem para a adaptação actual:</p>	<p>Sempre gostou muito do mar e das melhores recordações que tem da sua infância incluíam os passeios com os pais às praias da linha de cascais. Quando o seu primeiro marido aceitou vir para Portugal fez questão de ficar junto do mar por este ser um elemento que a acalmava. Refere que o seu pai, por ser contabilista, sempre lhe ensinou a gerir muito bem a sua vida e segundo a utente, estes ensinamentos foram muito relevantes para ela. Quando se casou pela segunda vez, experimentou um tipo de relação de amizade e respeito que anteriormente não sentia. Segundo a utente, o seu segundo marido era pescador, e por terem alguma dificuldade financeira ela tinha de o ajudar a vender o peixe. Refere que trabalhou muito mas gostava de se sentir útil.</p>
<p>C. Condições existentes</p>	
<p>Sistemas de apoio:</p>	<p>Apesar de actualmente não ser capaz de gerir nada na sua vida, tem o suporte da sua irmã e do seu sobrinho que não lhe deixam faltar nada e que a ajudam a organizar-se no seu dia-a-dia. A sua filha não constitui nenhum tipo de apoio, apesar de a utente referir que gosta muito de saber dela e das suas netas.</p>
<p>Segurança económica:</p>	<p>Não tem grandes posses, mas a sua irmã e o seu sobrinho não se poupam a esforços para que nada lhe falte.</p>
<p>Situação laboral actual:</p>	<p>Reformada.</p>
<p>Contribuições do papel e responsabilidade pelos outros:</p>	<p>Actualmente ninguém depende da D. Arminda. Aparentemente parece que a sua reforma chegará para pagar a casa. Em respeito ao pagamento do internamento, não é claro, mas independentemente de quem seja, não parece ser problema.</p>
<p>ACONTECIMENTO PRECIPITANTE</p>	
<p>Situação/acontecimentos que precipitaram esta doença/hospitalização:</p>	<p>O não cumprimento da terapêutica foi o principal motivo que deu origem a este momento de crise que originou o internamento.</p>
<p>PERCEPÇÃO DO CLIENTE DO FACTOR STRESS</p>	
<p>Utente:</p>	<p>A utente não parece ter juízo crítico para a sua situação. Segundo utente não está doente nem precisa da ajuda de terceiros para se auto-cuidar.</p>
<p>Família:</p>	<p>Não foi possível ter reuniões com a família, mas segundo outros profissionais de saúde, a família está preocupada com a situação. Já perceberam que a doença de base está a evoluir e que a D. Arminda não vai ser capaz de continuar sozinha. Estão a procurar um local onde a D. Arminda possa ficar quando sair desta unidade de internamento.</p>

1.3 Avaliações Físicas Pertinentes

Respiração:	18 ciclos por minuto, rítmica e mista
Pele:	Corada e hidratada
Estado músculo-esquelético:	Boa coordenação e aparentemente sem alterações significativas.
Estado neurológico:	Aparentemente sem alterações
Cardiovascular:	Normotensa e normocardica
Gastrointestinal:	Aparentemente sem alterações. Necessita de por vezes tomar pilsenide para ajudar na eliminação intestinal
Genito urinário/reprodutivo:	Aparentemente sem alterações.
Olhos:	Sem alterações.
Ouvidos:	Sem alterações.
Efeitos secundários da medicação:	Não se verificam
Valores laboratoriais alterados e significado possível:	Não apresenta alterações laboratoriais.
Padrões de actividade/descanso:	Refere conseguir dormir bem durante a noite. Durante o dia não gosta que actividades, pelo que permanece muito tempo sentada a dormir e a ver televisão.
Actividades de vida diária/higiene pessoal:	Necessita de colaboração as actividades de higiene e de vestir. Autónoma nas idas ao WC.

2. TERAPIA FARMACOLÓGICA

FÁRMACOS PRESCRITOS:		
Nome: Topiramato	Dose:	50mg 3x ao dia
	Classificação:	Anti-convulsivantes
	Resultados/ Precauções	Tem uma acção na estabilização do humor. Tem também resultados no controlo do apetite e no tratamento das enxaquecas. Pode dar origem a cansaço e sonolência.
Nome: Risperidona	Dose:	1mg 3x ao dia
	Classificação:	Antipsicóticos
	Resultados/ precauções	Antagonizando a dopamina e a serotonina no SNC. Diminui os sintomas psicóticos. Monitorizar o início de efeitos laterais extrapiramidais. Importante ter em conta que a risperidona pode dar origem a obstipação.
Nome: Tromalyt	Dose:	150 mg 1x ao dia
	Classificação:	Anti-agregante plaquetário
	Resultados/ precauções	Prevenção secundária da cardiopatia isquémica e de acidentes vasculares cerebrais. Necessário tomar medicação junto com as refeições. Pode dar desconforto gástrico.
Nome: Quetiapina	Dose:	100mg 1 vez ao dia
	Classificação:	Antipsicóticos
	Resultados/ precauções	Diminuição das manifestações psicóticas. Pode provocar sonolência. É necessário controlar bem a temperatura do utente pois esta medicação pode alterar a temperatura corporal. Monitorizar no doente estabelecimento de efeitos laterais extrapiramidais.
Nome: Galantamina	Dose:	4 mg 2 x ao dia
	Classificação:	Grupo de medicamento utilizado no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas.
	Resultados/ precauções	Não pode ser associado a outros medicamentos que actuem da mesma forma. O uso de anti-inflamatórios não esteróides pode aumentar o número de efeitos secundários
Nome: Janumet	Dose:	850/50 mg 2x ao dia
	Classificação:	Anti-hiperglicémicos
	Resultados/ precauções	Controlar a glicemia para evitar hipoglicémias, Atender à função renal.

Relatório de Estágio

Nome: Pursenide	Dose:	1 comprimido nos dias pares
	Classificação	Laxante
	Resultados/ precauções:	Tratamento da obstipação. O uso prolongado pode levar a dependência a laxante. Controlar diarreias ou cólicas
Consumo de fármacos sem receita médica:	Doente nega	
Consumo de álcool ou drogas:	Doente nega	

3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

DESCRIÇÃO GERAL	
APARÊNCIA	
Apresentação e vestuário:	Bem vestida, adequada e limpa.
Higiene:	Sem evidências de cheiro corporal. Boa higiene oral. Pele e unhas bem tratadas.
Postura:	Utente aparentemente descontraída.
Altura e peso:	Peso ligeiramente acima do adequado para a sua altura. Não houve flutuações de peso recentes.
Nível de contacto visual:	Intermitente. Olha para mim quando coloco questões. Foge com o olhar durante as respostas.
Cor e textura dos cabelos:	Cabelo limpo e bem cuidado. Está pintado, pelo que terá ido recentemente ao cabeleireiro.
Evidências de cicatrizes, tatuagens ou outras marcas na pele que distingam o indivíduo:	Cicatriz resultante de apendicetomia, Cicatriz resultante de mastectomia. Quisto no membro inferior.
Avaliação da aparência do cliente relativamente à idade cronológica:	Corresponde com a idade.
ACTIVIDADE MOTORA	
Tremores:	Não apresenta.
Tiques ou outros movimentos estereotipados:	Não apresenta.
Maneirismos e gestos:	Não apresenta.
Hiperactividade :	Não apresenta.
Inquietação ou agitação:	Não apresenta.
Agressividade:	Nas primeiras questões mostrou-se algo desconfiada e respondeu com sarcasmo.
Rigidez:	Não apresenta.
Padrões de marcha:	Não apresenta.
Ecopraxia:	Não apresenta.
Atraso psicomotor:	Não apresenta.
Liberdade de movimento:	Apresenta boa amplitude de movimentos.

Relatório de Estágio

PADRÕES DE DISCURSO	
Lentidão ou rapidez do discurso:	Discurso mais lento do que o normal.
Pressão no discurso	Não apresenta.
Entoação:	Adequada.
Volume	Adequado.
Gaguez ou outras perturbações da fala:	Não apresenta.
Afasia:	Não apresenta.
ATITUDE GERAL	
Cooperativa/não cooperativa:	Cooperativa. Nota-se alguma desconfiança.
Amistosa/hostil/defensiva:	Defensiva nos primeiros minutos de contacto.
Desinteressada/ apática :	Não aparenta.
Atenta/interessada:	Atenta e interessada após os primeiros minutos.
Reservada/desconfiada:	Desconfiada. Questiona muitas vezes os motivos das questões.
EMOÇÕES	
HUMOR	
Depressivo; desesperado:	Depressivo.
Irritável:	Sim, principalmente nos primeiros minutos de contacto.
Ansioso:	Não aparenta.
Exultante:	Não aparenta.
Eufórico:	Não aparenta.
Tenebroso:	Não aparenta.
Culpado:	Não aparenta.
Lábil:	Não aparenta.
AFECTIVIDADE	
Congruência com o humor:	A expressão emocional exterior é consistente com o humor depressivo.
Restrita ou embotada:	Por períodos.
Insensível:	Não apresenta.
Adequada:	Aparentemente adequada.
Inadequada:	Não aparenta.
PROCESSOS DE PENSAMENTO	
FORMA DE PENSAMENTO:	

Relatório de Estágio

Fuga de ideias:	Não apresenta.
Dissociação:	Não apresenta.
Circunstancialidade:	Não apresenta.
Tangencialidade:	Não apresenta.
Neologismo:	Não apresenta.
Pensamento concreto:	Não apresenta.
Associações por assonância:	Não apresenta.
Saladas de palavras:	Não apresenta.
Preservação:	Não apresenta.
Ecolalia:	Não apresenta.
Mutismo:	Não apresenta.
Pobreza de discurso:	Por períodos as suas respostas não passam de monossílabos.
Capacidade de concentração:	Aparentemente mantém a atenção no tópico actual.
CONTEÚDO DO PENSAMENTO	
Delírios: a pessoa tem ideias ou crenças irrealistas:	Não aparenta.
Ideias de suicídio ou homicídio :	Não verbaliza.
Obsessões:	Não verbaliza.
Paranóia /desconfiança:	Não aparenta.
Pensamento mágico:	Não aparenta.
Religiosidade:	Não aparenta.
Fobias:	Não aparenta.
Pobreza de conteúdo:	Por períodos a utente utiliza afirmações ou clichés vagos, transmitindo pouca informação com as suas respostas.
PERTURBAÇÕES PERCEPTIVAS	
Alucinações:	Não aparenta.
Ilusões:	Não aparenta.
Despersonalização:	Não aparenta.
Desrealização:	Não aparenta.
CAPACIDADE COGNITIVA E SENSORIAL	
Nível de vigiância /consciência:	A utente está lúcida e atenta ao ambiente.
Orientação:	Orientada na pessoa, Desorientada no tempo e por vezes no local mas facilmente reverte desorientação com terapia de

Relatório de Estágio

	orientação para a realidade.
Memória:	Memória recente com algumas lacunas. Memória remota aparentemente sem lacunas, embora não seja fácil avaliar.
Capacidade de pensamento abstracto:	Mantida.
CONTROLO DOS IMPULSOS	
Capacidade de controlar impulsos:	Capacidade mantida.
JUÍZO CRÍTICO E INSIGHT	
Capacidade de resolver problemas e tomar decisões:	Não apresenta.
Conhecimento sobre o self:	Não apresenta conhecimento sobre as suas limitações, nem consciência de estar doente.
Uso adaptativo/mal adaptativo de estratégias de coping e mecanismos de defesa do ego	Uso adaptativo.

Relatório de Estágio

4. ÍNDICE DE BARTHEL

Item	Actividades Básicas de Vida Diária	Cotação	Data 07/10/11	Data _ / _ / _
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	10	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5		
	Dependente	0		
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	5	
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5		
	Dependente	0		
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5	5	
	Dependente	0		
Higiene Corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5	5	
	Dependente	0		
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	10	
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5		
	Dependente	0		
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx fá-lo sozinho)	10	10	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	5		
	Incontinência fecal	0		
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	10	5	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5		
	Incontinente ou algaliado	0		
Subir escadas	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10	10	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5		
	Dependente	0		
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	10	
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10		
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5		
	Dependente	0		
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas,...)	15	15	
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10		
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5		
	Dependente	0		
Total	(colocar o valor numérico e grau de dependência)		85 Ligeiramente dependente	

Grau de Dependência:

100 pontos – Independente; 60-95 pontos – Ligeiramente Dependente; 40-55 pontos – Moderadamente Dependente; 20-35 pontos – Severamente Dependente; < 20 pontos – Totalmente Dependente

5. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Este documento está digitalizado para que se consiga perceber a forma como o S. Manuel escreveu a sua frase e fez a cópia do desenho. É o teste que está disponível no serviço e a fonte é: Folstein, Folstein e McHugh, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria

NOME: 1.º António Fernandes Martins Colares
IDADE: 63 Anos DATA: 23 de Setembro de 2019

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)
 Em que ano estamos?
 Em que mês estamos?
 Em que dia do mês estamos? 23 de Setembro de 2019
 Em que dia do ano estamos? 23 de Setembro de 2019
 Em que estação do ano estamos?
 Em que país estamos?
 Em que distrito vive?
 Em que terra vive?
 Em que casa estamos?
 Em que andar estamos? Nota: 2

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).
"Vou tirar três palavras, quatro que se repetem, mas só duas de as as duas vezes: procure ficar a sério-as de cor".
 Pêra
 Bata
 Bata Nota: 3

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a acertar bem, consideram-se as seguintes como correctas. Respeite-se bem de 5 respostas.)
"Agora põe-me que me digas quantos são 30 menos 3 e depois do número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
 27 24 21 18 15 Nota: 2

4. EVOCACÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)
"Vai lá consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para dizer".
 Pêra
 Bata
 Bata Nota: 3

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta.)
a. "Como se chama isto?" Mostre os objectos:
 Pelejo
 Lapa Nota: 2

b. "Repete a frase que eu vou dizer".
O NATO RECEU A FOLHA ✓ Nota: 4

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e porhe sobre a mesa", (ou "sobre o chão", se for o caso), dar a folha segurando com as duas mãos.
 Pegar com a mão direita
 Dobrar ao meio
 Dobrar onde dóis Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase "Feche os olhos, FECHÉ OS OLHOS", sendo analisado, ler-se a frase.

✓ Feche os olhos

nota: 1

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

f. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pelo copiar correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados.

Não vale tirar o nome ou rotulá-lo.

DESENHO

CÓPIA



(Máximo 30 pontos)

nota: 22

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

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

FECHÉ OS OLHOS

6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico: Interação social		Juízo: Comprometido	
Definição: Comportamento interativo: intercâmbio social mútuo, participar em actividades sociais			
Etiologia: Dificuldade em confiar; ansiedade ao nível do pânico; regressão a estágios precoces do desenvolvimento; pensamento delirante; relação parental simbiótica; ego imaturo; medos reprimidos			
Sintomatologia: Isolamento; mutismo; tristeza; expressão desmotivada; preocupação com os seus próprios pensamentos; acções repetitivas e sem sentido; aproxima-se dos técnicos para interação, recusando-se, posteriormente, a responder à interpelações dos técnicos			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente sinta disposição e procure voluntariamente socializar com profissionais e outros utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a auto-percepção • Executar terapia de grupo • Executar treino de assertividade • Aumentar a socialização • Escutar activamente • Executar terapia sócio-recreativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoio à utente em todas as actividades de grupo • Dar reforços positivos quando a utente demonstra capacidades de socialização • Demonstrar atitude de aceitação através de contactos curtos e frequentes • Utilizar o toque ou outras técnicas que permitam à utente estar descontraída • Dar oportunidade à utente de sair de uma interação sempre que esta se sinta desconfortável, mas voltando, posteriormente, a potenciar novas situações • Recorrer a medicação se assim estiver previsto por prescrição médica, de modo a reduzir ansiedade • Gerir o ambiente de modo a que a utente possa estar em interação 	A D. Armanda teve dificuldade em se sentir confortável em actividades de grupo. Actualmente não só participa nas actividades, como gosta de estar na sala de actividades a interagir

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Memória		Juízo: Alterada	
Definição: Processo psicológico: actos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados			
Etiologia: Ansiedade extrema, reprimida; trauma de infância; abuso na infância; ameaça à integridade física; ameaça ao auto-conceito			
Sintomatologia: Perda de memória: incapacidade para recordar determinados acontecimentos relacionados com situações de stress; perda de memória: incapacidade para recordar acontecimentos associados com toda a vida; perda de memória; incapacidade para recordar a sua própria identidade			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente consiga recordar-se das situações importantes da sua vida (remotas e recentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família • Atender na demência • Executar terapia de orientação para a realidade • Executar técnicas de treino de memória • Gerir ambiente físico • Apoiar emocionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma boa colheita de dados para que se conheça ao máximo história do doente e gostos pessoais, assim poder-se relembrar o utente da sua própria história • Fazer reforços positivos • Utilizar estímulos que representem experiências agradáveis para a utente, mas que não a sobrecarreguem • Instituir uma rotina • Proporcionar momentos de descanso adequados • Estimular a utente a falar e a explorar os seus sentimentos • Utilizar objectos da utente que a possam relembrar da sua própria história, por exemplo fotografias • Deixar a utente utilizar a sua própria roupa, que a pode ajudar a reconhecer mais facilmente a sua própria identidade • Ensinar a família a desempenhar este tipo de acções • Dar tempo e espaço à utente que sejam adequados para não aumentar a ansiedade ou a angústia de lidar com o reconhecimento das suas limitações 	Doente inicialmente reticente às actividades de estimulação. Actualmente mais participativa. Com períodos de maior orientação

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Interação social		Juízo: Comprometido	
Definição: Comportamento interactivo: intercâmbio social mútuo, participar em actividades sociais			
Etiologia: Dificuldade em confiar; ansiedade ao nível do pânico; regressão a estágios precoces do desenvolvimento; pensamento delirante; relação parental simbiótica; ego imaturo; medos reprimidos			
Sintomatologia: Isolamento; mutismo; tristeza; expressão desmotivada; preocupação com os seus próprios pensamentos; acções repetitivas e sem sentido; aproxima-se dos técnicos para interacção, recusando-se, posteriormente, a responder à interpelações dos técnicos			
Resultados Esperados	Ações de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente sinta disposição e procure voluntariamente socializar com profissionais e outros utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a auto-percepção • Executar terapia de grupo • Executar treino de assertividade • Aumentar a socialização • Escutar activamente • Executar terapia sócio-recreativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoio à utente em todas as actividades de grupo • Dar reforços positivos quando a utente demonstra capacidades de socialização • Demonstrar atitude de aceitação através de contactos curtos e frequentes • Utilizar o toque ou outras técnicas que permitam à utente estar descontraída • Dar oportunidade à utente de sair de uma interacção sempre que esta se sinta desconfortável, mas voltando, posteriormente, a potenciar nova situações • Recorrer a medicação se assim estiver previsto por prescrição médica, de modo a reduzir ansiedade • Gerir o ambiente de modo a que a utente possa estar em interacção 	A D. Arminda teve dificuldade em se sentir confortável em actividades de grupo. Actualmente não só participa nas actividades, como gosta de estar na sala de actividades a interagir

7. CONCLUSÃO

Considero que consegui elaborar um estudo de caso completo e individualizado, principalmente no plano de enfermagem cuja elaboração me ajudou na minha prestação de cuidados e planificação de actividades.

Foram incluídas neste estudo de caso algumas escalas de avaliação como a Escala de Braden, o Índice de Lawton, o índice de Barthel e o Mini Exame do Estado Mental que não são habituais estarem presentes em estudos de caso, mas tendo em conta o objectivo deste documento, considero que eram de sobremaneira importantes para um correcto e completo plano de cuidados de enfermagem.

8. BIBLIOGRAFIA

FORTIN, Marie-Fabienne, *O processo de investigação: da concepção à realização* - Loures : Lusociência, 1999. - 388 p. ; ISBN 972-8383-10-X

TOWNSED, Mary C. , *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* – Loures: Lusociência, 2011.-922 p.; ISBN: 978-972-8930-61-5

DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERAND, April Hazard – *Guia farmacológico para enfermeiros* – Loures, Lusociência, 7ª edição, 2003, ISBN: 972-8383-47-9

Anexo VIII – Actividades realizadas com a D. Arminda

Para a D. Arminda foram programadas sessões diárias de orientação para a realidade e sessões diárias de estimulação cognitiva.

As actividades de estimulação cognitiva programadas para a D. Arminda visaram principalmente a estimulação da sua orientação, da atenção, do cálculo e da linguagem escrita, isto tendo em conta a sua avaliação no MEEM.

As imagens que se seguem documentam algumas dessas sessões. Muitas delas foram repetidas e muitas outras foram realizadas sem estarem documentadas. A sua realização dependia um pouco de como a D. Arminda se sentia no dia. Se não tinha muita vontade em participar em actividades, optava por uma mais simples ou por uma actividade que já sabia que a D. Arminda gostava. Com o passar do tempo a D. Arminda passou a mostrar mais interesse pelas actividades, pedindo ela própria actividades novas.

Actividade:

Para esta actividade foram feitos vários cartões, uns com as várias divisões da casa e outros, mais pequenos, com alguns objectos característicos das diferentes divisões.

Foi pedido à D. Arminda que colocasse os cartões dos objectos, junto as divisões respectivas.

Os mesmos cartões deram para realizar outras actividades.

Numa outra actividade foi pedido à D. Arminda para descrever o que costumava fazer em cada uma das divisões.

Pode-se aumentar o grau de dificuldade colocando apenas 2 ou 3 divisões, ou então todas.



Actividade:

Este é o jogo chamado Tangran. Utilizado em todo o mundo para a estimulação do cálculo, mas também da atenção e da concentração. Foram realizados vários cartões com imagens possíveis de realizar com as peças do tangram e foi pedido à D. Arminda que as reproduzisse. Foram utilizados cartões coloridos para facilitar a actividade. Quando foram utilizados cartões a preto e Branco a D. Arminda não conseguiu reproduzir a imagem. Esta foi das actividades mais vezes repetida pois era muito gratificante para a D. Arminda.



Actividade:

Para esta actividade foram utilizados vários cartões, uns com a imagem de pessoas, com fardas que os identificavam com determinadas profissões, e outros com vários utensílios característicos das profissões representadas. Foi pedido à D. Arminda que fizesse a correspondência correcta entre os cartões e os utensílios.

Com os mesmos cartões foi possível realizar outras actividades como por exemplo mostrar apenas os cartões com as profissões e pedir à D. Arminda que falasse um pouco dessas profissões e das suas características. É possível ainda mostrar apenas os cartões com os utensílios e pedir à D. Arminda para falar das suas funções e chegar às profissões.



Actividade:

Este é um jogo disponível à venda e que é constituído por vários cartões com perguntas e respostas sobre determinado assunto.

Houve sessões em que foram seleccionadas questões sobre costumes tradicionais, sobre culinária, sobre o corpo humano, etc.



Actividade:

Para esta actividade foram utilizados diversos cartões com imagens do dia a dia. Foi pedido à D. Arminda para relatar o que estava a acontecer na imagem e posteriormente foram feitas algumas questões para estimular o racioio como por exemplo: que horas do dia serão nesta imagem? Que estação do ano será? Etc.



Actividade:

Para esta actividade foram utilizados cartões com imagens que apresentavam alguns erros e foi pedido à D. Arminda que identificasse esses erros.



Actividade:

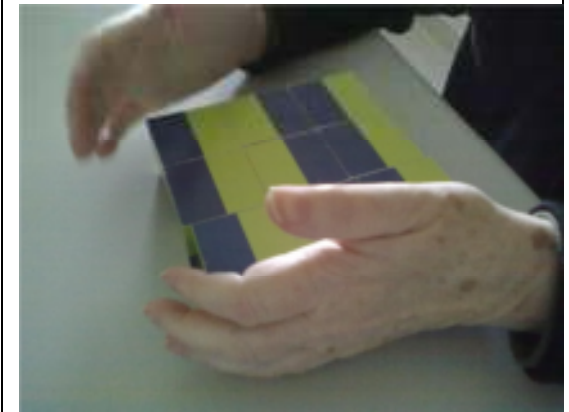
Para esta actividade foram utilizados vários cartões com imagens que contavam uma história. Foi pedido à D. Arminda que fizesse a sequência correcta da história com os cartões e que posteriormente a relatasse.



Actividade:

Com um jogo de cubos com imagens geométricas foi pedido à D. Arminda que reproduzisse os desenhos representados num cartão.

Iniciou-se a actividade com poucos cubos e depois pode-se aumentar a complexidade.



Actividade:

Para este jogo foram utilizados vários cartões com imagens opostas, por exemplo, um copo cheio e um copo vazio, ou as mãos sujas e as mãos limpas, ou a janela aberta e a janela fechada. Foi pedido à D. Arminda que fizesse a correspondência entre os cartões correspondentes.



Actividade:

Jogo de cubos onde a D. Arminda tinha de conseguir monta imagens de frutas.



Actividade:

Aumentando o grau de dificuldade da actividade anterior. Foi utilizado um jogo com 9 cubos que representavam as quatro estações do ano, as diferentes formas geométricas com diferentes cores, e o mapa de Portugal.

Por o grau de complexidade ser maior existiam cartões com a imagem final para ajudar. Estes cartões puderam, só por si servir para outra actividade sobre as estações e sobre os acontecimentos mais importantes em cada uma delas.



Anexo IX – Estudo de Caso do S. Manuel



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Aluno: Maria Amélia Rei Coelho

Sob supervisão de: Enfermeira Isabel Capa

Sob orientação de: Professora Sarreira Santos

Lisboa, 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	139
1.COLHEITA DE DADOS	140
1.1 Dados de identificação	140
1.2 Factores predisponentes.....	140
1.3 Avaliações físicas pertinentes	143
2.TERAPIA FARMACOLÓGICA	144
3.AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	146
4.ESCALA DE BRADEN.....	150
5.ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)	151
6.ÍNDICE DE BARTHEL.....	152
7.MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	153
8.PLANO DE CUIDADOS	155
9.CONCLUSÃO	161
10.BIBLIOGRAFIA	162

INTRODUÇÃO

A elaboração deste estudo de caso surgiu no âmbito do estágio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa que realizei na Unidade 14 – Maria Josefa da Casa de Saúde da Idanha.

Segundo Fortin (1999, p. 164) o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.

Este estudo de caso é relativo ao S. Manuel cujo diagnóstico é um Síndrome Demencial que se desenvolveu no último ano e que já motivou 2 internamentos anteriores. Esta sua patologia deu origem a uma perda substancial da capacidade do S. Manuel de se auto-cuidar e isso deu origem à sobrecarga dos seus familiares, pelo que tiveram de optar por este internamento.

Este diagnóstico, cada vez mais comum na sociedade, acarreta alterações significativas no dia-a-dia do utente, mas também na vida dos seus familiares. Por ser um problema tão comum e com tantas consequências nefastas, é necessário que todos estejamos preparados para conseguir dar a estas pessoas a dignidade e a qualidade de vida que merecem.

Na elaboração deste estudo de caso foi tido em conta o que a ANA (Associação de enfermeiros Americana), a *American Psychiatric Nurses Association* (APNA) e a *International Society of Psychiatric Mental Health Nurses* (ISPN) consideram como sendo o “conjunto de padrões que se espera que os enfermeiros psiquiátricos sigam enquanto prestam cuidados aos doentes” (Townsend 2011, p. 147).

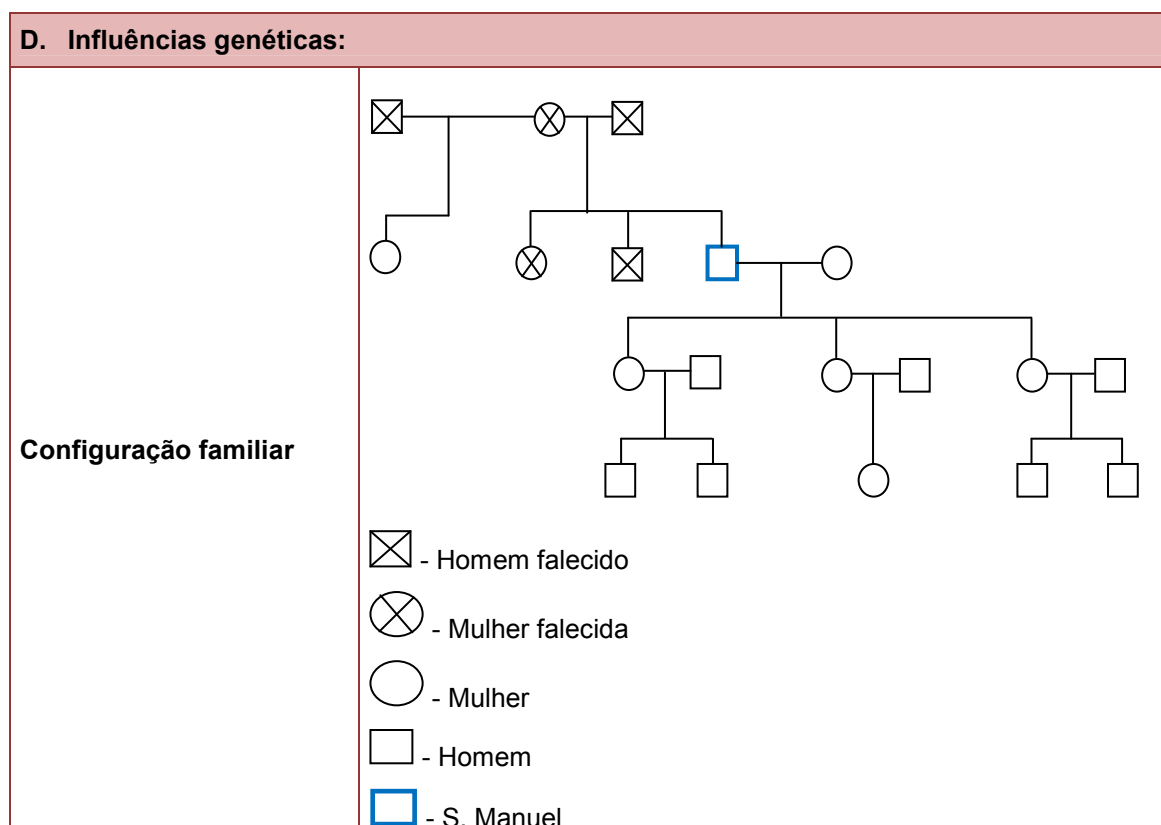
Estes padrões vão guiar todo este documento que pretende ser também um documento de trabalho. Assim inicialmente irei realizar uma apreciação da situação do senhor Manuel, onde realizo uma colheita de dados que irá servir de base para todo o trabalho subsequente. Posteriormente, realizarei o levantamento dos diagnósticos e problemas potenciais do senhor Manuel, bem como dos resultados que espero que este atinja com a prestação dos meus cuidados. Para isso irei fazer o levantamento das intervenções de enfermagem que podem ajudar o senhor Manuel a atingir os resultados anteriormente identificados. Após identificadas as intervenções segue-se a sua implementação e a sua avaliação.

1 COLHEITA DE DADOS

1.1 Dados de identificação

Nome:	Manuel		
Género:	Masculino	Idade:	80 anos
Raça/cultura:	Caucasiana	Língua dominante:	Portuguesa
Alergias:	Desconhece		
Estado Civil:	Casado		
Considerações especiais na dieta:	Não apresenta		
Queixa principal:	Períodos confusionais e episódios esporádicos de agressividade verbal dirigida à esposa, alucinações auditivas e alterações do pensamento		
Diagnóstico médico:	Síndrome demencial		
Data de admissão:	5 de Setembro		
Foi admitido na companhia de:	Acompanhado pela esposa e por uma das filhas		
Meio de Admissão:	Cadeira de rodas		
Admitido de:	Do domicílio		

1.2 Factores predisponentes



Dinâmica familiar	<p>S. Manuel casou cedo com uma senhora da terra e sempre viveu na mesma casa. Teve três filhas que já casaram e saíram de casa, tendo apenas uma delas ficado a viver no mesmo distrito. Refere que mantém uma boa relação com todas elas e com os 5 netos. Tem uma irmã, apenas por parte da mãe mas que vive na suíça. Não mantém nenhum contacto com esta irmã ou com a sua família. Não mantém contacto com nenhuma das famílias dos seus irmãos que já morreram.</p>
História médica /psiquiátrica do utente:	<p>O s. Manuel teve um AVC que lhe deixou sequelas no hemicorpo esquerdo mais marcadas no membro inferior. Necessita de ajuda de uma bengala para deambular.</p> <p>A sua sintomatologia tem início no final de 2010 com anedonia, isolamento e queixas de cervicalgias. Nesta altura iniciou seguimento em consulta de psiquiatria. Após o início da administração de psicofármacos, apresentou um episódio de prostração relacionado com a medicação.</p> <p>Em Abril de 2011 foi internado na unidade média duração e reabilitação de Estremoz para reabilitação funcional de sequelas da imobilização por doença do foro psíquico.</p>
História médica/psiquiátrica da família:	<p>Segundo o utente não se lembra da causa da morte de nenhum dos progenitores. Refere que a sua irmã morreu com uma doença que lhe apareceu nas unhas e desconhece a causa de morte do seu irmão que morreu já velho. Segundo utente esposa e filhas são saudáveis.</p>
Outras influências genéticas que afectam a adaptação actual:	<p>Utente não apresenta e não refere nenhuma alteração.</p>
E. Experiências anteriores	
Crenças e práticas de saúde:	<p>Utente sempre foi responsável pelo seu auto-cuidado. Considera-se uma pessoa muito asseada. Refere a prática de banho diário e extremo cuidado com higiene oral. Considera o aspecto das pessoas muito importante, razão pela qual refere nunca se ter deixado engordar. Refere ter tido sempre muito cuidado com a alimentação. Nunca praticou desporto. Refere que não ia muitas vezes ao médico porque sempre foi saudável.</p>
Factores ambientais:	<p>Desde que se casou sempre viveu na mesma casa que, segundo o utente, apresenta boas condições estruturais e sanitárias. A sua actividade profissional sempre foi a de alfaiate que exercia nas proximidades da sua casa. Refere que gostava de ser prefeito na sua actividade, que não considerada como sendo stressante.</p>
Crenças e práticas	<p>Refere ter tido educação cristã e de ser praticante, excepto “nos</p>

Relatório de Estágio

religiosas:	últimos tempos”. Não foi possível averiguar se houve algum acontecimento que tivesse provocado este afastamento com a religião.
Grau de instrução:	Tem a 4ª classe.
Perdas/alterações significativas:	Apesar de ter várias pessoas que faleceram na sua vida, não refere que nenhuma delas tenha sido significativa. Mostra que a perda da mobilidade autónoma devido ao AVC foi marcante para si.
Relações com pares/amizade:	Não refere amizades significativas. Refere que se dá bem com todas as pessoas mas que não gosta de sair de casa nem ir para a casa de ninguém. Nunca foi pessoa de frequentar cafés.
História ocupacional:	Quando terminou a 4ª classe foi aprender o ofício de alfaiate. Não foi escolha própria, mas considera que foi uma grande oportunidade de vida. Nunca fez outra coisa.
Padrão anterior de lidar com o stress	Refere que sempre soube lidar bem com o stress, mas refere que se chateava sempre que as coisas não corriam como gostava. Considera-se uma pessoa perfeccionista e gosta da disciplina.
Outros factores de estilo de vida que contribuem para a adaptação actual:	
F. Condições existentes	
Sistemas de apoio:	Quer a esposa quer as suas filhas, aparentemente, dão-lhe todo o apoio que necessita.
Segurança económica:	Segundo o S. Manuel teve alturas difíceis na vida mas nunca passou fome. Actualmente refere que a sua reforma e a da sua esposa chegam para as suas necessidades. Os encargos do internamento estão a ser suportados pelas filhas.
Situação laboral actual:	Reformado.
Contribuições do papel e responsabilidade pelos outros:	O S. Manuel sempre se considerou o chefe da casa e era ele que ditava as regras. Actualmente, com a necessidade de ajuda para realizar algumas das necessidades humanas básicas sente-se frustrado e revoltado.
ACONTECIMENTO PRECIPITANTE	
Situação/acontecimentos que precipitaram esta doença/hospitalização:	Não existe uma relação entre o início dos sintomas e um acontecimento específico, no entanto, a dependência física resultante do AVC veio contribuir para o desequilíbrio na vida do S. Manuel.
PERCEPÇÃO DO CLIENTE DO FACTOR STRESS	
Utente:	O utente não se considera doente. Não referindo nenhum tipo de stress.

Família:	A família não considera a dependência física do S. Manuel como stressante, mas sim os seus recentes comportamentos de agressividade.
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3 Avaliações físicas pertinentes

Respiração:	18 ciclos por minuto. Regular e mista
Pele:	Integra, orada e hidratada
Estado músculo-esquelético:	Apresenta hemiparesia à esquerda. No membro superior as limitações são mínimas e estão mais relacionadas com a manutenção da força. Consegue comer sozinho mas necessita de alguma ajuda ao vestir-se. No membro inferior apresenta claudicação ao deambular.
Estado neurológico:	Refere cefaleias que não melhoram com a toma da medicação.
Cardiovascular:	Normotenso e normocardico
Gastrointestinal:	Usa prótese dentária superior e inferior.
Genito urinário/ reprodutivo:	Apresenta alguma dificuldade em iniciar a micção.
Olhos:	Usa prótese ocular.
Ouvidos:	Hipoacusia à esquerda.
Efeitos secundários da medicação:	Não apresenta.
Valores laboratoriais alterados e significado possível:	Não apresenta valores analíticos alterados.
Padrões de actividade/descanso:	Refere alguma dificuldade em iniciar o sono. Faz pequenos períodos de sono durante o dia.
Actividades de vida diária/higiene pessoal:	S. Manuel não apresenta vontade para participar em actividades incluindo o visionamento de televisão.

2 TERAPIA FARMACOLÓGICA

FÁRMACOS PRESCRITOS:		
Nome: Amisulpride	Dose:	50 mg 1 vez ao dia
	Classificação:	Anti-psicótico
	Resultados/ precauções:	Náuseas, aumento de peso, insónia, agitação, rigidez muscular, lentidão dos movimentos.
Nome: Quetiapina	Dose:	50mg 1 x ao dia
	Classificação	Anti-psicótico
	Resultados/ precauções:	Diminuição das manifestações psicóticas. Pode provocar sonolência. É necessário controlar bem a temperatura do utente pois esta medicação pode alterar a temperatura corporal. Monitorizar no doente estabelecimento de efeitos laterais extrapiramidais.
Nome: Ibersartan	Dose:	10 mg 1 vez ao dia
	Classificação	Grupo dos antagonistas dos receptores da angiotensina-II. Anti-hipertensor
	Resultados/ precauções:	Protege os rins da hipertensão. Com a toma de anti-inflamatórios não esferóides o efeito fica reduzido.
Nome: Visacor	Dose:	10mg 1x ao dia
	Classificação	Estaminas
	Resultados/ precauções:	Diminuição do colesterol, redução do risco de AVC. Pode dar origem a alterações hepáticas, cefaleias e obstipação.
Nome: Atenol	Dose:	50 mg 1x ao dia
	Classificação	Anti-hipertensor
	Resultados/ precauções:	Pieira, tonturas, perturbações do sono, dedos e extremidades frias, diarreia, boca seca.
Nome: Higroton	Dose:	25 mg 1 x ao dia
	Classificação	Anti-hipertensor
	Resultados/ precauções:	Hipocalemia, hiperuricémia
Nome: Alfuzosina	Dose:	10 mg 1 x ao dia
	Classificação	Medicamento utilizado nas disfunções genito-urinárias.
	Resultados/ precauções:	Hipotensão, congestão nasal, sedação, cansaço, tonturas e edema periférico.
Nome:	Dose:	15gts 3 x ao dia

Relatório de Estágio

Haloperidol	Classificação	Anti-psicótico
	Resultados/ precauções:	Haldol alivia certas perturbações do pensamento, sensação de agir como: - acreditar que qualquer coisa não é verdadeira (delírio); - desconfiança fora do habitual; - ouvir, ver ou sentir de outro modo, qualquer coisa que não existe (alucinações); - confusão (por vezes associada ao consumo de álcool); - agitação, temperamento agressivo e alterações do comportamento geral. Elevada incidência de efeitos extrapiramidais
Nome: Varfarina	Dose:	5mg 1x ao dia
	Classificação	Anticoagulantes
	Resultados/ precauções:	Hemorragias, náuseas e diarreias. As alterações da dosagem devem ser realizadas com o controle regular do INR
Nome: ADT	Dose:	10 mg 1x ao dia
	Classificação:	Antidepressores
	Resultados/ precauções:	Enfarte do miocárdio recente, arritmias, fase maníaca da doença bipolar, doença hepática grave.
Nome: Cipralex	Dose:	1 comprimido 1xdia
	Classificação:	Antidepressores
	Resultados/ precauções:	Indicado para o tratamento da depressão, ansiedade generalizada e perturbação do pânico com ou sem agorafobia. Efeitos adverso: gastrintestinais são muito comuns (náuseas, vômitos), reacções de hipersensibilidade de todos os tipos incluindo anafilaxia, xerostomia, ansiedade e irritabilidade, disfunção sexual; convulsões, doenças do movimento e síndrome maligno dos neurolépticos.
Nome: Mirtazapina	Dose:	30mg 1x ao dia
	Classificação:	Antidepressores
	Resultados/ precauções:	Efeitos adversos: gastrintestinais são muito comuns (náuseas, vômitos), reacções de hipersensibilidade de todos os tipos incluindo anafilaxia, xerostomia, ansiedade e irritabilidade, disfunção sexual; convulsões, doenças do movimento e síndrome maligno dos neurolépticos.
Consumo de fármacos sem receita médica:	Doente nega	
Consumo de álcool ou drogas:	Doente Nega	

3 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

DESCRIÇÃO GERAL	
APARÊNCIA	
Apresentação e vestuário:	Apresenta aspecto cuidado e adequado.
Higiene :	Sem evidências de cheiro corporal. Boa higiene oral. Pele e unhas bem tratadas.
Postura:	Utente com períodos em que fica rígido. Atitude geral curvada.
Altura e peso:	Equilibrados
Nível de contacto visual :	Contacto visual fugaz.
Cor e textura dos cabelos:	Aparentemente bem cuidado. Apresenta cabelos brancos.
Evidências de cicatrizes, tatuagens ou outras marcas na pele que distingam o indivíduo:	Aparentemente sem cicatrizes ou tatuagens.
Avaliação da aparência do cliente relativamente à idade cronológica:	Corresponde à idade.
ACTIVIDADE MOTORA	
Tremores:	Não apresenta
Tiques ou outros movimentos estereotipados:	Não apresenta.
Maneirismos e gestos:	Não apresenta.
Hiperactividade :	Não apresenta.
Inquietação ou agitação:	Não apresenta.
Agressividade:	Não apresenta.
Rigidez:	Por vezes apresenta espasticidade muscular mas que está associada a comportamentos demonstrativos, principalmente quando está a ser contrariado.
Padrões de marcha:	Claudicação resultante de parésia no membro inferior esquerdo
Ecopraxia:	Não apresenta.
Atraso psicomotor:	Não apresenta.
Liberdade de movimento:	Discreta diminuição da força no membro superior esquerdo e parésia no membro inferior esquerdo.
PADRÕES DE DISCURSO	
Lentidão ou rapidez do discurso:	Não apresenta.
Pressão no discurso	Não apresenta.
Entoação:	Adequada.

Relatório de Estágio

Volume	Equilibrado.
Gaguez ou outras perturbações da fala:	Não apresenta.
Afasia:	Não apresenta.
ATITUDE GERAL	
Cooperativa/não cooperativa:	Muito reticente aos contactos e na participação de actividades.
Amistosa/hostil/defensiva:	Amistosa
Desinteressada/ apática :	Desinteressada por períodos.
Atenta/interessada:	Interessada por períodos.
Reservada/desconfiada:	Por períodos questiona as questões.
EMOÇÕES	
HUMOR	
Depressivo; desesperado:	Depressivo.
Irritável:	Apresenta por períodos.
Ansioso:	Não aparenta.
Exultante:	Não aparenta.
Eufórico:	Não aparenta.
Tenebroso:	Não aparenta.
Culpado:	Não aparenta.
Lábil:	Não aparenta.
AFECTIVIDADE	
Congruência com o humor:	Parece congruente.
Restrita ou embotada:	Aparenta por períodos.
Insensível:	Não aparenta.
Adequada:	Aparenta ser adequada.
Inadequada:	Não aparenta.
PROCESSOS DE PENSAMENTO	
FORMA DE PENSAMENTO:	
Fuga de ideias:	Não apresenta.
Dissociação:	Não apresenta.
Circunstancialidade:	Não apresenta.
Tangencialidade:	Não apresenta.
Neologismo:	Não apresenta.
Pensamento concreto:	Não apresenta.

Relatório de Estágio

Associações por assonância:	Não apresenta.
Saladas de palavras:	Não apresenta.
Preservação:	Não apresenta.
Ecolalia:	Não apresenta.
Mutismo:	Não apresenta
Pobreza de discurso:	Apresenta por períodos.
Capacidade de concentração:	Aparente boa capacidade de concentração.
CONTEÚDO DO PENSAMENTO	
Delírios: a pessoa tem ideias ou crenças irrealistas:	Não apresenta
Ideias de suicídio ou homicídio:	Não verbaliza.
Obsessões:	Não apresenta.
Paranóia /desconfiança:	Não apresenta
Pensamento mágico:	Não apresenta.
Religiosidade:	Não apresenta.
Fobias:	Não apresenta.
Pobreza de conteúdo:	Não apresenta.
PERTURBAÇÕES PERCEPTIVAS	
Alucinações:	À chegada apresentava alucinações auditivas que aparentemente pararam.
Ilusões:	Não aparenta.
Despersonalização:	Não apresenta.
Desrealização:	Não apresenta.
CAPACIDADE COGNITIVA E SENSORIAL	
Nível de vigília /consciência:	Consciente.
Orientação:	Orientado na pessoa e parcialmente orientado no espaço e no tempo. Reverte facilmente com terapia de orientação para a realidade.
Memória :	Apresenta memória recente com algumas lacunas e memória remota aparentemente preservada.
Capacidade de pensamento abstracto:	Apresenta.
CONTROLO DOS IMPULSOS	
Capacidade de controlar impulsos:	Não apresenta dificuldade.
JUÍZO CRÍTICO E INSIGHT	
Capacidade de resolver problemas e tomar decisões:	Não apresenta.
Conhecimento sobre o self:	Não apresenta conhecimento sobre as suas limitações, nem

Relatório de Estágio

	consciência de estar doente.
Uso adaptativo/mal adaptativo de estratégias de coping e mecanismos de defesa do ego	

Relatório de Estágio

4 ESCALA DE BRADEN

			Pontuação	29/09/11	10/10/11	_/ _/ _	_/ _/ _
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade para reagir de uma forma voluntária perante um incómodo relacionado com a pressão	Totalmente limitada	Não reage a estímulos dolorosos	1	4	4		
	Muito limitada	Só reage a estímulos dolorosos	2				
	Ligeiramente limitada	Reage a ordens verbais, incapacidade de comunicar desconforto	3				
	Sem limitações	Comunica a dor e/ou desconforto	4				
EXPOSIÇÃO À HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	Permanente húmida	Pele constantemente húmida pela transpiração, urina, etc.	1	4	4		
	Frequentemente húmida	Pele frequentemente húmida	2				
	Ocasionalmente húmida	Pele ocasionalmente húmida	3				
	Raramente húmida	Pele geralmente seca	4				
ACTIVIDADE Nível de actividade física	Acamado	Doente confinado � cama	1	3	3		
	Cadeira	Necessita de ajuda para passar para a cadeira	2				
	Deambula ocasionalmente	Anda distâncias curtas com ou sem ajuda	3				
	Deambula frequentemente	Deambula pelo menos 2 horas durante o dia	4				
MOBILIDADE Capacidade para mudar e controlar o posicionamento do corpo	Totalmente imóvel	Só se mobiliza com ajuda	1	4	4		
	Muito limitada	Faz pequenas e ocasionais mudanças de posição	2				
	Ligeiramente limitada	Faz frequentemente pequenas mudanças de posição sem ajuda	3				
	Sem limitações	Faz mudanças de posição sem ajuda	4				
NUTRIÇÃO Padrão usual de ingestão de alimentos	Muito pobre	Nunca ingere 1 refei�o completa. Bebe poucos líquidos. Sem suplementos	1	4	4		
	Provavelmente inadequada	Raramente come uma refei�o completa	2				
	Adequada	Come mais de metade da maioria das refei�es. Com alimenta�o entérica	3				
	Excelente	Nunca recusa uma refei�o	4				
FRICÇÃO E PERIGO DE LESÕES CUTÂNEAS	Problema real	Impossível posicionar sem deslizar os len�ois (� fricção)	1	3	3		
	Problema potencial	Necessita de ajuda mínima escorregando ocasionalmente	2				
	Sem problema	Move-se frequentemente mantendo uma boa posição na cadeira e/ou cama	3				
Alto Risco <12 Pontos	Sem risco >17 pontos	Baixo Risco 15 e 16 pontos (para idade <75 anos)	TOTAL	22	22		
Risco Moderado 13 e 14 pontos		15 e 18 pontos (para idades >75anos)					

5 ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

AIVD	Itens	Cotação	29/09	10/10
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	4	4
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		
	Só faz as tarefas leves	3		
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5		
Lavar a roupa	Lava a roupa	1	3	3
	Só lava pequenas peças	2		
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	4	4
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		
	Prepara pratos pré cozinhados	3		
	Incapaz de preparar refeições	4		
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	4	4
	Só faz pequenas compras	2		
	Faz as compras acompanhado	3		
	É incapaz de ir às compras	4		
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	2	2
	Só liga para lugares familiares	2		
	Necessita de ajuda para o usar	3		
	Incapaz de usar o telefone	4		
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	3	3
	Só anda de táxi	2		
	Necessita de acompanhamento	3		
	Incapaz de usar o transporte	4		
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	2	2
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2		
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3		
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1	2	2
	Necessita que lhe preparem a medicação	2		
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3		
			24	24

Relatório de Estágio

6 ÍNDICE DE BARTHEL

Item	Actividades Básicas de Vida Diária	Cotação	29/09/11	11/10/11
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	10	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5		
	Dependente	0		
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	5	5
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5		
	Dependente	0		
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5	0	0
	Dependente	0		
Higiene Corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5	0	0
	Dependente	0		
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	5	5
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5		
	Dependente	0		
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx fá-lo sozinho)	10	5	5
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	5		
	Incontinência fecal	0		
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	10	10	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5		
	Incontinente ou algaliado	0		
Subir escadas	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10	0	0
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5		
	Dependente	0		
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	5	5
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10		
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5		
	Dependente	0		
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andariço, canadianas,...)	15	10	10
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10		
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5		
	Dependente	0		
Total	(colocar o valor numérico e grau de dependência)		50 Moderadamen te dependente	50 Moderadamen te dependente

Grau de Dependência:

100 pontos – Independente; 60-95 pontos – Ligeiramente Dependente; 40-55 pontos – Moderadamente Dependente; 20-35 pontos – Severamente Dependente; < 20 pontos – Totalmente Dependente

7 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Este documento está digitalizado para que se consiga perceber a forma como o S. Manuel escreveu a sua frase e fez a cópia do desenho. É o teste que está disponível no serviço e a fonte é: Folstein, Folstein e McHugh, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria

NOME Manuel Almeida
 IDADE: 80 Anos DATA 28 de Set de 2019
27/09/2019

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).
 Em que ano estamos?
 Em que mês estamos?
 Em que dia do mês estamos?
 Em que dia da semana estamos?
 Em que estação do ano estamos?
 Em que país estamos?
 Em que distrito vivemos?
 Em que zona vivemos?
 Em que cidade estamos? Almada
 Em que andar estamos? 1º

Nota 9

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).
 "Vou dizer três palavras, quanto que as repetidas, mas ao depois de eu as dizer todas, procure ficar a estável do cor".
 Dênis
 João
 Bola

Nota 3

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considerem-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)
 "Agora peço-lhe que me diga quantos são 50 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
 27 24 21 18 15

Nota 5

4. EVOCACÃO (1 ponto por cada resposta correcta).
 "Vejá se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para dicção".
 Fera
 Gato
 Bola

Nota 3

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto?" Mostre os objectos:
 Pêlo
 Lápis

Nota 2

b. Tira a frase que eu vou dizer:
 O RATO ROEU A ROJHA ✓

Nota 1

c. "Tendo eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", jure "sobre a cama", se for o caso; dar a folha segurando com as duas mãos.
 Pegu com a mão direita
 Dobro ao meio
 Coloque sobre a mesa

Nota 3

d. "Lolo é que está neste cartão e faça o que li de". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHÉ OS OLHOS" sendo analfabeta, ler-se a frase.

e. Fechou os olhos.

Nota:

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

O meu filho está a ser ensinado

3

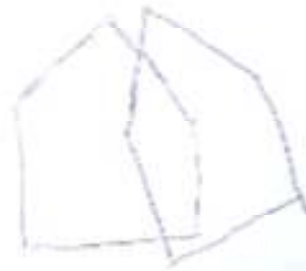
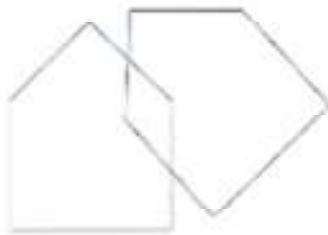
f. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto por cada forma correta.)

Deve copiar um desenho. Com pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecionados.

Não realizar traçar ou rotação.

DESENHO

CÓPIA



(Máximo 30 pontos) Nota:

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

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

FECHÉ OS OLHOS

8 PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico: Auto cuidado		Juízo: comprometido	
Definição: Actividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.			
Etiologia: Debilidade física, desorientação, confusão e déficits de memória			
Sintomatologia: Incapacidade de realizar as actividades de vida diárias			
Resultados Esperados	Ações de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que o utente consiga aumentar a sua autonomia da realização das actividades de vida diária	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico • Administrar medicação • Promover exercício • Programar ensinamentos • Promover autonomia • Supervisionar actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar o ambiente de forma simples e estruturada • Dar oportunidade de o utente ter objectos que reconheça como sendo seus • Respeitar o ritmo do utente na execução das actividades • Dar indicações verbais simples para orientar a execução das tarefas • Simplificar/ facilitar tarefas para que seja mais fácil de executar (arranjar a comida, por a roupa por ordem, etc) • Promover a rotina de modo a que esta seja o mais semelhante possível à que o utente tinha em casa • Dar reforços positivos • Promover a capacidade motora do utente para que este exercite a sua estrutura motora • Ensinar as rotinas do serviço ao utente e família • Ensinar a família a ter uma atitude de estímulo e não de substituição 	O Senhor Manuel manteve períodos em que recusava participar em actividades. Manteve autonomia principalmente no auto cuidado alimentação e no uso do sanitário.

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Pensamento		Juízo: Deteriorado	
Definição: Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos, uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais			
Etiologia: Incapacidade de confiar; ansiedade ao nível do pânico; baixa auto-estima; medos reprimidos; ameaça a um ego já de si frágil; possíveis factores hereditários; ego imaturo			
Sintomatologia: Pensamento delirante (ideias falsas); incapacidade em se concentrar; hipervigilância; alteração de capacidade de atenção/distractibilidade; má interpretação da realidade; comandos; obsessões; capacidade de tomar decisões comprometida (resolução de problemas, razão, cálculo, conceptualizações ou abstracções); comportamento social inapropriado			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que o utente consiga ter melhor percepção da realidade que o rodeia, conseguindo envolver-se com esta de forma adequada	<ul style="list-style-type: none"> • Executar estimulação cognitiva • Executar terapia de orientação para a realidade • Executar técnica de reestruturação cognitiva • Apoiar emocionalmente • Apoiar família • Atender na demência • Diminuir ansiedade • Observar • Promover controlo do comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o utente para a realidade que o rodeia • Utilizar dispositivos de orientação como por exemplo: relógios, calendário, sinaléticas de orientação no espaço, identificação bem visível dos profissionais de saúde • Manter rotinas que devem ser o mais possível adaptadas ao doente • Fazer ensino à família e outros cuidadores sobre discurso que permita orientar o doente no tempo, espaço e pessoa • Fazer reforços positivos quer ao utente quer aos cuidadores • Utilizar discurso simples, calmo e facilmente perceptível para o doente • Optimizar ambiente • Observar o comportamento do utente de modo a identificar mais facilmente quando este terá necessidade de apoio • Preparar acções de orientação para a realidade adequadas ao utente, tendo em conta o resultado das suas avaliações e os seus gostos e características pessoais 	Doente não participativo nas acções de orientação para a realidade. Não se observam alterações significativas no seu processo de pensamento

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Percepção		Juízo: Comprometida	
Definição: Processo do sistema nervoso: registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectivos ou dados através dos sentidos			
Etiologia: Alterações na transmissão dos estímulos sensoriais relacionadas com o envelhecimento			
Sintomatologia: Diminuição da acuidade visual, auditiva, olfativa e gustativa e aumento do limiar da sensibilidade ao toque			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que o utente atinja o nível óptimo de estimulação sensorial	<ul style="list-style-type: none"> Assistir na melhoria da comunicação: relacionado com deficit visual Executar intervenções de estímulo sensorial Gerir ambiente físico 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar estimulação diferenciada para todos os sentidos, através do diálogo, do toque, de música e do contacto com aromas agradáveis Proporcionar o uso de óculos Disponibilizar materiais com caracteres de grandes dimensões Organizar fisicamente o ambiente de modo a facilitar a percepção visual Optimizar ambiente para reduzir risco de queda Validar com o u tente a sua percepção de modo a identificar dificuldades e a fazer adaptações Estimular sentidos não degradados Falar sempre de frente para o doente e de uma forma pausada e bem articulada Não falar alto 	Doente estimulado a todos os níveis sensoriais. Manteve percepção sensorial compensada

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Stress do prestador de cuidados		Juízo: Comprometido	
Definição: Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo			
Etiologia: Gravidade e duração da doença da pessoa a quem se prestam cuidados; falta de pausas na prestação de cuidados e de actividades lúdicas para o prestador			
Sintomatologia: Sentimentos de stress associados à relação com a pessoa a quem se prestam cuidados; sentimentos de depressão e fúria; conflitos familiares à volta de problemas relacionados com a responsabilidade de assegurar a prestação dos cuidados			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a família sinta diminuição do stress relacionado com o cuidar do utente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover envolvimento familiar • Promover encaminhamento • Promover grupo de apoio • Executar terapia familiar • Facilitar sistema de suporte • Executar ensinios 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informação que ajude o prestador de cuidados a cumprir as suas responsabilidades • Avaliar a capacidade do prestador de cuidados de antever e satisfazer as necessidades não satisfeitas do utente • Disponibilizar informação sobre os sistemas de apoio disponíveis ao qual o cuidador pode recorrer • Estimular a participação do cuidador em grupos de apoio com pessoas em situação semelhante • Disponibilizar local para que a família possa fazer as suas visitas de forma agradável e potenciadora de bem estar • Alargar o internamento caso a família necessite de tempo • Permitir à família auxiliar na prestação de cuidados específicos, se assim o entender • Transmitir reforços positivos e apoio emocional 	Não foi possível fazer esta avaliação

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Memória		Juízo: Alterada	
Definição: Processo psicológico: actos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados			
Etiologia: Ansiedade extrema, reprimida; trauma de infância; abuso na infância; ameaça à integridade física; ameaça ao auto-conceito			
Sintomatologia: Perda de memória: incapacidade para recordar determinados acontecimentos relacionados com situações de stress; perda de memória: incapacidade para recordar acontecimentos associados com toda a vida; perda de memória; incapacidade para recordar a sua própria identidade			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que o utente consiga recordar-se das situações importantes da sua vida (remotas e recentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família • Atender na demência • Executar terapia de orientação para a realidade • Executar técnicas de treino de memória • Gerir ambiente físico • Apoiar emocionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma boa colheita de dados para que se conheça ao máximo história do doente e gostos pessoais, assim poder-se relembrar o utente da sua própria história • Fazer reforços positivos • Utilizar estímulos que representem experiências agraváveis para o utente, mas que não o sobrecarreguem • Instituir uma rotina • Proporcionar momentos de descanso adequados • Estimular o utente a falar e a explorar os seus sentimentos • Utilizar objectos do utente que o possam relembrar da sua própria história, por exemplo fotografias • Deixar o utente utilizar a sua própria roupa, que o pode ajudar a reconhecer mais facilmente a sua própria identidade • Ensinar a família a desempenhar este tipo de acções • Dar tempo e espaço ao utente que sejam adequados para não aumentar a ansiedade ou a angustia de lidar com o reconhecimento das suas limitações 	Não foi possível fazer uma entrevista à família para relembrar a história do utente. Utente muito reticente em aceitar actividades

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Interação social		Juízo: Comprometido	
Definição: Comportamento interactivo: intercâmbio social mútuo, participar em actividades sociais			
Etiologia: Dificuldade em confiar; ansiedade ao nível do pânico; regressão a estágios precoces do desenvolvimento; pensamento delirante; relação parental simbiótica; ego imaturo; medos reprimidos			
Sintomatologia: Isolamento; mutismo; tristeza; expressão desmotivada; preocupação com os seus próprios pensamentos; acções repetitivas e sem sentido; aproxima-se dos técnicos para interacção, recusando-se, posteriormente, a responder à interpelações dos técnicos			
Resultados Esperados	Ações de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que o utente sinta disposição e procure voluntariamente socializar com profissionais e outros utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a auto-percepção • Executar terapia de grupo • Executar treino de assertividade • Aumentar a socialização • Escutar activamente • Executar terapia sócio-recreativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoio ao utente em todas as actividades de grupo • Dar reforços positivos quando o utente demonstra capacidades de socialização • Demonstrar atitude de aceitação através de contactos curtos e frequentes • Utilizar o toque ou outras técnicas que permitam ao utente estar descontraído • Dar oportunidade ao utente de sair de uma interacção sempre que este se sinta desconfortável, mas voltando, posteriormente, a potenciar nova situação • Recorrer a medicação que assim estiver prevista por prescrição médica, de modo a reduzir ansiedade • Gerir o ambiente de modo a que o utente possa estar em interacção 	Utente mostrou dificuldades em interagir em actividades de grupo e muita reticência em participar em actividades individuais

9 CONCLUSÃO

Com o término deste trabalho julgo pertinente referir que a elaboração deste estudo de caso acarretou dificuldades que não tinha inicialmente esperado.

O S. Manuel durante a elaboração deste trabalho apresentou sistematicamente comportamentos demonstrativos e de recusa de participação em qualquer actividade que lhe fosse proposta, inclusive passeios pelo serviço. A sua família, por residir no Alentejo, não foi um recurso disponível para a elaboração deste estudo de caso, este é o motivo para não haver um ecomapa. Admito que a história de vida do S. Manuel está sucinta, mas foi a possível apurar, tendo em conta a participação do utente.

Apesar das adversidades julgo que consegui elaborar um estudo de caso completo e individualizado, principalmente no plano de enfermagem cuja elaboração me ajudou na minha prestação de cuidados e planificação de actividades.

Foram acrescentadas neste estudo de caso algumas escalas de avaliação como a Avaliação do Estado Mental, o Mini Exame do Estado Mental, o índice de Barthel e a Escala de Braden que não são habituais estarem presentes em estudos de caso, mas eram de sobremaneira importantes para um correcto e completo plano de cuidados de enfermagem.

10 BIBLIOGRAFIA

FORTIN, Marie-Fabienne, *O processo de investigação : da concepção à realização* - Loures : Lusociência, 1999. - 388 p. ; ISBN 972-8383-10-X

TOWNSED, Mary C. , *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* – Loures: Lusociência, 2011.-922 p.; ISBN: 978-972-8930-61-5

DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERAND, April Hazard – *Guia farmacológico para enfermeiros* – Loures, Lusociência, 7ª edição, 2003, ISBN: 972-8383-47-9

Anexo X – Actividades realizadas com o S. Manuel

Relatório de Estágio

As actividades programadas para o S. Manuel, que tiveram em conta a sua avaliação no MEEM, não foram possíveis de realizar. Consegui apenas realizar com qualidade três sessões que não puderam ser encaradas como jogos, pois isso era encarado de uma forma negativa pelo S. Manuel

As actividades programadas foram substituídas por passeios pelo serviço, já que o S. Manuel se recusava a fazer o que quer que fosse a mais do que isto. Ficam aqui alguns exemplos dos exercícios realizados pelo senhor Manuel.

Competência	Actividade	Avaliação																																	
<p>Atenção</p>	<p>Instruções: Pedir ao utente que procure e assinale os quadrados.</p> <table border="1" data-bbox="571 726 1209 1204"> <tr> <td>▲</td><td>■</td><td>●</td><td>▲</td><td>●</td> </tr> <tr> <td>●</td><td>▲</td><td>●</td><td>■</td><td>●</td> </tr> <tr> <td>▲</td><td>●</td><td>▲</td><td>■</td><td>●</td> </tr> <tr> <td>●</td><td>■</td><td>■</td><td>●</td><td>●</td> </tr> <tr> <td>●</td><td>▲</td><td>●</td><td>■</td><td>▲</td> </tr> </table>	▲	■	●	▲	●	●	▲	●	■	●	▲	●	▲	■	●	●	■	■	●	●	●	▲	●	■	▲	<table border="1" data-bbox="1321 917 2027 981"> <thead> <tr> <th colspan="2">Erros</th> <th rowspan="2">Tempo</th> </tr> <tr> <th>N.º de não-assinalados</th> <th>N.º de falsos-positivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Erros		Tempo	N.º de não-assinalados	N.º de falsos-positivos			
▲	■	●	▲	●																															
●	▲	●	■	●																															
▲	●	▲	■	●																															
●	■	■	●	●																															
●	▲	●	■	▲																															
Erros		Tempo																																	
N.º de não-assinalados	N.º de falsos-positivos																																		

Relatório de Estágio

<p>Linguagem – Compreensão de ordens</p>	<p>Instruções: Pedir ao utente que execute as seguintes acções:</p> <table border="1" data-bbox="712 272 1055 603"> <tr><td>Abra-a-boca</td></tr> <tr><td>Toque-no-cabelo</td></tr> <tr><td>Mostre-a-mão-direita</td></tr> <tr><td>Feche-os-olhos</td></tr> <tr><td>Toque-na-perna-direita</td></tr> <tr><td>Levante-o-braço-esquerdo</td></tr> </table>	Abra-a-boca	Toque-no-cabelo	Mostre-a-mão-direita	Feche-os-olhos	Toque-na-perna-direita	Levante-o-braço-esquerdo	<table border="1" data-bbox="1317 344 2049 440"> <thead> <tr> <th>Ordem-dada</th> <th>Sozinho</th> <th>Com-ajuda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	Ordem-dada	Sozinho	Com-ajuda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abra-a-boca																				
Toque-no-cabelo																				
Mostre-a-mão-direita																				
Feche-os-olhos																				
Toque-na-perna-direita																				
Levante-o-braço-esquerdo																				
Ordem-dada	Sozinho	Com-ajuda																		
☐	☐	☐																		
☐	☐	☐																		
☐	☐	☐																		
<p>Gnosias – Reconhecimento visual</p>	<p>Instruções: Pedir ao utente que aponte a moeda de 1 cêntimo, depois a moeda de 2 cêntimos e assim sucessivamente</p> 	<table border="1" data-bbox="1317 815 2049 911"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Sozinho</th> <th>Com-ajuda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	Item	Sozinho	Com-ajuda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Item	Sozinho	Com-ajuda																		
☐	☐	☐																		
☐	☐	☐																		
☐	☐	☐																		

Anexo XI – Estudo de Caso da D. Alice



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso

Aluno: Maria Amélia Rei Coelho

Sob supervisão de: Enfermeira Isabel Capa

Sob orientação de: Professora Sarreira Santos

Lisboa, 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	171
1.COLHEITA DE DADOS	173
1.1 Dados de identificação	173
1.2 Factores predisponentes.....	173
1.3 Avaliações físicas pertinentes	176
2.TERAPIA FARMACOLÓGICA	177
3.AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	179
4.ESCALA DE BRADEN.....	183
5.ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)	184
6.ÍNDICE DE BARTHEL.....	185
7.MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	186
8.PLANO DE CUIDADOS	188
9.CONCLUSÃO	193
10.BIBLIOGRAFIA	194

INTRODUÇÃO

A elaboração deste estudo de caso surgiu no âmbito do estágio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa que realizei na Unidade 14 – Maria Josefa da Casa de Saúde da Idanha.

Segundo Fortin (1999, p. 164) o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.

Este estudo de caso é sobre a D. Alice, uma senhora que aos 52 anos de idade sofre na sua vida um momento de crise de dá origem a um quadro de perturbação depressiva. Camuflado pela sintomatologia depressiva a D. Alice desenvolve um síndrome demencial, mas por fraca adesão terapêutica e por faltar sucessivamente às consultas de especialidade, só foi iniciado tratamento adequado muito tarde, quando as capacidades cognitivas e de auto-cuidado da D. Alice já estavam muito deterioradas.

Infelizmente com as alterações estruturais da sociedade dos nossos dias, vemos cada vez mais idosos sem terem apoio directo das suas famílias ou de instituições. Sem capacidade de se conseguirem auto-gerir e de conseguirem procurar ajuda, a qualidade das suas vidas fica comprometida. Muitos processos de declínio da saúde física e mental são falsamente atribuídos ao envelhecimento natural, mesmo quando os idosos são acompanhados de perto pelas suas famílias. Falhas de memória, desorganização nas actividades de vida diária e dificuldade na adesão terapêutica, são alguns dos problemas que deveriam chamar à atenção para a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso do idoso e que são facilmente atribuídos ao envelhecimento.

A D. Alice sofre de um processo demencial com alterações já muito marcadas na sua qualidade de vida. Este diagnóstico, cada vez mais comum na sociedade, acarreta alterações significativas no dia-a-dia da utente, mas também na vida dos seus familiares. Por ser um problema tão comum e com tantas consequências nefastas, é necessário que todos estejamos preparados para conseguir dar a estas pessoas a dignidade e a qualidade de vida que merecem.

Na elaboração deste estudo de caso foi tido em conta o que a ANA (Associação de enfermeiros Americana), a *American Psychiatric Nurses Association* (APNA) e a *International Society of Psychiatric Mental Health Nurses* (ISPN) consideram como sendo o “conjunto de padrões que se espera que os enfermeiros psiquiátricos sigam enquanto prestam cuidados aos doentes” (Townsend 2011, p. 147).

Estes padrões vão guiar todo este documento que pretende ser também um documento de trabalho. Assim inicialmente irei realizar uma apreciação da situação da D. Alice, onde realizo uma colheita de dados que irá servir de base para todo o trabalho subsequente. Posteriormente, realizarei o levantamento dos diagnósticos e problemas potenciais da D. Alice

Relatório de Estágio

bem como dos resultados que espero que esta atinja com a prestação dos meus cuidados. Para isso irei fazer o levantamento das intervenções de enfermagem que podem ajudar a D. Alice a atingir os resultados anteriormente identificados. Após identificadas as intervenções segue-se a sua implementação e a sua avaliação.

1 COLHEITA DE DADOS

1.1 Dados de identificação

Nome:	Alice		
Género:	Feminino	Idade:	67 anos
Raça/cultura:	Caucasiana	Língua dominante:	Portuguesa
Alergias:	Desconhece		
Estado Civil:	Viúva.		
Considerações especiais na dieta:	Hiperglicémica		
Queixa principal:	Incapacidade de se auto-cuidar		
Diagnóstico médico:	Síndrome demencial		
Data de admissão:	15 de Junho		
Foi admitido na companhia de:	Filha, genro e neta		
Meio de Admissão:	Próprio pé.		
Admitido de:	Domicílio		

1.2- Factores predisponentes

G. Influências genéticas:	
Configuração familiar	<p> ☒ - Homem falecido ⊗ - Mulher falecida ○ - Mulher □ - Homem ○ (red) - D. Alice </p>

Relatório de Estágio

Dinâmica familiar	A D. Alice ficou viúva há 15 anos. Sempre trabalhou numa perfumaria que era um negócio de família. Refere que era muito próxima do seu marido. Durante o seu casamento teve dois filhos. A mais velha, casou e foi viver para Espanha. Não parece ter uma relação muito próxima com a mãe. O filho mais novo vive perto da mãe e segundo a utente sempre foi o “menino da mãe”. Casou com uma rapariga do bairro onde vivia. Após o falecimento do esposo da D. Alice a família encontra sérias dificuldades financeiras e o filho da D. Alice é preso. A D. Alice sempre contou com a ajuda da sogra do filho e com a ajuda de uma vizinha.
História médica /psiquiátrica do utente:	Tem como antecedentes pessoais uma hipertensão arterial e sintomas de demência que há cerca de 15 anos que têm vindo a agravar.
História médica/psiquiátrica da família:	O pai da D. Alice faleceu com encefalopatia por sífilis. Teve vários internamentos no Hospital Júlio de Matos. Não se recorda do motivo de morte da sua mãe. Filhos são aparentemente saudáveis. O seu esposo faleceu num acidente de carro.
Outras influências genéticas que afectam a adaptação actual:	Não refere, não apresenta.
H. Experiências anteriores	
Crenças e práticas de saúde:	Sempre se preocupou com a sua imagem por trabalhar numa perfumaria tinha sempre o cuidado de estar maquilhada, perfumada e com as unhas e o cabelo arranjados. Actualmente é incapaz de se auto-cuidar.
Factores ambientais:	Após ter casado sempre viveu na mesma casa que tinha boas condições de higiene e estruturais. Após o falecimento do seu esposo as suas condições habitacionais degradaram-se. Actualmente a sua casa foi descrita como imprópria para a habitação. Ter sempre vivido para a família, de um momento para o outro ver-se sem ninguém perto de si pode também ter contribuído no desequilíbrio da utente.
Crenças e práticas religiosas:	Teve educação católica e refere que ainda é praticante.
Grau de instrução:	4ª classe
Perdas/alterações significativas:	A morte do marido, em 1997, num acidente automóvel.
Relações com	Refere que tinha muitos amigos. Não consegue referir o nome de

Relatório de Estágio

pares/amizade:	nenhuma amiga. Tem uma vizinha que a ajudava a preparar a medicação semanalmente e que a ajuda em algumas compras para casa.
História ocupacional:	Após o seu casamento abriu com o seu esposo uma perfumaria e sempre trabalhou com o seu esposo até este falecer. Após ter ficado viúva a empresa teve sérios problemas financeiros e teve de fechar.
Padrão anterior de lidar com o stress	Sempre se considerou uma pessoa muito calma e pacata. Não consegue descrever estratégias que utilizava.
Outros factores de estilo de vida que contribuem para a adaptação actual:	O facto de o seu filho mais novo ter sido preso foi marcante para a D. Alice. Sempre gostou muito de ir beber café e passear a ver as montras, mas depois da prisão do seu filho sentia vergonha.
I. Condições existentes	
Sistemas de apoio:	Os seus filhos, apesar de não estarem próximos são preocupados e ligam diversas vezes. A sua vizinha e a sogra do seu filho são um grande apoio para ela e são as visitas que recebe esporadicamente.
Segurança económica:	Situação económica é difícil. Recebe apenas a sua reforma mas terá diversas dividas ainda por pagar. Devido às condições da sua casa no momento da alta não vai poder regressar.
Situação laboral actual:	Reformada.
Contribuições do papel e responsabilidade pelos outros:	Anteriormente era a D. Alice que trabalhava e prestava cuidados aos outros, actualmente esse papel reverteu-se. A D. Alice está incapacidade de responsabilizar-se do que quer que seja.
ACONTECIMENTO PRECIPITANTE	
Situação/acontecimentos que precipitaram esta doença/hospitalização:	A morte do seu marido foi o grande precipitador da actual situação. A partir desse momento a vida da D. Alice sofreu duros golpes (dificuldade financeiras, ida do filho para a prisão, ida da filha para Espanha) que vieram a potenciar uma situação já por si difícil.
PERCEPÇÃO DO CLIENTE DO FACTOR STRESS	
Utente:	Utente não tem percepção da sua situação.
Família:	Para os familiares a situação da D. Alice é dramática porque nenhum dos filhos pode assumir a responsabilidade de cuidar desta, nem garantir, economicamente, que outros a cuidem condignamente.

1.3- Avaliações físicas pertinentes

Respiração:	18 ciclos por minuto. Mista.
Pele:	Corada e hidratada.
Estado músculo-esquelético:	Doente muito emagrecida. Não apresenta dificuldades na marcha.
Estado neurológico:	Não apresenta alterações.
Cardiovascular:	Normocardica e normotensa.
Gastrointestinal:	Diminuição do apetite.
Genito urinário/ reprodutivo:	Aparentemente sem alterações.
Olhos:	Aparentemente sem alterações.
Ouvidos:	Aparentemente sem alterações.
Efeitos secundários da medicação:	Sealorreia marcada.
Valores laboratoriais alterados e significado possível:	Aparentemente sem valores analíticos alterados.
Padrões de actividade/descanso:	Dificuldades em adormecer.
Actividades de vida diária/higiene pessoal:	Incapaz de se auto-cuidar ou de se alimentar sozinha. Deambula.

2- TERAPIA FARMACOLÓGICA

FÁRMACOS PRESCRITOS:		
Nome: Donezepilo	Dose:	5mg ao pequeno-almoço
	Classificação:	Inibidores da acetilcolinesterase.
	Resultados/ precauções:	Medicamento utilizado para tratar os sintomas de demência em pessoas diagnosticadas como tendo doença de Alzheimer ligeira e moderadamente grave. Efeitos adversos muito frequentes: dores de cabeça, diarreia, náuseas.
Nome: Venlafaxina	Dose:	75 mg ao pequeno almoço
	Classificação:	Antidepressores
	Resultados/ precauções:	Indicado para a depressão e ansiedade generalizada. Efeitos adversos: Náuseas, cefaleias, insónias, sonolência, tonturas e hipertensão, xerostomia, astenia, irritabilidade, convulsões; aumento das transaminases e do colesterol.
Nome: Trivastal	Dose:	50 mg ao pequeno almoço e ao jantar
	Classificação:	Antiparkinsoniano
	Resultados/ precauções:	Efeitos adversos: sonolência, náuseas, vómitos sonolência, hipotensão.
Nome: Oxazepan	Dose:	7,5mg ao pequeno almoço e ao lanche e 15 mg ao jantar
	Classificação:	Benzodiazepinas
	Resultados/ precauções:	Medicamento indicado no tratamento da ansiedade ou no alívio, por curtos períodos dos sintomas da ansiedade ou da ansiedade associada à depressão. Indicado ainda para o tratamento da ansiedade, tensão, agitação e irritabilidade do doente idoso. Este medicamento só está indicado quando a doença é grave, não cede a medidas terapêuticas não medicamentosas, é incapacitante ou o indivíduo está sujeito a angústia extrema. Os efeitos adversos mais comuns são a sonolência e a sedação.
Nome: Akineton	Dose:	1 comprimido durante 15 dias
	Classificação:	Antiparkinsoniano
	Resultados/ precauções:	Indicado para síndromes parkinsonianas, especialmente associadas à rigidez e tremor e no tratamento de Sintomas

Relatório de Estágio

		extrapiramidais como discinesias precoces, acatisia e estados de parkinsonismo induzidos por neurolépticos e outros fármacos similares. Algumas dos efeitos adversos são: cansaço, náuseas, vômitos, obstipação.
Nome: Midazolam	Dose:	15 mg IM em SOS
	Classificação:	Benzodiazepina
	Resultados/ precauções:	O início de acção é extremamente rápido e a duração de acção curta por isso esta benzodiazepina não deve ser utilizada no tratamento crónico da ansiedade
Consumo de fármacos sem receita médica:	Doente nega.	
Consumo de álcool ou drogas:	Doente nega.	

3- AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

DESCRIÇÃO GERAL	
APARÊNCIA	
Apresentação e vestuário:	Apresenta-se com roupa adequada mas descuidada. Devido a uma seborreia intensa a roupa apresenta-se babada. Unhas e cabelo parecem cuidados. Usa mala ao ombro durante todo o dia o que é desadequado para a situação.
Higiene :	Sem evidências de cheiro corporal. Pele e unhas bem tratadas.
Postura:	Aparentemente descontraída.
Altura e peso:	Doente emagrecida.
Nível de contacto visual :	Bom contacto visual.
Cor e textura dos cabelos:	Cabelo cuidado. Parece ter ido ao cabeleireiro recentemente.
Evidências de cicatrizes, tatuagens ou outras marcas na pele que distingam o indivíduo:	Não apresenta.
Avaliação da aparência do cliente relativamente à idade cronológica:	Parece mais envelhecida que a sua idade cronológica.
ACTIVIDADE MOTORA	
Tremores:	Não apresenta.
Tiques ou outros movimentos estereotipados:	Não apresenta.
Maneirismos e gestos:	Não apresenta.
Hiperactividade :	Deambula no serviço e para evitar exaustão da utente é necessária a imobilização por períodos.
Inquietação ou agitação:	Durante os momentos em que está imobilizada.
Agressividade:	Não apresenta.
Rigidez:	Não apresenta.
Padrões de marcha:	Não apresenta.
Ecopraxia:	Não apresenta.
Atraso psicomotor:	Não apresenta.
Liberdade de movimento:	Não apresenta.
PADRÕES DE DISCURSO	

Relatório de Estágio

Lentidão ou rapidez do discurso:	Discurso mais lento que o normal.
Pressão no discurso	Não apresenta.
Entoação:	Adequada.
Volume	Adequado.
Gaguez ou outras perturbações da fala:	Discurso repetitivo.
Afasia:	Não apresenta.
ATITUDE GERAL	
Cooperativa/não cooperativa:	Cooperativa.
Amistosa/hostil/defensiva:	Amistosa.
Desinteressada/ apática :	Interessada, embora com limitações
Atenta/interessada:	Atenta.
Reservada/desconfiada:	Não aparenta..
EMOÇÕES	
HUMOR	
Depressivo; desesperado:	Não apresenta.
Irritável:	Não apresenta.
Ansioso:	Por períodos.
Exultante:	Não apresenta.
Eufórico:	Não apresenta.
Tenebroso:	Não apresenta.
Culpado:	Não apresenta.
Lábil:	Não apresenta.
AFECTIVIDADE	
Congruência com o humor:	Congruente.
Restrita ou embotada:	Não aparenta.
Insensível:	Não aparenta.
Adequada:	Adequada.
Inadequada:	Não aparenta.
PROCESSOS DE PENSAMENTO	
FORMA DE PENSAMENTO:	
Fuga de ideias:	Não apresenta.
Dissociação:	Por períodos.

Relatório de Estágio

Circunstancialidade:	Não apresenta.
Tangencialidade:	Não apresenta.
Neologismo:	Não apresenta.
Pensamento concreto:	Não apresenta.
Associações por assonância:	Não apresenta.
Saladas de palavras:	Não apresenta.
Preservação:	Não apresenta
Ecolalia:	Não apresenta.
Mutismo:	Não apresenta.
Pobreza de discurso:	Por períodos.
Capacidade de concentração:	Diminuída.
CONTEÚDO DO PENSAMENTO	
Delírios: a pessoa tem ideias ou crenças irrealistas:	Não apresenta.
Ideias de suicídio ou homicídio :	Não apresenta.
Obsessões:	Não apresenta.
Paranóia /desconfiança:	Não apresenta.
Pensamento mágico:	Não apresenta.
Religiosidade:	Não apresenta.
Fobias:	Não apresenta.
Pobreza de conteúdo:	Não apresenta.
PERTURBAÇÕES PERCEPTIVAS	
Alucinações:	Não apresenta.
Ilusões:	Não apresenta.
Despersonalização:	Não apresenta.
Desrealização:	Não apresenta.
CAPACIDADE COGNITIVA E SENSORIAL	
Nível de vigilância /consciência:	Consciente.
Orientação:	Orientada na pessoa, desorientada no tempo e no espaço, situação que não reverte com a terapia de orientação para a realidade.
Memória :	Memória remota e recente afectadas.
Capacidade de pensamento	Não mantida.

Relatório de Estágio

abstracto:	
CONTROLO DOS IMPULSOS	
Capacidade de controlar impulsos:	Capacidade mantida.
JUÍZO CRÍTICO E INSIGHT	
Capacidade de resolver problemas e tomar decisões:	Não apresenta capacidade.
Conhecimento sobre o self:	Não apresenta conhecimento sobre as suas limitações.
Uso adaptativo/mal adaptativo de estratégias de coping e mecanismos de defesa do ego	Mal adaptativas.

Relatório de Estágio

4.- ESCALA DE BRADEN

				Pontuação	11/10/11	___/___/___	___/___/___	___/___/___
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade para reagir de uma forma voluntária perante um incómodo relacionado com a pressão	Totalmente limitada	Não reage a estímulos dolorosos	1	4				
	Muito limitada	Só reage a estímulos dolorosos	2					
	Ligeiramente limitada	Reage a ordens verbais, incapacidade de comunicar desconforto	3					
	Sem limitações	Comunica a dor e/ou desconforto	4					
EXPOSIÇÃO À HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	Permanentemente húmida	Pele constantemente húmida pela transpiração, urina, etc.	1	3				
	Frequentemente húmida	Pele frequentemente húmida	2					
	Ocasionalmente húmida	Pele ocasionalmente húmida	3					
	Raramente húmida	Pele geralmente seca	4					
ACTIVIDADE Nível de actividade física	Acamado	Doente confinado à cama	1	4				
	Cadeira	Necessita de ajuda para passar para a cadeira	2					
	Deambula ocasionalmente	Anda distâncias curtas com ou sem ajuda	3					
	Deambula frequentemente	Deambula pelo menos 2 horas durante o dia	4					
MOBILIDADE Capacidade para mudar e controlar o posicionamento do corpo	Totalmente imóvel	Só se mobiliza com ajuda	1	4				
	Muito limitada	Faz pequenas e ocasionais mudanças de posição	2					
	Ligeiramente limitada	Faz frequentemente pequenas mudanças de posição sem ajuda	3					
	Sem limitações	Faz mudanças de posição sem ajuda	4					
NUTRIÇÃO Padrão usual de ingestão de alimentos	Muito pobre	Nunca ingere 1 refeição completa. Bebe poucos líquidos. Sem suplementos	1	3				
	Provavelmente inadequada	Raramente come uma refeição completa	2					
	Adequada	Come mais de metade da maioria das refeições. Com alimentação entérica	3					
	Excelente	Nunca recusa uma refeição	4					
FRICÇÃO E PERIGO DE LESÕES CUTÂNEAS	Problema real	Impossível posicionar sem deslizar os lençóis (↑ fricção)	1	3				
	Problema potencial	Necessita de ajuda mínima escorregando ocasionalmente	2					
	Sem problema	Move-se frequentemente mantendo uma boa posição na cadeira e/ou cama	3					
Alto Risco <12 Pontos	Sem risco >17 pontos	Baixo Risco 15 e 16 pontos (para idade <75 anos)	TOTAL	21				
Risco Moderado 13 e 14 pontos		15 e 18 pontos (para idades >75anos)						

5. ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

AIVD	Itens	Cotação	11/10/11	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	5	
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		
	Só faz as tarefas leves	3		
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5		
Lavar a roupa	Lava a roupa	1	3	
	Só lava pequenas peças	2		
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	4	
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		
	Prepara pratos pré cozinhados	3		
	Incapaz de preparar refeições	4		
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	4	
	Só faz pequenas compras	2		
	Faz as compras acompanhado	3		
	É incapaz de ir às compras	4		
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	4	
	Só liga para lugares familiares	2		
	Necessita de ajuda para o usar	3		
	Incapaz de usar o telefone	4		
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	4	
	Só anda de táxi	2		
	Necessita de acompanhamento	3		
	Incapaz de usar o transporte	4		
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	3	
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2		
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3		
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1	3	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2		
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3		
			30	

Relatório de Estágio

6. ÍNDICE DE BARTHEL

Item	Actividades Básicas de Vida Diária	Cotação	Data 11/10/11	Data _/_/
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	5	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5		
	Dependente	0		
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	5	
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5		
	Dependente	0		
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5	0	
	Dependente	0		
Higiene Corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5	5	
	Dependente	0		
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	5	
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5		
	Dependente	0		
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx fá-lo sozinho)	10	10	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	5		
	Incontinência fecal	0		
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	10	5	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5		
	Incontinente ou algaliado	0		
Subir escadas	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10	10	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5		
	Dependente	0		
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	10	
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10		
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5		
	Dependente	0		
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas,...)	15	10	
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10		
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5		
	Dependente	0		
Total	(colocar o valor numérico e grau de dependência)		65	

Grau de Dependência:

100 pontos – Independente; 60-95 pontos – Ligeiramente Dependente; 40-55 pontos – Moderadamente Dependente; 20-35 pontos – Severamente Dependente; < 20 pontos – Totalmente Dependente

7. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Este documento está digitalizado para que se consiga perceber a forma como o S. Manuel escreveu a sua frase e fez a cópia do desenho. É o teste que está disponível no serviço e a fonte é: Folstein, Folstein e McHugh, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria

NOME: Alice Barbara Sampaio
IDADE: 67 Anos DATA 11 de Outubro de 2019

1. **ORIENTAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).
 Em que ano estamos? 4º ano 2019
 Em que mês estamos? com agosto
 Em que dia do mês estamos?
 Em que dia da semana estamos?
 Em que estação do ano estamos?
 Em que país estamos?
 Em que distrito vivemos?
 Em que terra vivemos? Lisboa
 Em que casa estamos?
 Em que andar estamos? Nota: 3

2. **RETENÇÃO** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).
"Vou dizer três palavras: quanta que se repete, mas ao depois de eu se obter todas procura tocar a palavra de cor".
 Fera
 Dado
 Bola Nota: 3

3. **ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a trabalhar bem, consideram-se as seguintes como correctas. Pensar ao fim de 5 respostas.)
"Agora peço-lhe que me diga quantos são (8) menos 3 e depois do número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
 27 24 21 18 15 Nota: 1
3 + 12

4. **EVOCACÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).
"Vou se consegue dizer as três palavras que pedo há pouco para decore".
 Fera
 Dado
 Bola Nota: 1

5. **LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).
a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos.
 Redondo Nota: 2
 Triângulo Nota: 1

b. "Releia a frase que eu vou dizer:
O RATO ROU A ROUBA" ✓

c. "Quando eu lhe dar esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dê-lhe ao meu e puxe-a sobre a mesa", ou "sobre a cama", se for o caso; dar a folha segurando com os dois mãos.
 Pega com a mão direita
 Dobra de meio
 Coloca sobre mesa Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto, ler-se a frase.

60 Fechou os olhos

Nota 1

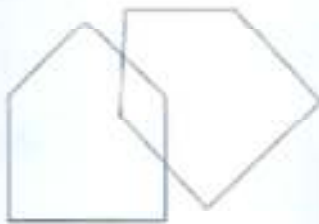
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Devo ter sujeito e verbo e fazer sentido; as regras gramaticais não prejudicam a pontuação.

5. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela opção correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados. Não vale usar tremor ou rotação.

DESENHO

CÓPIA



1 1 1 1 1

(Máximo 30 pontos)

total: 13

Pontos de Corte
[População Portuguesa]

Considera-se com Defeito Cognitivo:

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

FECHE OS OLHOS

8. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico: Comunicação		Juízo: Comprometida	
Definição: comportamento interactivo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados			
Etiologia: Incapacidade em confiar, alterações fitopatológicas, que ocorrem como resposta a certas condições físicas, estimulação sensorial inadequada, fechamento sobre si próprio			
Sintomatologia: Incapacidade ou falta de vontade de falar, ecolália, incapacidade de nomear objectos, incapacidade em usar termos abstractos, ausência de expressões não verbais			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente comunique de forma espontânea e coerente	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar presença • Gerir ambiente físico • Escutar activamente • Executar técnicas de estimulação 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a presença consistente dos técnicos de saúde ao longo do tempo • Usar a técnica de validação consensual e procura de clarificação para descodificar o padrão de comunicação (por exemplo: o que você quer dizer é...) • Usar um contacto de proximidade cara-a-cara, afim que a utente se aperceba de expressões verbais e não verbais mais correctamente • Pedir à utente que repita o nosso discurso sempre exista dificuldade em nomear • Utilizar um discurso com palavras simples e frases curtas e de fácil percepção 	Utente mantém dificuldades na comunicação

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Auto cuidado		Juízo: comprometido	
Definição: Actividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.			
Etiologia: Debilidade física, desorientação, confusão e déficits de memória			
Sintomatologia: Incapacidade de realizar as actividades de vida diárias			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente consiga aumentar a sua autonomia da realização das actividades de vida diária	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico • Administrar medicação • Promover exercício • Programar ensinamentos • Promover autonomia • Supervisionar actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar o ambiente de forma simples e estruturada • Dar oportunidade de a utente ter objectos que reconheça como sendo seus • Respeitar o ritmo da utente na execução das actividades • Dar indicações verbais simples para orientar a execução das tarefas • Simplificar/ facilitar tarefas para que seja mais fácil de executar (arranjar a comida, por a roupa por ordem, etc) • Promover a rotina de modo a que esta seja o mais semelhante possível à que o utente tinha em casa • Dar reforços positivos • Promover a capacidade motora do utente para que este exercite a sua estrutura motora • Ensinar as rotinas do serviço ao utente e família • Ensinar a família a ter uma atitude de estímulo e não de substituição 	A D. Alice não consegue manter autonomia no auto-cuidado, mas consegue seguir indicações simples

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Pensamento		Juízo: Deteriorado	
Definição: Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos, uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais			
Etiologia: Incapacidade de confiar; ansiedade ao nível do pânico; baixa auto-estima; medos reprimidos; ameaça a um ego já de si frágil; possíveis factores hereditários; ego imaturo			
Sintomatologia: Pensamento delirante (ideias falsas); incapacidade em se concentrar; hipervigilância; alteração de capacidade de atenção/distractibilidade; má interpretação da realidade; comandos; obsessões; capacidade de tomar decisões comprometida (resolução de problemas, razão, cálculo, conceptualizações ou abstracções); comportamento social inapropriado			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente consiga ter melhor percepção da realidade que a rodeia, conseguindo envolver-se com esta de forma adequada	<ul style="list-style-type: none"> • Executar estimulação cognitiva • Executar terapia de orientação para a realidade • Executar técnica de reestruturação cognitiva • Apoiar emocionalmente • Apoiar família • Atender na demência • Diminuir ansiedade • Observar • Promover controlo do comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a utente para a realidade que o rodeia • Utilizar dispositivos de orientação como por exemplo: relógios, calendário, sinaléticas de orientação no espaço, identificação bem visível dos profissionais de saúde • Manter rotinas que devem ser o mais possível adaptadas ao doente • Possibilitar à utente ter rotinas o mais semelhantes às que ela reconhece como sendo suas, como por exemplo ir passear ao café, manter cabelo e unhas arranjados • Fazer ensino à família e outros cuidadores sobre discurso que permita orientar a utente no tempo, espaço e pessoa • Fazer reforços positivos quer ao utente quer aos cuidadores • Utilizar discurso simples, calmo e facilmente perceptível para a doente • Optimizar ambiente • Observar o comportamento da utente de modo a identificar mais facilmente quando este terá necessidade de apoio • Preparar acções de orientação para a realidade adequadas à utente, tendo em conta o resultado das suas avaliações e os seus gostos e características pessoais 	Doente não está consciente das suas limitações nem da sua situação

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Memória		Juízo: Alterada	
Definição: Processo psicológico: actos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados			
Etiologia: Ansiedade extrema, reprimida; trauma de infância; abuso na infância; ameaça à integridade física; ameaça ao auto-conceito			
Sintomatologia: Perda de memória: incapacidade para recordar determinados acontecimentos relacionados com situações de stress; perda de memória: incapacidade para recordar acontecimentos associados com toda a vida; perda de memória; incapacidade para recordar a sua própria identidade			
Resultados Esperados	Acções de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente consiga recordar-se das situações importantes da sua vida (remotas e recentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Atender na demência • Executar terapia de orientação para a realidade • Executar técnicas de treino de memória • Gerir ambiente físico • Apoiar emocionalmente • Executar técnica da reminiscência 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma boa colheita de dados para que se conheça ao máximo história da doente e gostos pessoais, assim pode-se relembrar a utente da sua própria história • Fazer reforços positivos • Utilizar estímulos que representem experiências agradáveis para o utente, mas que não a sobrecarreguem • Instituir uma rotina • Proporcionar momentos de descanso adequados • Estimular o utente a falar e a explorar os seus sentimentos • Utilizar objectos do utente que o possam relembrar da sua própria história, por exemplo fotografias • Deixar o utente utilizar a sua própria roupa, que o pode ajudar a reconhecer mais facilmente a sua própria identidade • Dar tempo e espaço ao utente que sejam adequados para não aumentar a ansiedade ou a angústia de lidar com o reconhecimento das suas limitações 	Não foi possível fazer uma entrevista à família para relembrar a história da utente. Utente relembra ainda alguns factos da sua vida pessoal, mas são aspectos dispersos

Relatório de Estágio

Diagnóstico: Interação social		Juízo: Comprometido	
Definição: Comportamento interactivo: intercâmbio social mútuo, participar em actividades sociais			
Etiologia: Dificuldade em confiar; ansiedade ao nível do pânico; regressão a estágios precoces do desenvolvimento; pensamento delirante; relação parental simbiótica; ego imaturo; medos reprimidos			
Sintomatologia: Isolamento; mutismo; tristeza; expressão desmotivada; preocupação com os seus próprios pensamentos; acções repetitivas e sem sentido; aproxima-se dos técnicos para interacção, recusando-se, posteriormente, a responder à interpelações dos técnicos			
Resultados Esperados	Ações de Enfermagem	Implementação	Avaliação
Que a utente sinta disposição e procure voluntariamente socializar com profissionais e outros utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a auto-percepção • Executar terapia de grupo • Executar treino de assertividade • Aumentar a socialização • Escutar activamente • Executar terapia sócio-recreativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoio à utente em todas as actividades de grupo • Dar reforços positivos quando o utente demonstra capacidades de socialização • Demonstrar atitude de aceitação através de contactos curtos e frequentes • Utilizar o toque ou outras técnicas que permitam à utente estar descontraído • Dar oportunidade à utente de sair de uma interacção sempre que esta se sinta desconfortável, mas voltando, posteriormente, a potenciar nova situação • Recorrer a medicação que assim estiver prevista por prescrição médica, de modo a reduzir ansiedade • Gerir o ambiente de modo a que o utente possa estar em interacção • Procurar realizar interacções em que a utente se sinta mais confortável 	Utente mostrou dificuldades em interagir em actividades de grupo. Mostrava mais facilidade em participar em actividades e terapias individuais

9. CONCLUSÃO

Com o término deste trabalho julgo pertinente referir que a elaboração deste estudo de caso acarretou dificuldades que não tinha inicialmente esperado.

A D. Alice, devido à evolução da sua doença não conseguia colaborar, nem participar na maioria das actividades de grupo e as actividades que programei individualmente para a D. Alice nem sempre eram fáceis de realizar por a D. Alice não se conseguir concentrar. Foi também desconcertante perceber que apesar da dedicação de todos os profissionais a situação geral da D. Alice não iria melhorar. Fica a certeza que me dediquei e que, com a D. Alice fiz o que de melhor podia e sabia fazer.

Apesar das adversidades julgo que consegui elaborar um estudo de caso completo e individualizado, principalmente no plano de enfermagem cuja elaboração me ajudou na minha prestação de cuidados e planificação de actividades.

Foram incluídas neste estudo de caso algumas escalas de avaliação como a Escala de Braden, o Índice de Lawton, o índice de Barthel e o Mini Exame do Estado Mental que não são habituais estarem presentes em estudos de caso, mas tendo em conta o objectivo deste documento, considero que eram de sobremaneira importantes para um correcto e completo plano de cuidados de enfermagem.

10. BIBLIOGRAFIA

FORTIN, Marie-Fabienne, *O processo de investigação : da concepção à realização* - Loures : Lusociência, 1999. - 388 p. ; ISBN 972-8383-10-X

TOWNSED, Mary C. , *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* – Loures: Lusociência, 2011.-922 p.; ISBN: 978-972-8930-61-5

DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERAND, April Hazard – *Guia farmacológico para enfermeiros* – Loures, Lusociência, 7ª edição, 2003, ISBN: 972-8383-47-9

Anexo XII – Actividades realizadas com a D. Alice

As actividades programadas para D. Alice tiveram em conta a sua avaliação do MEEM. Como as suas capacidades estão já muito comprometidas as actividades propostas foram também simples e incidiram principalmente na nomeação e no cumprimento de ordens.

Devido à dificuldade de concentração da D. Alice muitas outras actividades foram programadas, mas não foram possíveis de realizar. Foram usados muitos passeios terapêuticos e idas diárias ao café (habito que a D. Alice tinha) para distrair a D. Alice e a estimular para algumas conversas direccionadas, no entanto, devido a uma seiorreia intensa, até mesmo a conversação estava, por vezes comprometida.

Actividade:

Foi pedido à D. Alice que colocasse as diferentes figuras geométricas nos locais correctos. Apesar de conseguir realizar esta actividade a D. Alice tinha de ser muitas vezes direccionada e ajudada.

Foram então tentadas outras actividades com o mesmo jogo, como por exemplo juntar as peças pelas cores ou fazer uma torre com as peças. Estas actividades sem o tabuleiro eram de mais fácil resolução para a D. Alice



Actividade:



Actividade:

Foram dadas à D. Alice metades de fruta de plástico para que a D. Alice conseguisse juntar de forma correcta. Esta actividade era realizada com facilidade pela D. Alice.



Anexo XIII – Actividades de Grupo de Orientação para a Realidade

Relatório de Estágio

Planificação das actividades

Tipo:	Terapia em grupo	Objectivos	Melhorar o sentido de controlo
Utentes:	Todos os utentes internados na Unidade Maria Josefa		Melhorar a auto-estima
Duração:	60 minutos		Melhorar e/ou manter a atenção
Local:	Sala de convívio da Unidade Maria Josefa		Melhorar e/ou manter a orientação verbal
Horário	9H45 – 10h45		Melhorar e/ou manter o interesse pelo ambiente
			Melhorar e/ou manter a interacção social e funcionamento intelectual

Data	Material utilizado	Actividades desenvolvidas
3/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Lista de provérbios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Convidar a todos para completar os provérbios que iniciar; • Validar com todos os utentes o provérbio completo; • Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente

Relatório de Estágio

		<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.
4/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Jogo existente no serviço • Leitor de CD's 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Deixar ouvir de forma clara o som (ex: espirro, telefone, chuva, carro, campainha etc.) • Pedir a todos que digam o que é o som; • Quando os utentes tiverem dificuldade em nomear/reconhecer, mostrar duas imagens, uma que represente o som e outra que esteja errada; • Repetir novamente o som e repetir a que é que o som se refere; • Repetir a actividade durante o tempo da sessão; • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.
5/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Lista de movimentos do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;

Relatório de Estágio

		<ul style="list-style-type: none">• Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Realizar um movimento com o meu corpo de modo a que todos vejam (ex: lavar as mãos, beber, espirrar, lavar os dentes, etc.)• Pedir aos utentes que descubram o que estou a tentar representar com a mímica;• Sempre que possível pedir aos utentes para repetirem os meus movimentos, de modo a exercitarem e a terem percepção do seu corpo;• Tirar partido da mímica e pedir aos utentes para responderem a alguns elementos de referência por exemplo: estou a piscar o olho esquerdo ou o direito?; estou a escovar o cabelo com o quê? (nomeação de objectos e exercitar a imaginação)• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
7/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Leitor de CD's;• CD de músicas populares;• Instrumentos musicais.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como ela irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utentes a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Colocar músicas populares a tocar e pedir aos utentes para cantarem;• Disponibilizar a alguns utentes os instrumentos disponíveis para que possam acompanhar a música;• Perguntar se alguém quer dançar;• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.

Relatório de Estágio

10/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Utilização de cartões preparados em casa sobre culinária e zonas do país.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Fazer questões gostos pessoais relativamente a culinária;• Perguntar de onde são os alimentos mais conhecidos de Portugal;• Perguntar quais os alimentos tradicionais das terras dos utentes;• Perguntar que tipo de comida é servida em alturas como o Natal ou a Páscoa nas casas dos utentes;• Manter a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
11/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Lista de provérbios.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Convidar todos a completar os provérbios que iniciar;• Validar com todos os utentes o provérbio completo;• Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente

Relatório de Estágio

		<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.
12/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Lista de provérbios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Convidar todos a completar os provérbios que iniciar; • Validar com todos os utentes o provérbio completo; • Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.
14/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Bola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Sentar todos num círculo e explicar que têm de passar a bola entre eles; • Quem tem a bola na mão tem de dizer alguma palavra relacionada como tema que estiver a

Relatório de Estágio

		<p>decorrer;</p> <ul style="list-style-type: none">• Os temas mudam à medida que já não há ninguém que consiga dizer mais palavras;• Os temas variam entre por exemplo: meios de transporte, países, cidades de Portugal, cores, frutos, etc.• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
17/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Bola.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Sentar todos num círculo e explicar que têm de passar a bola entre eles;• Quem tem a bola na mão tem de dizer alguma palavra relacionada como tema que estiver a decorrer;• Os temas mudam à medida que já não há ninguém que consiga dizer mais palavras;• Os temas variam entre por exemplo: meios de transporte, países, cidades de Portugal, cores, frutos, etc.• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.

Relatório de Estágio

18/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Lista de movimentos do corpo.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Realizar um movimento com o meu corpo de modo a que todos vejam (ex: lavar as mãos, beber, espirrar, lavar os dentes, etc.)• Pedir aos utentes que descubram o que estou a tentar representar com a mímica;• Sempre que possível pedir aos utentes para repetirem os meus movimentos, de modo a exercitarem e a terem percepção do seu corpo;• Tirar partido da mímica e pedir aos utentes para responderem a alguns elementos de referência por exemplo: estou a piscar o olho esquerdo ou o direito?; estou a escovar o cabelo com o quê? (nomeação de objectos e exercitar a imaginação)• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
20/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Lista de provérbios.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;

Relatório de Estágio

		<ul style="list-style-type: none">• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Convidar todos a completar os provérbios que iniciar;• Validar com todos os utentes o provérbio completo;• Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
21/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Cartões preparados com adivinhas.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Convidar todos a responder às adivinhas;• Validar com todos os utentes a resposta correcta às adivinhas;• Convidar os utentes a lembrarem-se de alguma adivinha;• Agradecer a participação e finalizar a sessão;• Avaliar a sessão e efectuar o registo.
24/10/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Bola.	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;

Relatório de Estágio

		<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Sentar todos num círculo e explicar que têm de passar a bola entre eles; • Quem tem a bola na mão tem de dizer alguma palavra relacionada como tema que estiver a decorrer; • Os temas mudam à medida que já não há ninguém que consiga dizer mais palavras; • Os temas variam entre por exemplo: meios de transporte, países, cidades de Portugal, cores, frutos, etc. • Repetir a actividade durante o tempo da sessão; • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.
25/10/11	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Leitor de CD's; • CD de músicas populares; • Instrumentos musicais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Colocar músicas populares a tocar e pedir aos utentes para cantarem; • Disponibilizar a alguns utentes os instrumentos disponíveis para que possam acompanhar a música; • Perguntar se alguém quer dançar; • Repetir a actividade durante o tempo da sessão; • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar a sessão e efectuar o registo.

Relatório de Estágio

<p>27/10/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Lista de provérbios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Convidar a todos para completar os provérbios que iniciar; • Validar com todos os utentes o provérbio completo; • Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente • Agradecer a participação e finalizar a sessão;
<p>4/11/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário; • Lista de provérbios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os utentes; • Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos; • Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem; • Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos; • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço; • Explicar a actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos; • Convidar a todos para completar os provérbios que iniciar; • Validar com todos os utentes o provérbio completo; • Convidar os utentes a lembrarem-se de alguns provérbios, dando por vezes algumas dicas aos utentes com mais dificuldade para que estes também possam participar activamente • Agradecer a participação e finalizar a sessão;

Relatório de Estágio

8/11/11	<ul style="list-style-type: none">• Quadro exposto na sala de convívio e cartões para actualizar calendário;• Jogo existente no serviço• Leitor de CD's	<ul style="list-style-type: none">• Acolher todos os utentes;• Comunicar os objectivos da sessão e como era irá decorrer, apelando à participação de todos;• Apresentar-me dizendo o meu nome e pedir a todos que se apresentem;• Questionar sobre o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e a estação do ano em que estamos. Pedir a todos para participar, utilizar o quadro com o calendário para auxiliar;• Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo;• Questionar sobre instituição onde estamos, serviço onde estamos e piso onde estamos;• Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço onde estamos;• Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço;• Explicar actividade que iremos realizar e incentivar a participação de todos;• Deixar ouvir de forma clara o som (ex: espirro, telefone, chuva, carro, campainha etc.)• Pedir a todos que digam o que é o som;• Quando os utentes tiverem dificuldade em nomear/reconhecer, mostrar duas imagens, uma que represente o som e outra que esteja errada;• Repetir novamente o som e repetir a que é que o som se refere;• Repetir a actividade durante o tempo da sessão;• Agradecer a participação e finalizar a sessão; <p>Avaliar a sessão e efectuar o registo.</p>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo XIX – Avaliação das actividades de Grupo de Orientação para a Realidade

Relatório de Estágio

Avaliação das Sessões

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º:1 Actividade: TOR e actividade com provérbios Data: 3/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	0	1	1	0	1	1	1	3	1	1
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^a Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^a Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
M ^a Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Lourenço	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^a Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	1	0	1	1		2	1	1

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicínésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas: Actividade decorreu sem intercorrências. Em alguns utentes senti dificuldade em fazer a sua avaliação. A falta de prática da minha parte e o facto de não ser referência para nenhum dos utentes pode estar a influenciar. No final, parece-me que foi uma actividade enriquecedora para todos os utentes, mesmo para os que não participaram e não mostraram tanto agrado com a actividade.

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 2

Actividade: TOR e actividade de reconhecimento de sons

Data: 4/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Natércia	2	3	2	3	3	4	2	3	2	2
Antonietta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	1
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Arminda	1	1	1	0	1	1	1	3	1	1
Arminda	2	2	2	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	2	1	1	4	1	2	2	2
Manuel	0	0		0	1	1	1	3		1
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	2	4	2	3	1	1
Antonietta	1	1	2	2	2	4	1	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 3

Actividade: TOR e actividade com movimentos do corpo

Data: 5/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Eduardo	1	1	2	1	2	4	1	2	2	2
Manuel	0	0	1	0	1	1		3	1	2
Lourenço	2	3	3	2	3	4	2	3	1	1
Arminda	1	1	1	1	1	4	1	3	1	2
M ^a Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^a Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
M ^a Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Alice	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Mirita	1	2	2	2	3	4	1	3	2	

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas: Actividade aparentemente gratificante para os utentes, por não terem de estar tão parados, ouve um aumento de participação e de concentração. Actividade seria mais fácil de executar e, provavelmente mais produtiva se fosse realizada com menos utentes

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 4

Actividade: TOR e actividade com músicas populares **Data:** 7/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	1	1	2	1	1	4	1	3	1	1
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	3	3	2	3	4	2	3	1	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Lourenço	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	1	0	1	1		2	1	1
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interação	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interação	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interação espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º:5

Actividade: TOR e actividade sobre culinária e geografia nacional

Data: 10/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Natércia	2	3	2	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	1
M ^a Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Arminda	1	1	1	1	1	4	1	3	1	1
Arminda	2	2	2	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	2	1	1	4	1	2	2	2
Manuel	0	0	1	0	1	1	1	3	1	1
M ^a Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^a Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
M ^a Lurdes	2	3	3	2	2	4	2	3	1	1
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicínésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 6

Actividade: TOR e actividade com provérbios **Data:** 11/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	1	1	2	1	1	4	1	3	1	1
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	3	3	2	3	4	2	3	1	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Lourenço	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	1	0	1	1		2	1	1
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interação	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interação	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interação espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 7

Actividade: TOR e actividade com provérbios **Data:** 12/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	1	2	2	1	2	4	1	3	1	1
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	3	3	2	3	4	2	3	1	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	1	0	1	1		2	1	1
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 8

Actividade: TOR e actividade com bola **Data:** 14/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	1	2	1	2	1	4	1	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
M ^ª Jesus	2	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	2	2	2	2	4	2	3	1	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicínésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas: Hoje como havia menos utentes disponíveis para participarem na actividade de grupo realizei novamente a actividade da bola, para verificar se seria mais fácil realizá-la com menos utentes. Foi de facto uma grande diferença. Foi bastante produtiva para quem participou. É uma actividade para voltar a realizar.

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 9

Actividade: TOR e actividade com bola **Data:** 17/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Eduardo	1	1	2	1	2	4	1	2	2	2
Manuel	0	0	1	0	1	1		3	1	2
Arminda	1	1	2	2	1	4	1	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Alice	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	2	3	1	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Mirita	1	2	2	2	3	4	1	3	2	
Lurdes										

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas: Foi novamente tentada a realização da actividade com a bola. Hoje não foi tão fácil de a realizar. Quando há muitos utentes é difícil fazer a avaliação destes e como demora muito tempo a bola a voltar para o mesmo utente é mais difícil manter os utentes concentrados na actividade

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 10

Actividade: TOR e actividade com movimentos do corpo

Data: 18/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	2	2	2	3	4	1	3	1	2
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^a Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^a Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^a Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^a Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Eduardo	1	1	1	0	1	1		2	1	1

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interação	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interação	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interação espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicínésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 11

Actividade: TOR e actividade com provérbios **Data:** 20/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Lurdes	2	3	3	3	3	4	2	3	1	2
Arminda	2	2	2	2	3	4	1	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Natércia	2	3	2	2	3	4	2	3	1	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas: Esta é sem dúvida a actividade que os utentes mais gostam e onde mais participam

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º:12

Actividade: TOR e actividade com adivinhas

Data: 2/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	2	2	2	3	4	1	3	1	2
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Alice	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º:13

Actividade: TOR e actividade com bola **Data:** 24/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	2	2	3	3	4	2	3	1	2
Manuel	0	0	1	0	1	1		3		
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonieta	1	1	2	2	2	4	1	3	1	2
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicínésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 14

Actividade: TOR e actividade com músicas populares

Data: 25/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	3	2	3	3	4	2	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonietta	1	1	1	0	1	4	1	3	1	1
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º:15

Actividade: TOR e actividade com provérbios **Data:** 27/10/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	3	2	3	3	4	2	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonietta	1	1	1	0	1	4	1	3	1	1
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinesia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 16

Actividade: TOR e actividade com provérbios

Data: 4/11/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	3	2	3	3	4	2	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonietta	1	1	1	0	1	4	1	3	1	1
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Relatório de Estágio

Técnico: Amélia Coelho

Sessão n.º: 17

Actividade: TOR com actividade de reconhecimento de sons

Data: 8/11/11

Nome dos membros do grupo	Adesão	Concentração	Participação	Satisfação	Interactividade	Comportamento	Memória	Orient. pessoal	Orient. temporal	Orient. espacial
Arminda	2	3	2	3	3	4	2	3	1	2
M ^ª Anjos	1	2	2	2	2	4	1	3	2	1
M ^ª Helena	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2
Cidália	2	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Mirita	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2
M ^ª Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Antonietta	1	1	1	0	1	4	1	3	1	1
M ^ª Jesus	1	1	2	2	2	4	2	3	2	2
Arminda	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
Deolinda	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Lurdes	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2

	0	1	2	3	4
Adesão	Recusou participar na sessão	Necessitou de persuasão	Aderiu espontaneamente		
Concentração	Nenhuma	Alguma, com baixas de concentração	Na maior parte da sessão	Em toda a sessão	
Satisfação	Não mostrou nenhum sinal de satisfação	Mostrou algum sinal ocasional	Demonstrou satisfação a maior parte da sessão	Demonstrou satisfação durante toda a sessão	
Interacção	Condutas perturbadoras da sessão	Nenhuma interacção	Só fala quando estimulado	Responde aos outros membros do grupo	Interacção espontânea
Participação	Não houve resposta	Pouca resposta, não coopera	Participa activamente quando motivado	Participa activamente sem necessidade de motivação	
Memória	Não recorda acontecimentos	Recorda incidentes pouco frequentes	Recorda bem sem estimulação	Memória intacta	
Comportamento	Bradicinésia	Lentificação psicomotora	Inquietação	Acatísia	Adequado
Orientação (Pessoal, temporal e espacial)	Nula	Pouca com ajuda	Alguma, sem ajuda	Boa	

Notas:

Anexo XX – Formação: Ptofobia

Ptofobia

Amélia 2011

Ptofobia

- É o medo fóbico de cair.
- Termo utilizado para designar a reacção fóbica a manter-se em pé e a andar, relacionado ao medo de cair. Mesmo não havendo nenhuma anormalidade neurológica ou ortopédica, o indivíduo não consegue andar sem apoiar-se.

Síndrome pós-queda

- Identificada e descrita por Isaacs & Murphy em 1982
- Caracterizada por pavor descontrolado de andar novamente, mesmo sem apresentar problemas de locomoção que impeçam a marcha, além de perda de auto-estima e isolamento social, determinando declínio físico e morte precoce como consequência do medo de cair.

Síndrome pós-queda

- É o resultado final da combinação da instabilidade postural não tratada, com a queda propriamente dita, a qual resulta em danos à saúde física e mental do indivíduo idoso.
- As repercussões psicológicas de uma queda são tão incapacitantes quanto as físicas, pois pode ocorrer redução da auto-estima do idoso, bem como dependência e necessidade de cuidados, aumentando as probabilidades de institucionalização.

Medo

- Medo é uma reacção obtida a partir do contacto com algum estímulo físico ou mental (interpretação, imaginação, crença) que gera uma resposta de alerta no organismo. Esta reacção inicial dispara uma resposta fisiológica no organismo que liberta hormonas do stress (adrenalina, cortisol) preparando o indivíduo para lutar ou fugir.

Ansiedade

- Ansiedade pode ser definida como uma emoção subjectiva, voltada para o futuro, semelhante à sensação de medo, com manifestações físicas (taquicardia, polipneia, sensação de sufocação, tremores, sudorese, ondas de frio ou calor, etc), psíquicas (apreensão, expectativa, apreensão, insegurança, inquietação, etc) e comportamentais (evitação ou fuga da situação que provoca a ansiedade).

Fobia

- Fobias fazem parte do espectro dos transtornos de ansiedade com a característica especial de só se manifestarem em situações particulares.
- A fobia é um medo excessivo e irracional, desencadeado pela exposição ou antecipação de determinada situação ou objecto. As pessoas com fobias específicas percebem que seu nível de medo é excessivo, mas mesmo assim evitam qualquer exposição ao objecto/situação temido. Essa hesitação leva a ansiedade, e esses dois factores causam grande impacto na vida da pessoa.

Fobia

- O tratamento mais indicado é a psicoterapia.
 - **Comportamental** - A exposição controlada e progressiva ao objecto fóbico. Neste caso através de técnicas de relaxamento e controle da ansiedade procura-se dessensibilizar o indivíduo.
 - **Cognitivo** - Ajuda-se a reestruturar os pensamentos anómalos. Este objectivo é conseguido também através da aquisição de informação sobre o objecto ou a situação fóbica.
 - **Psicodinâmico** - Busca o entendimento e elaboração do(s) significados simbólicos do sofrimento e dos sintomas desenvolvidos, bem como, a elucidação dos ganhos secundários desses.
-

Porque é importante conhecer o medo de cair?

Segundo Paixão (2002) há evidências de que o medo de cair produz sintomas de ansiedade e de depressão, gerando declínio no relacionamento familiar, deterioração do nível de autocuidado e um aumento da mortalidade.

O medo de cair predispõe a novas quedas devido a efeito secundário da imobilidade, já que esta termina por causar perda de massa muscular e do conhecimento dos sistemas responsáveis pelo equilíbrio corporal.

Porque é importante conhecer o medo de cair?

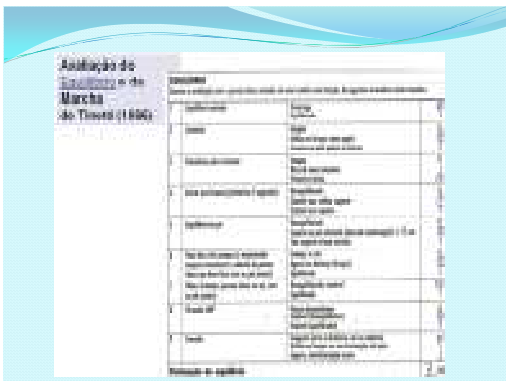
- Prevenção de distúrbios psiquiátricos, como transtorno de ansiedade e agorafobia, bem como para a intervenção efectiva por meio de reabilitação psicológica e física, possibilitando que os idosos retomem a sua confiança nas habilidades de equilíbrio e, desse modo, recuperem a sua independência funcional e autonomia.

Avaliação do medo de cair

- **Escala do Equilíbrio Específico à actividade (EEEA)** – questões relacionadas com a autoconfiança do paciente na execução de 16 actividades dentro do domicílio.
- **Índice de Marcha Dinâmica (IMD)**(Shumway-Cook et al 1997) – objectiva avaliar e documentar a capacidade do paciente na modificação do andar em resposta às mudanças nas demandas da tarefa, podendo ser usado para prever as quedas em idosos.

Avaliação do medo de cair

- **Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti** ou **Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)** ou **Teste de mobilidade Orientada ao Desempenho (Tinetti 1986)** – avaliar a possibilidade de quedas em idosos residentes na comunidade - considerada “padrão ouro “ na avaliação das disfunções da mobilidade no idoso.
- Avalia a autoconfiança e a capacidade de evitar uma queda durante o desempenho em 10 tipos diferentes de actividades de vida diárias.



Avaliação do medo de cair

- **Activities Specific Balance Confidence Scale (ABC)** mensura a confiança no equilíbrio dos idosos independentes durante a realização de actividades específicas incluindo as extra domiciliares.
- Lachman et al (1998) desenvolveram a escala **SAFE (Survey of Fear of Falling in the Elderly)** avalia a restrição de actividades ou degradação da qualidade de vida, em consequência ao medo de cair em idosos.

Avaliação do medo de cair

- Gagnon&Flint (2003) relataram que a forma mais simples de identificar o medo de cair é por meio de pergunta simples, como: Tem medo de cair? Quanto você tem medo de cair?
- Hatch et al (2003) relataram que a performance de equilíbrio é factor determinante para a auto-confiança de idosos ao realizarem actividades de risco.
- Macedo et al (2005) desenvolveram uma avaliação clínica do medo de cair em idosos, a qual investiga a presença de alterações psicológicas.

Avaliação do medo de cair

- Nome: Sexo () F () M Idade:
- Data:
- Última queda – Data () acidental () não acidental
- Quantas quedas nos últimos 6 meses? () 0 () 1 () 2 () 3 () + de 3
- Quanto tempo permaneceu no chão?
- Sequelas Neurológicas: () Sim () Não Quais?
- Anterior ou posterior à queda?
- Sequelas Ortopédicas: () Sim () Não Quais?
- Anterior ou posterior à queda?
- Você tem medo de cair? () muito () mais ou menos () um pouco () não
- Você deixou de fazer alguma coisa devido ao medo de cair? () muitas () algumas () nenhuma Quais?
- Agorafobia * () Sim () Não
- Profobia ** () Sim () Não
- Parâmetros Clínicos:
- Pedir ao idoso para andar 5 metros, em um ambiente aberto. Observar:
- Aumento da PA(sistólica) () Sim () Não
- Aumento da FC () Sim () Não
- Aumento da FR () Sim () Não
- Hiperhidrose () Sim () Não
- Tremor muscular () Sim () Não
- Midríase pupilar () Sim () Não
- Pele pálida () Sim () Não
- Diminuição da velocidade da marcha () Sim () Não
- Diminuição do comprimento do passo () Sim () Não
- Aumento da fase de duplo apoio () Sim () Não
- Aumento da base de suporte () Sim () Não
- Medo de estar sozinho em locais públicos
- ** Medo de cair em idosos ao assumirem o ortostatismo
- Bárbara Gazolla de Macedo et al. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.3, p. 65-70, Jul/Set., 2005

Como intervir

- Devido ao carácter multifactorial do medo é necessário uma intervenção multifactorial.
- Todas as intervenções têm de ser individualizadas e ter em conta aspectos como, antecedentes de queda, ou não, declínio físico, etc.
- Só se deve intervir no medo se este passar a ser patológico, caso contrário o medo pode ser protector.

Como intervir

- Não esquecer que a ptofobia é uma fobia e que deve ser detectada e tratada o mais precocemente possível.
- Sempre que exista uma queda ou um historial de queda, o doente deve ser confrontado sobre os sentimentos que daí resultaram.
- Devem ser asseguradas todas as medidas de redução do risco de queda.

Obrigada pela vossa atenção

Bibliografia

- GAI, Juliana, et al; **Ptofobia**, O medo de cair em pessoas idosas, Acta Médica Portuguesa, n.29, 2009, pág, 83-88, ISSN – 1646 0758 ;
 - *Bárbara Gazolla de Macedo et al.* Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.3, p. 65-70, jul./set., 2005
 - Carmona, Luciane, Queda em Idosos: avaliação de risco e adequação do ambiente em que vive
 - Carvalho, Aline. Demência como factor de risco para fraturas graves em idosos, Revista de saúde pública, 2002, n.º34, p. 448-54
-

**Anexo XXI – Avaliação dos Utentes do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de
Carnide**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**Avaliação dos Utentes do Centro de Dia do Centro
Social e Paroquial de Carnide**

Aluno: Maria Amélia Rei Coelho

Sob orientação de: Professora Sarreira Santos

Lisboa, 2012

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	244
1.CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	246
1.1 - Alfabetização.....	246
2.AVALIAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	249
2.1 - Mini Exame do Estado Mental	249
2.1.1 - Orientação.....	249
2.1.2 - Retenção	250
2.1.3 - Atenção e cálculo.....	251
2.1.4- Evocação.....	252
2.1.5 - Linguagem.....	253
2.1.6 - Habilidade construtiva	255
2.2 - Índice de Barthel	256
2.3- Índice de Lawton	258
2.4 Escala de Depressão Geriátrica.....	261
3.CONCLUSÃO	263
4.BIBLIOGRAFIA	264
ANEXO 1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	266
ANEXO 2 – ÍNDICE DE BARTHEL	269
ANEXO2 – ÍNDICE DE LAWTON.....	271
ANEXO 4- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	273

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Escolaridade dos Utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide	247
Gráfico 2 – Resultados relativos à orientação no Mini Exame do Estado Mental	250
Gráfico 3 – Valores da atenção e cálculo no Mini Exame do Estado Mental	252
Gráfico 4 - Valores da evocação no Mini Exame do Estado Mental	253
Gráfico 5 - Valores da habilidade construtiva no Mini Exame do Estado Mental	255
Gráfico 6 – Percentagem das respostas dos utentes à Escala de Depressão Geriátrica	262

TABELAS

Tabela 1 – Resultados do Mini Exame do Estado Mental e as médias consoante o grau de escolaridade	247
Tabela 2 - Resultados médios dos utentes no Índice de Barthel	257
Tabela 3 – Índice de Lawton com as avaliações médias dos utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide	260

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surgiu no âmbito do estágio do módulo III - estágio opcional, que estou a realizar no Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide.

A escolha deste local não foi a minha primeira opção, pelo que, quando iniciei o meu trabalho nesta instituição não tinha um projecto bem delimitado. Tinha, no entanto, a certeza que queria abordar a problemática da demência, já que esta é a temática que tenho desenvolvido e aprofundado ao longo de todo este curso de especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O Centro de Dia de Carnide, assim como muitos outros Centros de Dia do país, recebe todos os utentes que pode, sem critérios de selecção relativos às características pessoais, às patologias e até às idades. Está na base dos valores de um Centro de Dia ser uma resposta social que permita aos utentes permanecer no seu ambiente social e familiar. Segundo Jacob (2002) os Centros de Dia apareceram em Portugal como resposta social no final dos anos 60, que coincidiu com a década onde se constatou que a população estava a envelhecer.

Associado ao processo de envelhecimento, que começou a ganhar estatuto científico a partir da década de 80 (Fonseca, 2006, p. 50) evidenciou-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Segundo o mesmo autor, no estudo do envelhecimento cruzam-se ciências tão diversas como a bioquímica, a medicina, a demografia, a economia, o direito, a psicologia, a sociologia e a política. Independentemente da abordagem, “*o envelhecimento é um processo contínuo, irreversível e complexo em que intervêm factores biológicos, sócio-económicos, culturais e ambientais*” (Monteiro, 2005, p. 41).

O Centro Social e Paroquial de Carnide é um exemplo desta abordagem multidisciplinar. Nos seus quadros constam profissionais de áreas como a enfermagem, assistência social, psicologia, fisioterapia, animação sociocultural, entre outros. É por existirem diversas abordagens, que os cuidados prestados nesta instituição são cuidados de excelência, apesar das suas limitações físicas.

A minha presença, neste local de estágio, não consistia em alterar rotinas que já estão instituídas na instituição há anos, mas sim dar a essas mesmas rotinas, uma nova abordagem, tendo em conta uma perspectiva de uma enfermeira especialista.

Para que se consiga projectar um plano de cuidados é necessário fazer uma avaliação dos utentes que vamos cuidar. Como salienta Sequeira (2010, p. 42) “*a avaliação precoce e a monitorização das limitações/ défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação*”.

Assim, durante este estágio, tive como objectivo caracterizar e avaliar a população do Centro de Dia e, posteriormente, formar e ajudar os profissionais do centro a adaptarem as actividades aos utentes.

Para avaliar os utentes utilizei o Mini Exame do Estado Mental porque segundo Deco (2009, p. 67) é, *“de entre os testes que se aplicam habitualmente no diagnóstico das demências, o mais utilizado como primeiro filtro, devido à sua simplicidade”*.

Segundo Domingues (2009, p. 29) *“a literatura defende que, para avaliar o perfil funcional de alguém, os melhores instrumentos para o efeito são o Índice de Barthel (actividades de vida diárias) e Índice de Lawton (actividades instrumentais da vida diária)”*, pelo que também utilizei estes dois Índices.

Por fim utilizei a Escala de Depressão Geriátrica por os sintomas da depressão se confundirem com os da demência, e devido à elevada taxa de depressão nos idosos que não é diagnosticada.

Com este trabalho a instituição fica não só com o estudo, mas também com as escalas de avaliação que foram utilizadas e que podem, posteriormente, ser utilizadas e ficam ainda na instituição propostas de actividades adaptadas para os utentes tendo em conta a sua avaliação.

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide apresenta um grupo de utentes muito heterogéneo. O seu número chega a ser diferente de dia para dia e, apesar do que acontece habitualmente, durante o período em que estive na instituição houve alguns utentes que, por estarem na instituição de um modo provisório, saíram. Houve também o falecimento de um dos utentes.

Assim, e considerando o término do estágio, existiam na instituição cerca de 20 utentes. A sua maioria são mulheres (80%) e a média de idades ronda os 83 anos de idade. Aparentemente, e segundo os registos, a maioria tem filhos e estes são os seus principais cuidadores. O genograma dos utentes não está completo nos registos da instituição, pelo que foi difícil estudar as relações familiares dos utentes.

Haveria muitos outros aspectos da caracterização da população que não foram estudados principalmente por não fazerem parte dos processos dos utentes e por serem de difícil colheita junto da maioria dos utentes. Um dos aspectos está relacionado com a classe social média destes utentes. E apesar que não ter dados fidedignos posso dizer que, no meu parecer, a maioria dos utentes do Centro de dia é de uma classe social média baixa.

A população que foi seleccionada para este estudo foi a totalidade dos utentes do Centro de Dia. Esta escolha esteve relacionada com o facto de serem poucos utentes e porque, tendo em conta que as actividades são para todos os utentes, fazia sentido que todos fossem incluídos para não enviesar os resultados. Infelizmente esta ambição inicial não foi possível de concretizar por diversos motivos. Houve utentes que recusaram participar, houve utentes que devido às suas limitações físicas, por exemplo, hipoacúsia marcada, não foi possível aplicar de uma forma adequada os questionários pelo que, para evitar enviesamentos dos resultados, as suas avaliações não foram contabilizadas.

1.1 - Alfabetização

Na aplicação do Mini Exame do Estado Mental a pontuação está dependente da escolaridade por este ser um aspecto determinante no desempenho dos utentes, pelo que, a escolaridade dos utentes teve obrigatoriamente de ser estudada. Nem sempre é clara a necessidade de incluir nas avaliações dos utentes este dado mas, na verdade, sem este dado as avaliações podem ficar claramente deturpadas.

Segundo os estudos de Diniz et al (2007) a idade e, sobretudo, a escolaridade tiveram forte influência na pontuação do Mini Exame Estado Mental. Isto é, quanto maior a idade e menor a

escolaridade, menores os resultados neste teste cognitivo, reflectindo um pior desempenho cognitivo.

Foss et al (2005, p. 124) chamam ainda a atenção para que “*frequentemente, idosos normais e com baixa escolaridade podem ser classificados, erroneamente, como portadores de danos cerebrais. Inclusive, estudos epidemiológicos entre diferentes culturas referem que pessoas com baixa escolaridade tendem a ser mais facilmente classificadas como pessoas com demência*”.

Nos utentes do Centro de Dia constatou-se que, como mostra o gráfico 1, cerca de 29% dos utentes são analfabetos e que não existem no Centro utentes com escolaridade superior a 11 anos.

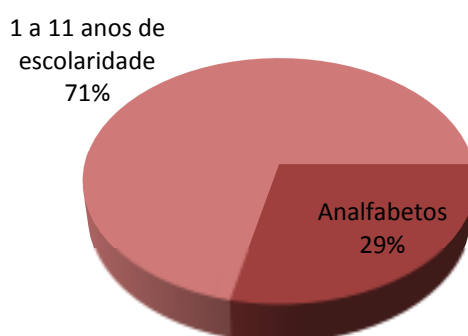


Gráfico 1 – Escolaridade dos Utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide

Em relação ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental pelos utentes que foram considerados como analfabetos o valor médio foi de 13,25 pontos, o que é indicativo de défice cognitivo. Apesar de a amostra ser pequena, dá para analisar estes dados de um outro modo. Podemos referir que metade dos utentes analfabetos que frequentam o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide, têm défice cognitivo. A outra metade, que ainda não mostra claramente o défice cognitivo, apresenta valores muito próximos de vir a mostrar.

A tabela 1 mostra os resultados obtidos nas avaliações e as médias dos resultados segundo a escolaridade. O facto de os valores estarem todos representados permite uma avaliação dos resultados de uma forma mais realista, tendo em conta a amostra.

	Analfabetos				1 a 11 anos de escolaridade										
Resultados	16	12	16	9	20	13	26	21	21	23	28	24	28	25	
Média	13,25				22.9										

Tabela 1 – Resultados do Mini Exame do Estado Mental e as médias consoante o grau de escolaridade

Em relação aos utentes com 1 a 11 anos de escolaridade os resultados são, aparentemente, mais animadores. A média é ligeiramente superior ao valor abaixo do qual se considera que o utente tem défice cognitivo, no entanto, não existem muitas avaliações com valores altos o que indica que existe potencial de trabalho no sentido de atrasar uma eventual evolução para um processo demencial.

É importante referir que a caracterização de uma população num estudo com estas características não pode ficar pela escolaridade, embora este aspecto seja determinante para a avaliação dos utentes. Era importante ter dados relativos à profissão exercida pelos utentes, o número de filhos e de netos. Saber se os utentes vivem em casa própria, alugada ou se vivem com outros familiares. Saber quais os antecedentes pessoais dos utentes, se fazem medicação e qual é, qual a informação que os utentes têm sobre estes antecedentes e que formação extra é necessário disponibilizar.

É importante ainda relembrar que as avaliações que se seguem ajudam a caracterizar o utente, mas não substituem a necessidade de uma boa colheita de dados, que deve ser o mais completa possível e deve constar em todos os processos dos utentes.

2. AVALIAÇÃO DA POPULAÇÃO

2.1 - Mini Exame do Estado Mental

A primeira escala que apliquei aos utentes do Centro de Dia foi o Mini Exame do Estado Mental (Anexo 1) que é, segundo Sequeira (2010, p.121) a escala mais utilizada mundialmente como medida de avaliação do funcionamento cognitivo. Constitui um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade.

Não podemos esquecer que o Mini Exame do Estado Mental não estabelece o diagnóstico de demência mas, e citando Spar (2005, p. 146) identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva que poderá justificar o alargamento da avaliação.

Apesar de ser muito utilizado, o Mini Exame do Estado Mental, assim como relembra Pinho (2008, p.36) tem limitações pelo que a sua interpretação deve ser cautelosa e levar em consideração a possível interferência de variados factores, tais como, idade, nível educacional, factores culturais, diminuição da acuidade visual e auditiva, problemas físicos, ansiedade, doença psíquica, etc.

2.1.1 - Orientação

A avaliação da orientação no Mini Exame do Estado Mental é constituída por 10 questões de resposta fechada e que dizem respeito ao ano, mês, dia do mês, dia da semana, estação do ano, país, distrito, terra, casa e andar. Por cada resposta certa é dado 1 ponto, ou seja, no total a orientação corresponde a 10 pontos da avaliação. Tendo em conta que o máximo de pontos possíveis de obter na Mini Exame do Estado Mental é de 30, então a orientação corresponde a um terço de todo o exame.

Ao fazer as questões não se deve dar dicas ou de algum modo orientar a resposta. Não é necessário corrigir o utente quando este se engana. O objectivo é que o utente não fique nervoso ou constrangido por se aperceber que está a errar.

No Centro de Dia, em relação à orientação, obtive os resultados que estão apresentados no gráfico 2. Na minha opinião, não são resultados muito animadores, já que apenas um dos utentes conseguiu responder correctamente a todas as questões e cerca de 35.7% dos utentes não conseguiu responder correctamente a metade das questões.

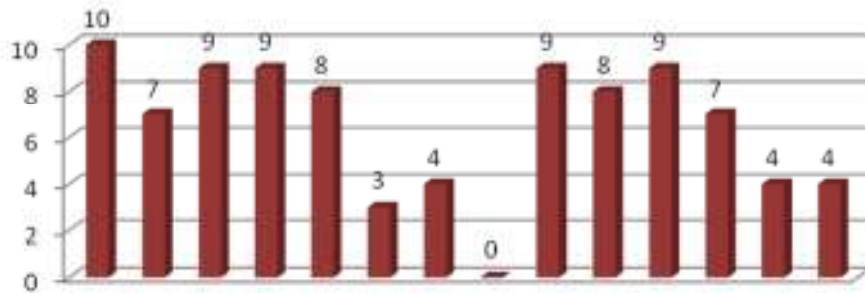


Gráfico 2 – Resultados relativos à orientação no Mini Exame do Estado Mental

Apesar de os resultados, aparentemente, não serem muito animadores, existem intervenções de fácil aplicação que poderão ser adoptadas para melhorar os resultados. É muito fácil qualquer um de nós perder, por vezes, referências de orientação. Já aconteceu a todos perder a noção das horas, ficar a pensar que dia da semana, ou do mês em que estamos, e isso não é sinónimo de perda de capacidades cognitivas. Para resolver estes problemas basta que existam, de uma forma acessível, estas informações para os utentes. Habitualmente um quadro na sala de convívio com estas referências ou o frequente lembrar dos utentes por parte dos funcionários, pode ajudar de modo significativo a orientação dos utentes.

Toda a interacção que existe entre o utente e o profissional pode ser utilizada para a melhoria da orientação do utente. A esta técnica de comunicar e de interagir chama-se Terapia de Orientação para a Realidade. Eliopoulos (2005, p. 404) refere que “toda a interacção enfermeira - paciente pode melhorar a orientação. Por exemplo quando se administra uma medicação, a enfermeira pode dizer: *“olá, Sr. Ricardo, eu sou a enfermeira Joana com o seu remédio. Como o senhor está esta manhã de terça-feira? Está muito frio nesta tarde do dia 10 de Março, não está?”*. Este exemplo aplicado à enfermagem, pode ser aplicado a todos os profissionais que trabalham com o utente.

Quando se tenta fazer uma Terapia de Orientação para a Realidade em grupo é importante que todos respondam, e que o façam de uma forma correcta. Imaginando que o início de um dia estamos a lembrar aos utentes o dia em que estamos é importante que todos participem e todos sejam orientados. É importante ainda ter em atenção que durante uma sessão de Terapia de Orientação para a Realidade, o ambiente deve ser controlado de modo a haver o mínimo de distrações.

2.1.2 - Retenção

A capacidade de retenção é avaliada no Mini Exame do Estado Mental por pedir ao utente que repita três palavras logo após estas serem ditas. É importante informar o utente, antes de lhe dizer as palavras, o que é esperado dele. É importante dizer as palavras pausadamente e com

dicção clara, para evitar que os resultados sejam enviesados por difícil compreensão do utente. A avaliação deste item corresponde a 3 pontos, 1 ponto por cada palavra repetida.

Segundo as instruções de aplicação do Mini Exame do Estado Mental do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, *“quando um utente não evoca as 3 palavras, deve-se repetir pedindo que o utente preste bem atenção e repita novamente. Não se regista o score desta vez (o score do item é o da 1ª evocação). Quando o paciente não evoca as 3 palavras nesta 2ª tentativa, deve-se repetir novamente as 3 palavras para que ele as repita. Fazer isto até 5 vezes e registar o número de repetições (é preciso ter a certeza que o paciente adquiriu as 3 palavras para a evocação tardia)”*. Não existe nenhum modo de usar os dados recolhidos em relação ao número de vezes que era necessário repetir as 3 palavras para que o utente acertasse, pelo que, neste estudo esses dados não foram valorizados.

Quando se avalia a capacidade de retenção do utente, está-se a avaliar a sua memória de curto prazo que segundo Nunes (2008, p. 22) refere-se às memórias que não duram mais do que alguns segundos a escassos minutos.

Em relação às respostas dos utentes do Centro de Dia, todos os utentes conseguiram obter os 3 pontos. Estes resultados surpreendentes vêm mostrar que esta é uma área muito apropriada a ser trabalhada na sala de convívio da instituição. Como só existe uma sala disponível na instituição para a execução de actividades estas devem ser pensadas e elaboradas de modo a que consigam ser úteis e adaptáveis a todos os utentes, independentemente, das suas características. Assim ter uma área que é trabalhável para todos os utentes é uma vantagem no planeamento das actividades.

Estes valores, apesar de poderem ser admiráveis vêm corroborar o que Spar (2005, p. 41) refere *“a memória de curto prazo ou imediata mantém-se estável ou declina muito pouco na terceira-idade”*.

Actividades que estimulem este tipo de memória podem aumentar a auto estima e a segurança do utente.

2.1.3 - Atenção e cálculo

A atenção e o cálculo são avaliados no Mini Exame do Estado Mental pedindo ao utente que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volte a tirar 3 e repete até o profissional lhe dizer para parar. Devem ser pedidos 5 cálculos, mesmo que o utente dê uma resposta errada deve continuar a subtrair 3 ao valor encontrado e se acertar deve ser considerado como uma resposta correcta. A cada cálculo certo corresponde 1 ponto até ao máximo de 5 possíveis.

Segundo Eliopoulos (2005, p.91) *“os idosos demonstram uma diminuição no desempenho da vigilância (isto é, na capacidade de reter a atenção durante mais de 45 minutos). Eles se*

distraem com mais facilidade e são menos capazes de realizar tarefas complicadas ou que exigem desempenho simultâneo”.

Os resultados em relação ao cálculo nos utentes do Centro de Dia estão apresentados no gráfico 3.

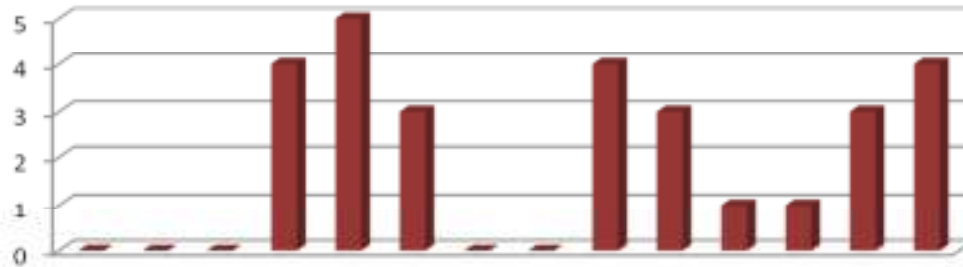


Gráfico 3 – Valores da atenção e cálculo no Mini Exame do Estado Mental

Ao contrário do que aconteceu com a retenção, a atenção e o cálculo não apresentam resultados muito animadores. 35,7% dos utentes não conseguiu fazer nenhuma subtracção correcta, mesmo após as 5 oportunidades. Com 50% da população a conseguir fazer apenas um cálculo correcto, ou nenhum, esta é uma área que está prejudicada em termos de grupo, pelo que as actividades devem ter estes valores em conta.

É importante que quando se avalia este item que não se perca muito tempo porque pode prejudicar o resultado da evocação que será avaliada posteriormente. Assim é importante não pressionar o utente, mas também não o deixar divagar. Não é necessário corrigir o utente.

Estes valores podem ser justificados pelo facto de haver vários utentes analfabetos e que não aprenderam a fazer cálculos.

Segundo Nunes (2008, p. 322) um primeiro passo para garantir um bom desempenho da memória, passa pela capacidade de atenção e de concentração. Ao planear actividades para estes utentes desenvolverem a atenção e o cálculo não se devem utilizar actividades para grupos mas sim actividades individuais. Por um lado sendo individual é mais fácil de captar a atenção e concentração do utente, por outro não se inibem os utentes analfabetos propondo-lhes actividades que estes não conseguem realizar. A frustração pode ser um grande inibidor para a adesão em outras actividades.

É importante tornar claro que o cálculo e a atenção podem ser estimulados de diversas formas sem ser com números ou letras, pelo que, até mesmo os analfabetos devem ser estimulados nesta área. É importante adequar as actividades.

2.1.4 - Evocação

A evocação no Mini Exame do Estado Mental é avaliada pedindo ao utente para dizer as 3 palavras que anteriormente lhe foram ditas. É importante não dar dicas ao utente nem

pressioná-lo para que diga as palavras rapidamente. Não existe um tempo pré definido para que o utente responda, é a pessoa que está a avaliar que deve perceber quando é que o utente não parece ser capaz de responder. Quando o examinador percebe que o utente não vai ser capaz de responder, pode dar dicas para que o utente consiga acertar nas palavras, mas estas respostas não são contabilizadas. O facto de se darem dicas para o utente acertar faz aumentar a sua confiança, não deixando o utente cair em frustração.

Os resultados dos utentes do Centro de Dia relativos à evocação estão descritos no gráfico 4.

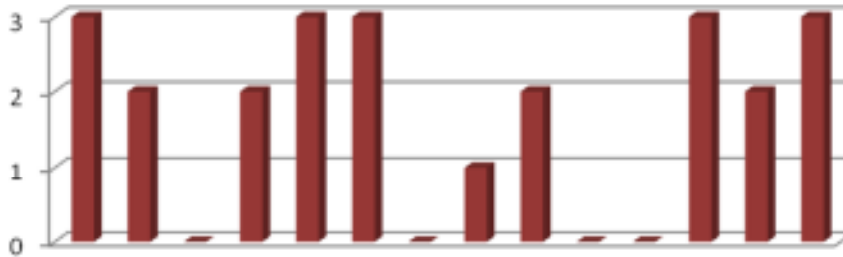


Gráfico 4 - Valores da evocação no Mini Exame do Estado Mental

Apesar de 28,5% dos utentes não ter sido capaz de se recordar de nenhuma das palavras, os resultados são animadores porque outros 35,7 % recordaram-se de todas as palavras e outros 28,5 % apenas se esqueceram de uma das palavras.

Este tipo de avaliação está relacionada com a memória de trabalho, memória a curto prazo ou imediata, e está relacionada com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo.

Deco (2009, p. 30) refere que esta é a memória *“tipicamente afectada na doença de Alzheimer. Mas também é afectada quando não somos capazes, por exemplo de prestar atenção necessária porque estamos a pensar noutras coisas ou porque estamos ansiosos ou deprimidos”*.

É por isto que na avaliação da atenção e calculo não se pode perder mais do que o tempo estritamente necessário.

Por os valores dos resultados serem elevados esta é uma área que pode e deve ser desenvolvida e trabalhada nas actividades de grupo.

2.1.5 - Linguagem

A linguagem é avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental de 5 modos diferentes. No total corresponde a 8 pontos da avaliação total.

Inicialmente é avaliada a capacidade de nomeação, ou seja, a capacidade de dar nomes aos objectos que observa. Faz-se esta avaliação mostrando dois objectos (um relógio e um lápis) e pedindo ao utente que diga como se chamam os objectos. A esta avaliação dá-se 2 pontos, 1 por cada resposta correcta.

A linguagem falada é posteriormente avaliada pedindo ao utente que repita a frase “o rato roeu a rolha”. Quando se diz a frase deve-se ter atenção para se falar de um modo pausado, com uma dicção clara e num volume que garanta que o utente perceba correctamente a frase que lhe dizemos. Se o utente disser a frase completa sem ajuda, damos-lhe 1 ponto.

Posteriormente é avaliada a compreensão de ordens. É pedido ao utente que pegue com a mão direita na folha de papel que lhe vamos dar, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Ao darmos a ordem devemos, novamente, tomar em atenção ao modo como falamos com o utente de modo a ele perceber de forma correcta o que lhe é pedido. Quando lhe damos a folha devemos dá-la com as duas mãos, de modo a não influenciar o utente. Por cada ordem cumprida devemos dar 1 ponto, no máximo de 3 possíveis.

A linguagem de leitura é avaliada dando ao doente uma folha com a frase “feche os olhos “ escrita. Antes de darmos a folha ao utente devemos-lhe explicar que lhe vamos dar uma folha com uma coisa escrita e que o utente deve ler e fazer o que está escrito. A frase deve estar escrita de um modo claro e perceptível. Se a pessoa fecha os olhos então é-lhe dado 1 ponto.

A linguagem escrita é avaliada pedindo ao utente que escreva uma frase completa. A frase deve ser escrita pelo próprio utente na própria folha da avaliação, deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Não se deve ter em conta os erros ortográficos que o utente possa dar. Não se devem dar ajudas ou sugestões ao utente, mas deve-se dar tempo para que este pense no que quer escrever sem pressões. Se a frase for escrita correctamente atribui-se 1 ponto

A linguagem num processo demencial altera-se sempre mas de uma forma gradual, segundo Castro-Caldas (2005, p.30) *“primeiro são as dificuldades de nomeação que se fazem notar, com o doente a ter dificuldades em acertar com o nome das coisas, “dando a volta” (fazendo paráfrases) para as designar: “aquilo com que se escreve” em lugar de “caneta”. Posteriormente o discurso torna-se impreciso, o doente perde facilmente o fio à conversa e divaga sem saber voltar ao ponto em que estava”*

A linguagem, por ser o principal instrumento de comunicação entre humanos, sendo indispensável na interacção social dos indivíduos é fácil de trabalhar com os utentes. É preciso tomar em atenção para que todas as vertentes da linguagem sejam trabalhadas.

Quanto aos resultados obtidos pelos utentes do Centro de Dia foram surpreendentes pela positiva. Relativamente à nomeação todos os utentes conseguiram a pontuação máxima pois identificaram os dois objectos que lhe foram mostrados. Na linguagem falada o resultado foi igual, ou seja, todos os utentes foram capazes de repetir correctamente a frase que lhes foi dita. No cumprimento de ordens houve mais variações, 8 dos utentes conseguiram cumprir as

3 ordens, mas 6 só conseguiram cumprir 2 das ordens. Estes resultados poderão estar associados ao défice de atenção já anteriormente avaliado.

Na leitura e na escrita quem não conseguiu cumprir a ordem que estava escrita, também não conseguiu escrever a frase. A incapacidade de cumprir as tarefas foi verificada em 42,8% dos utentes.

As actividades que estimulam a linguagem são os de mais fácil aplicação, porque a qualquer momento de interacção entre o utente e o profissional há a estimulação de uma das vertentes da linguagem. No entanto, é preciso tomar em atenção os utentes que são analfabetos e aqueles que por outras incapacidades, por exemplo físicas, não conseguem realizar as actividades. É importante referir que não basta apenas a comunicação do dia a dia para referirmos que existe uma estimulação da linguagem efectiva. É necessário planear actividades específicas.

2.1.6 - Habilidade construtiva

A habilidade construtiva é avaliada pedindo ao utente para copiar o desenho de dois pentágonos. Para a avaliação é necessário que cada um dos pentágonos tenha os 5 lados, dois dos quais intersectados. Não se deve valorizar o tremor, a rotação ou outra imperfeição. Se a cópia ficar bem construída deve ser atribuído 1 ponto.

Esta foi a avaliação que teve piores resultados nos utentes do Centro de Dia, sendo que 64% dos utentes não foi capaz de copiar o desenho.



Gráfico 5 - Valores da habilidade construtiva no Mini Exame do Estado Mental

Quando se avalia a habilidade construtiva um dos aspectos que se está a avaliar é a praxia ou seja a capacidade de executar correctamente movimentos adaptados a um fim. Inclui a capacidade de desenhar, de vestir-se correctamente, de executar gestos e usar objectos.

Quando um utente deixou de ter praxia, diz-se que está em apraxia, que Deco (2009, p.32) define como condição em que “*o utente perdeu a capacidade de realizar actos motores complexos, ainda que tenha força e mobilidade suficientes para isso e compreenda o que lhe é dito*”.

As alterações nas habilidades construtivas são altamente influenciadoras nas actividades que podem ser programadas, pelo que proponho que sejam estimuladas inicialmente de uma forma individual para perceber se utentes têm mais dificuldade na execução ou na percepção e, posteriormente, se formem grupos com resultados semelhantes e só depois se trabalhem em actividades de grupo.

2.2 - Índice de Barthel

Realizar uma avaliação global do utente pretende, segundo Sequeira (2010, p.43), identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal e informal) para suprimir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas.

A avaliação funcional de um idoso é fundamental porque fornece dados importantes sobre os aspectos onde a pessoa está mais deficitária, mas reflecte também os pontos onde esta demonstra capacidades mantidas.

Segundo Domingues (2009, p. 29) as actividades básicas de vida diárias são constituídas por um conjunto de actividades realizadas pelo indivíduo, de forma a manter independência nas suas necessidades básicas e íntimas da vida diária.

O Índice de Barthel (Anexo 2) é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 actividades básicas de vida diária que são: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação.

A pontuação mínima, que é 0, corresponde à máxima dependência do utente. A pontuação máxima, que é de 100, corresponde à independência total para todas as actividades de vida diária avaliadas.

Durante a aplicação desta escala tive algumas dificuldades em validar as respostas dos utentes e, apesar de ter tentado validar com outros profissionais de saúde, não foi possível chegar a resultados fidedignos, pelo que a apresentação dos dados só contemplará 10 avaliações.

Para que seja mais fácil a discussão dos dados, na tabela 2 encontram-se os resultados médios dos utentes do Centro de Dia.

Relatório de Estágio

ITEM	Actividades Básicas de Vida Diária	Cotação	Resultados médios
ALIMENTAÇÃO	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	8,5
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5	
	Dependente	0	
VESTIR	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	8,5
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5	
	Dependente	0	
BANHO	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5	3,5
	Dependente	0	
HIGIENE CORPORAL	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5	4,5
	Dependente	0	
USO DA CASA DE BANHO	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	9,5
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	
	Dependente	0	
CONTROLO INTESTINAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax fá-lo sozinho)	10	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microlax)	5	
	Incontinência fecal	0	
CONTROLO VESICAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	10	9
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5	
	Incontinente ou algaliado	0	
SUBIR ESCADAS	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10	7
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente	0	
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	12,5
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5	
	Dependente	0	
DEAMBULAÇÃO	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas, ...)	15	11
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente	0	
TOTAL	(colocar o valor numérico e grau de dependência)		84

Tabela 2 - Resultados médios dos utentes no Índice de Barthel

Felizmente o grau de dependência dos utentes do Centro de Dia é reduzido, o que quer dizer que os utentes, de uma forma geral, conseguem ser autónomos nas suas actividades de vida diárias.

Actividades como o banho e o subir escadas figuram-se como as tarefas que os utentes têm mais dificuldade em realizar sozinhos ou sem apoio. As actividades como o controlo intestinal e o controlo vesical e o uso do sanitário são as actividades em que os utentes têm maior grau de independência. Estas respostas por estarem relacionadas com um assunto que pode trazer algum constrangimento para o utente podem estar inflacionadas.

Por os utentes apresentarem uma média de avaliação de 84 pontos podemos considerar que os utentes são ligeiramente dependentes, segundo a tabela de avaliação. Este nível de independência permite programar actividades que, por um lado podem ser mais exigentes a nível físico, e por outro que necessitem de menor supervisão por parte dos animadores.

Este nível de dependência está directamente relacionado com o número de funcionários que devem estar implicados no cuidar dos utentes. Está também relacionado com algumas actividades, por exemplo, não se deve programar um passeio num conjunto de utentes em que exista um valor de independência muito elevado em relação à deambulação ou ao subir escadas.

Esta tabela também influencia a escolha das actividades programadas pela fisioterapia, por exemplo, no exercício de subir as escadas, ou caso fosse necessário no exercício de movimentos que possibilitassem uma maior autonomia no auto-cuidado no banho ou na alimentação.

Como já referi anteriormente, ao aplicar esta escala tive algumas dificuldades em confirmar a veracidade das respostas dos utentes, é por isso importante reforçar a importância de um trabalho em equipa por parte de todos os profissionais, para que se consigam respostas que correspondam efectivamente à realidade. Se por algum motivo existe um a das actividades de vida diárias que não é possível avaliar, como por exemplo o banho, porque esta actividade não é observada por nenhum membro da equipa, então os cuidadores/ família/ responsáveis, deveram ser questionados.

Sempre que exista uma reavaliação da dependência do utente nas actividades de vida diária, deve-se usar sempre a mesma escala.

2.3 - Índice de Lawton

O índice de Lawton (Anexo 3) avalia as actividades instrumentais de vida diária. Estas actividades representam um conjunto de actividades que permitem uma maior adaptação da pessoa ao ambiente envolvente e à comunidade onde está inserida

Segundo Sequeira (2209, p. 31) “o *Índice de Barthel enquadra as actividades de vida em tarefas padronizadas para a satisfação de necessidades básicas. Num nível acima, está o Índice de Lawton, onde as exigências de natureza funcional são mais elevadas, envolvendo um padrão de funcionamento cognitivo-comportamental mais desenvolvido*”.

As actividades instrumentais de vida diária avaliadas pelo Índice de Lawton são o cuidar da casa, o lavar a roupa, o preparar as refeições, o fazer compras, o usar o telefone, o usar o transporte público, o usar o dinheiro e o responsabilizar-se pelos medicamentos.

Quanto menor for a pontuação final maior é a independência do utente, assim, uma avaliação com pontuação final de 8 corresponde a um utente totalmente independente nas actividades instrumentais de vida diária e uma avaliação com a pontuação máxima de 30 corresponde a um utente totalmente dependente nas actividades instrumentais de vida diária.

Na avaliação do Índice de Lawton dos utentes do Centro de Dia só foram considerados as 10 avaliações que foram consideradas para a avaliação do Índice de Barthel pelos mesmos motivos, já anteriormente explicados.

Para tornar os dados mais facilmente perceptíveis foi criada a tabela 3 que apresenta o Índice de Lawton e a avaliação média dos utentes do Centro de Dia.

A média do total da pontuação dos utentes do Centro de Dia é de 18.4% pelo que, segundo a escala de avaliação do Índice de Lawton, pode-se considerar que existe um nível moderado de dependência.

AIVD	Ítems	Pontuação	Pontuação média dos utentes
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	3.2
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2	
	Só executa tarefas leves	3	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5	
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	2.2
	Só lava pequenas peças	2	
	É incapaz de lavar a sua roupa	3	
Preparar as refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	2.3
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2	
	Prepara pratos pré cozinhados	3	
	Incapaz de prepara as refeições	4	
Fazer comprar	Faz as compras sem ajuda	1	2.8
	Só faz as pequenas compras	2	
	Faz as compras acompanhado	3	
	É incapaz de ir às compras	4	
Usar o telefone	Usa-o sem dificuldade	1	1.7
	Só telefona para lugares familiares	2	
	Necessita de ajuda para o usar	3	
	Incapaz de usar o telefone	4	
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	3
	Só anda de táxi	2	

Relatório de Estágio

	Necessita de acompanhamento	3	
	Incapaz de usar transportes	4	
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	1.8
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1	1.4
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	
			18.4

Tabela 3 – Índice de Lawton com as avaliações médias dos utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide

Tendo em conta que estamos a considerar a população de um Centro de Dia, é uma avaliação esperada. Se estivéssemos a considerar a população de um lar, a pontuação final seria mais elevada e se, por o contrário, estudássemos a população na comunidade, encontraríamos uma média inferior.

Podemos considerar que as tarefas domésticas como o cuidar da casa e o lavar a roupa, são as áreas onde existe um maior nível de dependência. Tendo em conta este resultado, seria relevante perceber quem é que está responsável por ajudar o utente a colmatar esta dificuldade, e até que ponto será importante reabilitar o utente para que consiga ganhar maior autonomia. É importante relembrar que a maioria dos utentes do Centro de Dia é do sexo feminino e por isso, culturalmente, seriam as pessoas responsáveis pelas actividades domésticas. Seria importante perceber até que ponto esta mudança de papel prejudica o utente e até que ponto a família e as suas relações internas são afectadas por este tipo de dependência.

Outra actividade instrumental da vida diária onde existe grande dependência está relacionada com a alimentação. Esta é área em que as respostas podem ser deturpadas pela acção dos profissionais de saúde ou pela organização familiar. Todos os utentes do Centro Social e Paroquial de Carnide têm direito às suas refeições mas não é dada a oportunidade a nenhum deles participar quer na sua programação, na sua confecção ou na sua distribuição. Na verdade, poderíamos considerar que pelo menos à hora do almoço e do lanche as respostas ao índice do Lawton deveriam espelhar a dependência do utente. É importante estimular a independência dos utentes nesta área, embora se compreenda que seja uma área muito difícil de gerir numa instituição.

A actividade instrumental de vida diária que diz respeito ao usar o dinheiro também pode estar inflacionada. É pouco provável que as respostas mostrem uma quase autonomia para gerir o dinheiro embora uma quase dependência para fazer compras.

Ao avaliar o Índice de Lawton é necessário relembrar que sempre que surja uma dúvida na coerência da resposta, esta deve ser validada com pessoas que observem as actividades

instrumentais de vida diária. Só assim podemos fazer avaliações efectivamente correctas e úteis para a planificação das actividades e da interacção com o utente.

2.4 - Escala de Depressão Geriátrica

A depressão é uma doença que cada vez mais tem atingido a população em todo o mundo. A população idosa não é excepção. Segundo Eliopoulos (2005,p.358) a depressão é o *“problema mais frequente que os psiquiatras tratam no idoso, aumentando a sua incidência com a idade”*.

É fácil perceber porque é que as pessoas idosas deprimem, se tomarmos em atenção todas as alterações que acontecem no processo de envelhecimento. O idoso é sujeito a alterações significativas no seu corpo, nas suas capacidades físicas, motoras e intelectuais, nas suas rotinas de vida diária, nas suas relações como o falecimento e o adoecimento dos seus familiares e amigos, na sua autonomia, etc.

Townsend (2009, p. 551) *“os sintomas de depressão são frequentemente mal diagnosticados como demência senil quando, de facto, a perda de memória, o pensamento confuso ou a apatia sintomáticos da demência podem dever-se à depressão”*.

Não nos podemos esquecer, como nos lembra Spar (2005, p. 71) que *“a depressão na terceira idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas da terceira idade, o aumento dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com suicídio e doenças do foro médico”*.

Como os sintomas da demência e da depressão podem ser confundidos e como a própria demência pode originar a depressão (por exemplo quando o doente se apercebe da sua condição) é necessário recorrer a um instrumento de avaliação que nos ajude a perceber a origem dos sintomas.

A escala utilizada foi a Escala de Depressão Geriátrica (Anexo 4) que é constituída por 30 questões às quais os utentes têm apenas de responder sim ou não. É uma escala de fácil aplicação mas que não pode ser aplicada a todos os utentes. Se o utente tiver um défice cognitivo moderado ou grave as suas respostas podem não ser reais. Há ainda a probabilidade de os utentes não serem totalmente honestos nas suas respostas. Apesar de tudo a Escala de Depressão Geriátrica é amplamente utilizada em vários países.

No Cento de Dia a aplicação desta escala foi a mais difícil de fazer porque os utentes não se limitavam a responder às questões e por vezes divagavam por outras temáticas, fugindo à questão. Fugir às questões relacionadas com os sentimentos e emoções é característico das pessoas que não estão habituadas a fazê-lo. É importante que os profissionais, durante a sua interacção com o utente, explorem os sentimentos deste.

Excluindo os questionários dos utentes que no Mini Exame do Estado Mental demonstraram défices cognitivos, foi possível avaliar 8 das escadas de depressão geriátrica aplicadas. Relembrando os critérios da escala que são: valores de 0 a 10 constituem respostas de idosos sem depressão e valores superiores a 10 indicam algum tipo de depressão, constituindo valores superiores a 23 depressão muito grave, podemos analisar os resultados obtidos.

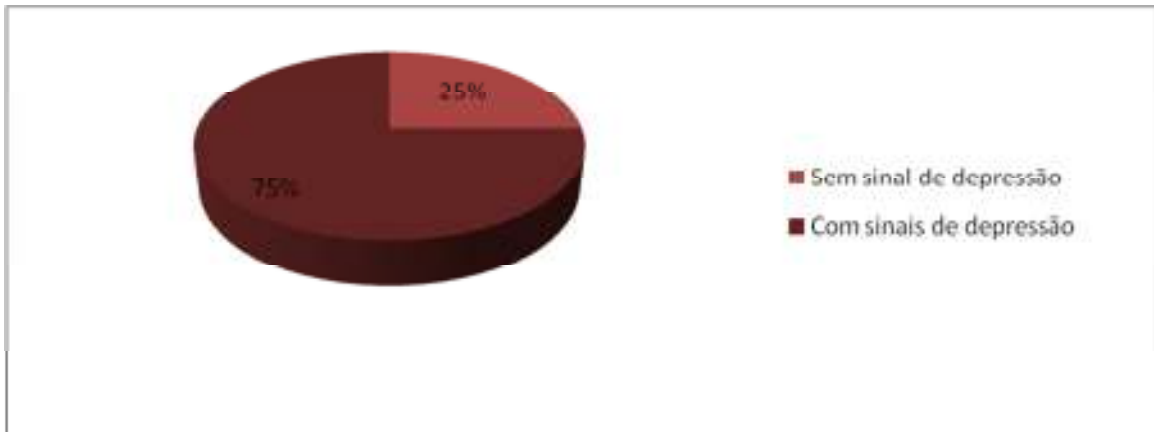


Gráfico 6 – Percentagem das respostas dos utentes à Escala de Depressão Geriátrica

Estes resultados são um pouco assustadores. É importante referir que existem 2 utentes que mostraram resultados compatíveis com depressão grave.

Infelizmente nenhum destes utentes é medicado para a depressão e nenhum destes utentes tem agendada alguma consulta em alguma especialidade médica que os possam ajudar. Esta situação é ainda triste porque a depressão é uma doença que tem cura e cuja a medicação tem grandes benefícios para os utentes.

Sem a ajuda farmacológica ou de profissionais com formação específica é difícil dar conforto a estes utentes revertendo a situação.

3. CONCLUSÃO

No término deste trabalho, não posso deixar de estar satisfeita com a sua realização. Considero que foi um trabalho importante, não só a título pessoal, porque me permitiu aprofundar conhecimentos na área da demência, mas também para o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Carnide, porque vim colmatar uma lacuna que existia na instituição.

Ao longo do tempo em que estive a avaliar os utentes do Centro de Dia senti várias dificuldades que seriam facilmente evitadas, nomeadamente com os processos dos utentes. Por não estarem completos, houve vários aspectos relativos à caracterização da população que não pude trabalhar.

As condições físicas da instituição infelizmente também não são as mais fáceis de trabalhar. Senti que havia a necessidade de um local onde pudesse estar com os utentes de uma forma privada e sem interrupções, o que nem sempre aconteceu por ter de partilhar um gabinete com vários outros profissionais.

A não adesão dos utentes foi também um problema difícil de gerir. No final deste trabalho, é de lamentar que os seus resultados incluam apenas uma percentagem dos utentes do Centro de Dia. No entanto, parece-me que é, apesar de tudo, representativo dos utentes do Centro de Dia.

Com este trabalho e a sua apresentação no serviço, penso que consegui mostrar a importância de uma boa avaliação dos utentes, e de que modo essa avaliação pode aprimorar a programação das actividades desenvolvidas com os utentes. Ao escrever o trabalho, tive em atenção que não se dirige apenas para a enfermeira da instituição, mas para todos os profissionais, independentemente da sua área de actuação. É assim um instrumento de trabalho que fica na instituição.

4. BIBLIOGRAFIA

CATRO-CALDAS, Alexandre; MENDONÇA, Alexandre – **A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda, 2005, ISBN: 978-072-757-359-2.

DECO, proteste – **Lidar com a doença de Alzheimer**. Lisboa: Deco proteste editores, Lda, 2009, ISBN: 978-989-8045-37-9.

DINIZ, Breno Satler de Oliveira; VOLPE, Fernando Madalena; TAVARES, Almir Ribeiro – Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2007, n.º34, p. 13-17. Disponível em, <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n1/13.html>, 10.01.2012, 12:00

DOMINGUES, António Campos – Validação dos Índices de Barthel e de Lawton. **Revista Portuguesa de Enfermagem**, 2009, n.º 17, Janeiro/Fevereiro/Março, p. 29-32, ISSN – 0873 1586

ELIOPOULOS, Charlotte – **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005, ISBN 85 363 0081 7

FOSS, Maria Paula; VALE, Francisco de Assis Carvalho, SPECIALI, José Geraldo – Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos, **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, 2005, n.º65 p. 119-126

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – Instruções de aplicação do Mini Exame do Estado Mental – MEE, Disponível em , http://www.saude.rs.gov.br/dados/1285352475052Orienta%E7oes_para_Aplicacao_de_Mini_Exame_do_Estado_Mental.pdf.pdf, 18.12.2011)

JACOB, Luís – O idoso e a comunidade – respostas sociais. Disponível em: <http://www.portaldoavo.com.pt/artigosa.php?id=2>, 15 de Janeiro de2012

MONTEIRO, Maria do céu; TERRAS, Maria de Jesus – Impacto dos Problemas Psicogeriátricos na Família, **Revista Portuguesa de Enfermagem**, Amadora, n.º4 (out/Nov/Dez), 2006, p. 40-48

PINHO,Liliana Flores – **Demência: A marcha Diagnóstica no Âmbito dos Cuidados de Saúde Primários**, Dissertação apresentada à faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior para a obtenção do grau de mestre em Medicina; 2008

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda, 2010, ISBN 978-972-757-717-0.

SPAR, James; RUE, Asenath la – **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa, Climepsi Editores, 2005, ISBN 972 796 139 8

TOWNSED, Mary C. – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**, Loures, Lusociência, 2009, ISBN 978 972 8930 61 5

ANEXO 1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Mini Exame do Estado Mental

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta) – (0-10 pontos)

Em que ano estamos?	
Em que mês estamos?	
Em que dia do mês estamos?	
Em que dia da semana estamos?	
Em que estação estamos?	
Em que país estamos?	
Em que distrito é que vive?	
Em que terra vive?	
Em que casa estamos?	
Em que andar estamos?	
Total orientação	

2. Retenção (1 ponto por cada palavra correctamente repetida) – (0-3 pontos). Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas. Procure sabê-las de cor.

Pêra	
Gato	
Bola	
Total Retenção	

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correcta) – (0-5 pontos)

Se a pessoa der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora o profissional solicita à pessoa que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até o profissional lhe dizer para parar.

30-3		27-3		24-3		21-3		18-3	
Total atenção e cálculo:									

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta) – (0-3 pontos)

Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar:

Pêra	
Gato	
Bola	
Total Retenção	

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta) - (0 a 8 pontos)

a) Como se chama isto? (mostrar objectos)

Relógio	
Lápis	

b) Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA – (0-1ponto)

Pontuação	
-----------	--

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (ou sobre a cama, se for o caso). Dar a folha com as duas mãos – (0-3 pontos)

Pega com a mão direita	
Dobra a folha ao meio	
Coloca a folha onde deve	

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHER OS OLHOS. Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

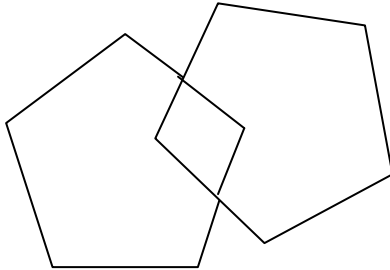
Fechou os olhos	
-----------------	--

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

--	--

Total linguagem	
------------------------	--

6. **Habilidade construtiva** (1 ponto pela cópia correcta) – (0-1 ponto)
A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada em deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Total habilidade construtiva	
-------------------------------------	--

Total de MMS (máximo 30 pontos)	
----------------------------------------	--

Nota:
Os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo, são os seguintes
Analfabetos: ≤ 15 pontos
1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos
Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos

ANEXO 2 – ÍNDICE DE BARTHEL

Relatório de Estágio

Índice de Barthel

Nome: _____ Idade: _____ Admissão: _____

ITEM	Actividades Básicas de Vida Diária	Cotação	Data _/_/	Data _/_/	Data _/_/	Data _/_/
ALIMENTAÇÃO	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10				
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5				
	Dependente	0				
VESTIR	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10				
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5				
	Dependente	0				
BANHO	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5				
	Dependente	0				
HIGIENE CORPORAL	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5				
	Dependente	0				
USO DA CASA DE BANHO	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10				
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5				
	Dependente	0				
CONTROLO INTESTINAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax fá-lo sozinho)	10				
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microlax)	5				
	Incontinência fecal	0				
CONTROLO VESICAL	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	10				
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5				
	Incontinente ou algaliado	0				
SUBIR ESCADAS	Independente (sobe e desce escada. Pode usar um instrumento de apoio)	10				
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5				
	Dependente	0				
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15				
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10				
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5				
	Dependente	0				
DEAMBULAÇÃO	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas, ...)	15				
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10				
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5				
	Dependente	0				
TOTAL	(colocar o valor numérico e grau de dependência)					

Grau de Dependência:

100 pontos – Independente; 60-95 pontos – Ligeiramente Dependente; 40-55 pontos – Moderadamente Dependente; 20-35 pontos – Severamente Dependente; < 20 pontos – Totalmente Dependente

ANEXO 3 – ÍNDICE DE LAWTON

Relatório de Estágio

Índice de Lawton: Actividades Instrumentais da vida Diária

AIVD	Itens	Pontuação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar as refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de prepara as refeições	4
Fazer comprar	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz as pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar o telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só telefona para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transportes	4
Usar o dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9-20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
>20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

ANEXO 4- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Escala de depressão geriátrica

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e actividades? | () Sim () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim () Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () Sim () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim () Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () Sim () Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () Sim () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim () Não |
| 14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () Sim () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim () Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () Sim () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projectos? | () Sim () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim () Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () Sim () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim () Não |

Aos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 devem ser pontuados negativamente; isto é uma resposta "Não" corresponde um ponto.

Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28, será atribuído um ponto à resposta positiva "Sim".

Classificação:

valores de 0-10 pontos – idosos normais; pontuações iguais ou superiores a 11 são indicativas de depressão em severidade crescente (uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos)

Anexo XXII – Formação apresentada no CSPC



TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A DEMÊNCIA

ASPECTOS A TER EM CONTA...

- ✗ Bebés: peso, comprimento
- ✗ Adolescência: alterações corporais devido às hormonas
- ✗ Idade adulta: colesterol, mamografias, tensão arterial
- ✗ Idoso: ???

ENVELHECIMENTO

- ✗ “ As pessoas com mais de 65 anos têm, pelo menos, uma doença crónica do foro médico e vários problemas concomitantes”
- ✗ “Durante o envelhecimento, mudanças fisiológicas que ocorrem no sistema nervoso central podem provocar diminuição da velocidade de condução nervosa em toda a rede neuronal”.

DEMÊNCIA

- ✗ Segundo a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID 10) demência é
 - + “um síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no 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**. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”

CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS

Demências reversíveis	Demências não reversíveis	
	Previsíveis	Não previsíveis (Demências primárias-degenerativas)
Doenças endócrinas (tíróide, para tíróide, supra-renal...)	Vascular	Doença de Alzheimer
Deficiências vitamínicas (Vit. B12 e Ácido Fólico)	Demência pós traumática	Demências Fronto-parietais (demência de Pick)
Infecciosas (sífilis, brucelose, meningite...)	Demência associada à infecção pelo vírus VIH/D	Demência com corpos de Lewy
Tóxica (Metais pesados, alumínio, cobre, álcool)		Outras doenças extrapiramidais com demência (doença de parkinson, Doença de Huntington)
Neoplásica (tumores primários e secundários do SNC)		Doenças de Prídes
Hidrocefalo de pressão normal		
Hematoma sub-dural crónico		

DEMÊNCIA – INVESTIGAÇÃO BÁSICA

- ✗ Hemograma, leucograma
- ✗ Bioquímica (glicémia, p. renais, p. hepáticos, ficha lipídica, VS)
- ✗ Serologia
- ✗ Doseamento de vit B.12 e ácido fólico
- ✗ Doseamento de hormonas tiroideias e anticorpos anti.tiroideus
- ✗ TAC-Crânio

AValiação Breve do Estado Mental

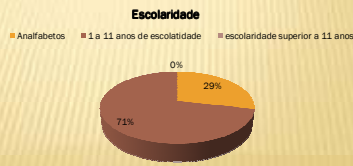
- ✗ Exame de fácil aplicação que permite avaliar a orientação, a retenção, a atenção e calculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.
- ✗ Não estabelece o diagnóstico de demência, mas identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva que poderá justificar o alargamento da avaliação.

AValiação Breve do Estado Mental

- ✗ Os valores têm de ser interpretados tendo em conta a idade, a instrução e a informação anamnésica e médica.
- ✗ Os valores vão do 0 ao 30 e para a população portuguesa considera-se defeito cognitivo os seguintes valores
 - + Analfabetos ≤ 15 pontos
 - + 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22pontos
 - + Escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos

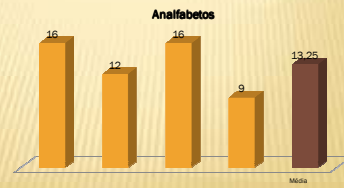
NO CENTRO

✘ Foram realizadas 14 avaliações que puderam ser contabilizadas



NO CENTRO

Analfabetos ≤ 15 pontos



NO CENTRO

1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos



NO CENTRO

✘ Da população estudada do centro, 43% apresenta défice cognitivo



PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

✘ **Estimulação Cognitiva** – sempre adaptada ao estadio do doente, em função dos défices existentes e da deterioração global. Visa sempre potenciar as capacidades que ainda mantém. Existem 6 áreas de intervenção:

- ▶ Atenção
- ▶ Linguagem
- ▶ Gnosias
- ▶ Memória
- ▶ Praxias
- ▶ Funções Executivas

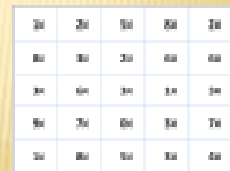
PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

✘ **Estimulação Cognitiva**

▶ **Atenção**

Atividade	Objetivo	Material
Atividade de Atenção	Atenção	Cartões

Instruções: Pedir ao utente que procure e assinale o **algarismo 2**



PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

✘ **Estimulação Cognitiva**

▶ **Atenção**



PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

✘ **Estimulação Cognitiva**

▶ **Linguagem**

Atividade	Objetivo	Material
Atividade de Linguagem	Linguagem	Cartões

Compreensão de Ordens

Instruções: Pedir ao utente que execute as seguintes acções:

Atividade	Objetivo	Material
Atividade de Linguagem	Linguagem	Cartões

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Imediata

Nome	Idade	Sexo

2, 5
6, 3
4, 7 4
1, 7 4
8, 6 0 3
2, 3 4 8
8, 0 9 7 1
4, 3 0 1 3
8, 0 7 2 8 7
8, 6 7 8 1 0

Instruções: ler os seguintes números ao utente e pedir-lhe que os repita, primeiro pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Recente - imagens

Nome	Idade	Sexo



Instruções: mostrar a seguinte imagem ao utente e pedir-lhe que a memorize.

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Linguagem

Nome	Idade	Sexo

o, m, a	o, m, a	o, m, a	o, m, a
o, m, a	o, m, a	o, m, a	o, m, a
o, m, a	o, m, a	o, m, a	o, m, a
o, m, a	o, m, a	o, m, a	o, m, a
o, m, a	o, m, a	o, m, a	o, m, a

Vocabulário e Léxico

Instruções: Pedir ao utente que complete as seguintes palavras...

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Recente - objectos

Nome	Idade	Sexo



Instruções: mostrar os seguintes objectos ao utente e pedir-lhe que os memorize

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Recente - imagens

Nome	Idade	Sexo



Instruções: mostrar a seguinte imagem ao utente e pedir-lhe que a memorize.

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Recente - textos

Nome	Idade	Sexo

O Domingo temo dois anos, de dia na escola e a professora diz que aprendo muito bem!

Lembra-se do nome da personagem do texto?
É uma criança ou um adulto?
Que idade tem?
Aprende bem ou mal na escola?

Instruções: Ler o seguinte texto ao utente, devagar e assegurando-se que está atento. De seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Memória Remota

Nome	Idade	Sexo

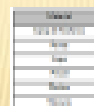
Árnia Rodrigues
Óscar Costa
Isabel Paulo D
Francisco Dias
Isabel Saraiva
Isabel
Isabel

Instruções: começar por explicar ao utente que vão fazer um exercício de memória acerca de pessoas conhecidas, de diferentes âmbitos. Perguntar-lhe quem foi/é cada uma das pessoas, de que forma se destacou e que características recorda dela.

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- Estimulação Cognitiva
 - Praxias - Uso de Objectos

Nome	Idade	Sexo



Instruções: dispor o material em cima da mesa e pedir ao utente que:

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Estimulação Cognitiva**
 - ▶ **Funções executivas - calculo**

valor	valor	valor

Instruções: Colocar moedas em cima da mesa e pedir ao utente que lhe dê

1 + 1 =	10 + 1 =
4 + 2 =	10 + 2 =
8 + 3 =	10 + 3 =
12 + 4 =	10 + 4 =
15 + 5 =	10 + 5 =
18 + 6 =	10 + 6 =
20 + 7 =	10 + 7 =
22 + 8 =	10 + 8 =
24 + 9 =	10 + 9 =
26 + 10 =	10 + 10 =

40

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

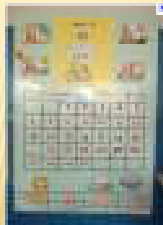
- × **Terapia de Orientação para a Realidade**

+ Pretende-se manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades perceptivas. Pode ser aplicada de modo informal; contudo, o modo formal é aquele que proporciona uma melhor eficácia em termos de resultados

41

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Terapia de Orientação para a Realidade**



43

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Terapia por reminiscências**

+ Pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua auto-estima, facilitando o interesse pelo contacto social. Pode ser individual ou em grupo.

44

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Terapia de Orientação para a Realidade**



42

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Terapia por reminiscências**

- + Exemplos:
 - + O namoro
 - + O casamento
 - + Os transportes
 - + A vida no campo
 - + A costura
 - + As profissões do antigamente

45

PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

- × **Terapia de validação**

+ Procura o significado do aqui e agora, em que o enfoque terapêutico se centra na escuta activa reflexiva, empatia, cordialidade e aceitação do doente e da sua doença, Esta técnica possibilita a melhoria da auto-estima, a redução da ansiedade e a promoção da comunicação e da autonomia.

46

BIBLIOGRAFIA

- × CATRO-CALDAS, Alexandre; MENDONÇA, Alexandre - **A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel - edições técnicas, s.la, 2006, ISBN: 978-989-9045-37-9.
- × DECO, proteste - **Lidar com a doença de Alzheimer**. Lisboa: Deco proteste editores, Lda, 2009, ISBN: 978-989-9045-37-9.
- × DINIZ, Breno Sattler de Oliveira; VOLPE, Fernando Madalena; TAVARES, Almir Ribeiro - Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2007, n.º 24, p. 13-17. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ico/revista/vol34/n1713.html>, 10.01.2012, 12:00
- × DOMINGUES, António Campos - Validação dos Índices de Barthel e de Lawton. **Revista Portuguesa de Enfermagem**, 2009, n.º 17, Janeiro/Fevereiro/Março, p. 29-32, ISSN - 0873 1586
- × ELOPOULOS, Charlotte - **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005, ISBN 85 363 0051 7
- × FOSS, Maria Paula; VALE, Francisco de Assis Carvalho; SPEICHALI, José Geraldo - Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, 2005, n.º 65 p. 119-126
- × TOWNSEND, Mary C. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. Luaces, Lusocência, 2009, ISBN 978 972 8930 61 5

47

BIBLIOGRAFIA

- ✦ HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - Instruções de aplicação do Mini Exame do Estado Mental - MEE. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/dados/1285352475062/Orienta%27oes_para_Aplicacao_de_Mini_Exame_do_Estado_Mental.pdf.pdf. 18.12.2011)
- ✦ JACOB, Luis - O idoso e a comunidade - respostas sociais. Disponível em: <http://www.portaldovo.com.pt/artigos.php?dir=2>. 15 de Janeiro de 2012
- ✦ MONTEIRO, Maria do céu; TERRAS, Maria de Jesus - Impacto dos Problemas Psico geriátricos na Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem**, Amadora, n.º4 (out/Nov/Dez), 2006, p. 40-48
- ✦ PINHO, Líliana Flores - **Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de Saúde Primária**. Dissertação apresentada à faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior para a obtenção do grau de mestre em Medicina; 2008
- ✦ SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.
- ✦ SPAR, James; RUE, Azenath la - **Guia Prático Clíncipal de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa, Climepsi Editores, 2005. ISBN 972 796 139 8

48

Obrigada pela vossa atenção

49