



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Ilda Isabel Moreira Lordelo

Março de 2015



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Ilda Isabel Moreira Lordelo
Sob orientação de Professora Doutora Aida Fernandes

Março de 2015

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tem como principal objetivo descrever o percurso efetuado e as competências desenvolvidas e adquiridas nesta área de especialização. Este trabalho pretende relatar, através de uma análise crítico-reflexiva, as atividades realizadas no decorrer da prática clínica, nos três Módulos de Estágio, de forma a alcançar os objetivos constantes do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como os objetivos pessoais de aprendizagem delineados.

O Módulo I, de promoção de estilos de vida saudáveis, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos. Pudemos prestar cuidados à população abrangida por esta unidade em projetos direcionados à comunidade na área da saúde mental, essencialmente na área do Idoso.

O Módulo II decorreu no serviço de Psicogeriatria do Hospital de Magalhães Lemos. Neste contexto direcionamos essencialmente a nossa intervenção para a valência de Hospital de Dia, no qual pudemos prestar cuidados à pessoa idosa, nomeadamente contribuindo para a preservação das capacidades cognitivas.

No Módulo III integramos o Fórum Sócio Ocupacional de Vila do Conde, serviço pertencente ao Hospital de Magalhães Lemos. Desenvolvemos com os utentes, que frequentavam este serviço, atividades de treino de competências sociais e com fim terapêutico, tendo sido privilegiada a intervenção em grupo, para desta forma contribuir para a sua reabilitação psicossocial.

Assim, este relatório pretende espelhar o caminho efetuado para o alcance dos objetivos delineados bem como os resultados alcançados, recorrendo a uma prática reflexiva acerca das competências adquiridas enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Palavras-chave: enfermagem, saúde mental, comunidade, idoso.

ABSTRACT

This report was carried out under the Mental Health Nursing and Psychiatric Stage, and aims to describe the journey made and the skills developed and acquired in this area of expertise. This paper intends to report, through a critical and reflective analysis, the activities performed during clinical practice, the three stage modules, in order to achieve the goals outlined in the Plan Master Course of Studies in Mental Health and Psychiatric Nursing as well as personal goals outlined learning.

Module I, the promotion of healthy lifestyles, held at the *Unidade de cuidados na Comunidade de Matosinhos*. We were able to provide care to the population covered by this unit in projects directed to the community in the mental health area, mainly in the Elderly area.

Module II took place in *Psicogeriatría* service in *Hospital de Magalhães Lemos*. In this context essentially we direct our intervention to the Day Hospital of valence, in which we provide care for the elderly, including by contributing to the preservation of cognitive abilities.

In Module III integrate the *Fórum sócioocupacional de Vila do Conde*, service belonging to *Hospital de Magalhães Lemos*. Developed with the users, who attended this service, training activities of social skills and therapeutic purposes, having been privileged group intervention, to thereby contribute to their psychosocial rehabilitation.

Thus, this report is intended to reflect the way done to achieve the goals outlined as well as the results achieved, using a reflective practice on skills acquired while nurse specialist in nursing mental health and psychiatric.

Keywords: nursing, mental health, community, elderly.

AGRADECIMENTOS

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi um momento marcante do meu desenvolvimento profissional. Várias pessoas contribuíram para que este se concretizasse, a todos um muito obrigada por me agradecerem com o Vosso apoio:

- À Professora Doutora **Aida Fernandes** pela orientação realizada;
- Ao Professor Doutor **Luís Sá**, pela disponibilidade;
- Aos Exmos Enfermeiros **Cristina Vilarinho**, **Vítor Coutinho** e **Márcia Sousa**, pela orientação realizada e pela partilha dos seus conhecimentos;
- Aos meus **colegas de trabalho**, pelo apoio, força e por segurarem o barco na minha ausência;
- A todas as minhas **colegas de Mestrado**, pelo companheirismo...
- Em especial à minha **família**, principalmente aos homens da minha vida, Miguel e Joel, pela compreensão pela minha ausência e pela força que me transmitiram...

SIGLAS

ASPESM	Associação Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
ECCI	Equipa de Cuidados Integrados na Comunidade
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. DA TEORIA AO CONTEXTO ATUAL	19
1.1. DO CONTEXTO ATUAL À DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO	21
2. AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	27
2.1. COMPETÊNCIA: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	28
2.2. COMPETÊNCIA: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	33
2.3. COMPETÊNCIA: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.....	38
2.4. COMPETÊNCIA: Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.....	47
3. CONCLUSÃO	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69
ANEXO I – Atividade realizada em centro de dia: Módulo I.....	71
ANEXO II – Programa de promoção de estilos de vida saudáveis: Módulo III.....	81

ANEXO III – Estudo de Caso: Módulo I.....	91
ANEXO IV – Atividade de formação em serviço: Módulo I.....	115
ANEXO V – Estudo de Caso: Módulo II.....	123
ANEXO VI – Brochura <i>ConViver com a Demência, como ajudar</i> : Módulo I.....	179
ANEXO VII – Atividades realizadas: Módulo III.....	185
ANEXO VIII - Atividades terapêuticas de grupo: Módulo II.....	213
ANEXO IX – Trabalho de Intervenção na Cognição: Módulo II.....	229

INTRODUÇÃO

A Enfermagem evoluiu muito nos últimos anos, no que diz respeito ao nível da complexidade do seu exercício profissional, que torna o papel do enfermeiro cada vez mais significativo e reconhecido no âmbito das ciências da saúde. Assim, compete cada vez mais aos enfermeiros, investirem na autoformação para que o desenvolvimento de competências permitam a prestação de cuidados de saúde eficazes e com qualidade e o reconhecimento por parte dos recetores de cuidados.

Ao longo do nosso percurso surgiu a necessidade de formação contínua, de forma a consolidar as intervenções por nós realizadas, com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas, de forma a dar resposta a uma responsabilidade pessoal mas, também, profissional. Trabalhamos há 9 anos, em contextos diversos, nomeadamente na psiquiatria em situação de internamento e de urgência, com o doente crítico em ambiente hospitalar e, neste momento, em contexto comunitário. Portanto, no decorrer do nosso trajeto profissional, surgiu a necessidade de aprofundamento e desenvolvimento de competências e de consolidação de conhecimentos. O curso de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) foi a área escolhida para o nosso percurso profissional e académico. Esta eleição prendeu-se com o facto de, no decorrer da nossa atividade profissional, termos constatado que a intervenção em saúde mental está presente em qualquer contexto. Verdadeiramente o utente que não tem *saúde mental*, não tem *saúde*, o que terá repercussões na sua vida pessoal e profissional, na sua família, bem como na sociedade em geral.

O estabelecimento de relação com o utente é a base de qualquer oportunidade de intervenção de enfermagem. São estas competências relacionais que são sentidas por nós, como a motivação para continuar a exercer a profissão de enfermagem com o mesmo entusiasmo. Já tínhamos tido a oportunidade de trabalhar na área da Saúde Mental, noutros contextos, mas consideramos que na Comunidade onde exercemos funções há imensas oportunidades de intervenção nesta área,

tanto pelas necessidades detetadas na prestação de cuidados neste âmbito como, também, pela constatação de falta de profissionais dedicados à prestação de cuidados avançados em ESMP.

A elaboração do presente Relatório está prevista no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em ESMP, e este constitui-se o último momento da caminhada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. O conteúdo do mesmo pretende espelhar o trabalho realizado ao longo dos três módulos de Estágio e contempla a reflexão acerca do desenvolvimento e aquisição de competências.

O estágio, como promotor da consolidação dos conhecimentos teóricos, desenvolveu-se em três módulos. Os três módulos de estágio tiveram, de acordo com o plano de estudos deste curso, uma carga letiva de 10 ECTS – o que corresponde a 180 horas de contato e 70 horas de trabalho individual. No processo de seleção dos campos de estágio, optamos por unidades essencialmente de intervenção comunitária e com intervenção no idoso com patologia mental, nomeadamente com processos de demência.

Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Matosinhos, no período compreendido entre 28 de Abril e 28 de Junho de 2014. Esta unidade desenvolve a sua intervenção em projetos direcionados à pessoa, respetiva família e à comunidade em que se insere, com projetos específicos no âmbito da saúde mental, nomeadamente intervenção na promoção da saúde mental e de intervenção na população com doença mental, bem como no processo reabilitativo. A opção por este serviço prendeu-se com o fato de exercermos funções numa UCC, e pretendermos desenvolver competências na implementação de projetos de intervenção nesta área.

Módulo II – Intervenção na Crise, teve lugar no serviço de Psicogeriatría do Hospital de Magalhães Lemos, EPE e decorreu no período compreendido entre 15 de Setembro e 7 de Novembro de 2014. A população alvo deste serviço é constituída por pessoas com 65 ou mais anos, ou pessoas portadoras de quadro demencial com idade inferior. Este possui diversas valências como: intervenção domiciliária, consulta externa, serviço de internamento e serviço de internamento parcial. Foi nesta última valência que dirigimos, essencialmente, a nossa intervenção em estágio pelas oportunidades de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico à pessoa com demência/défice cognitivo, nomeadamente estimulação cognitiva.

Módulo III – optamos por realizar o terceiro módulo na área da Reabilitação Psicossocial no Fórum Sócio Ocupacional de Vila do Conde, pertencente ao Hospital de Magalhães de Lemos, EPE, e decorreu no período compreendido entre 10 de Novembro de 2014 e 21 de Janeiro de 2015. Este serviço dirige a sua intervenção para doentes com doença mental grave, inseridos na sua comunidade, com intervenções no âmbito da reabilitação psicossocial, com o objetivo de promoção da autonomia destes utentes e a sua integração social.

Considera-se premente refletir sobre a prática e na prática, sendo este relatório um instrumento essencial que engloba os aspetos mais importantes no processo de aprendizagem, ao longo dos três módulos de estágio. Este constitui-se como a última etapa deste processo de formação, para a obtenção do grau de Mestre em ESMP. Este relatório teve como base os projetos de estágio realizados no início de cada módulo. O projeto constituiu-se um excelente instrumento uma vez que conduziu a intervenção realizada durante estes três momentos, e conseqüente realização dos portefólios de estágio, sendo este relatório uma compilação dos mesmos.

Neste sentido, este trabalho, que vem retratar todo o percurso realizado em Estágio, tem os seguintes objetivos:

- Analisar os objetivos traçados nos projetos de estágio e as intervenções realizadas para os alcançar;
- Desenvolver a capacidade de reflexão, acerca da pertinência dos objetivos delineados, bem como as atividades e estratégias realizadas para a sua concretização;
- Analisar o percurso de aprofundamento e aquisição de competências no contexto da ESMP;
- Servir de documento de avaliação para obtenção do grau de Mestre em ESMP.

Este relatório encontra-se organizado em três partes: a primeira diz respeito à presente Introdução, na qual é explicitada a finalidade deste documento. A segunda diz respeito a uma contextualização sobre a situação atual de prestação de cuidados de saúde mental, bem como a fundamentação da delimitação do campo de ação. Nesta é realizada uma análise da seleção dos campos de estágio, seguida de uma breve caracterização dos mesmos. A terceira parte contempla as atividades e intervenções realizadas no decorrer dos três módulos de estágio, de acordo com os objetivos pré-definidos e está organizado segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, definidas em Regulamento próprio.

Para terminar este presente documento, no último capítulo é apresentada a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas para fundamentar as intervenções realizadas. Em anexo estão apresentados os trabalhos mais relevantes realizados ao longo do estágio.

Na sua elaboração, utilizamos uma metodologia essencialmente descritiva, analítica e reflexiva, baseada no Guia de Estágio deste Curso de Especialização (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2014). Quanto à apresentação do mesmo, seguimos a Norma Portuguesa de referência bibliográfica de apresentação de trabalhos escritos (405-1).

1. DA TEORIA AO CONTEXTO ATUAL

Os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas têm vindo a ter, nos últimos anos, uma atenção especial por parte dos organismos internacionais. Os números de hoje são deveras preocupantes. Segundo dados constantes do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, os problemas que afetam a saúde mental nas sociedades atuais são nos dias de hoje a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, sendo que das principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (PORTUGAL, 2008).

Em Portugal tem-se vindo a construir um caminho de intervenção importante nos cuidados de saúde mental, prestados à população em geral. A legislação de saúde mental, que entrou em vigor nos anos 90, a Lei n.º 36/98 de 24 de Julho e o Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, surgiu de encontro com as diretrizes internacionais de organizações com um papel importante na organização dos serviços de saúde mental. Face à realidade do contexto em Portugal, foi iniciada a implementação de serviços descentralizados que promoveram a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e recursos da comunidade, sendo que a sua cobertura ainda é incompleta (PORTUGAL, 2008).

Durante muito tempo, o tratamento dos transtornos mentais em cuidados primários foi ignorado, no entanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a integração dos cuidados de saúde mental na atenção primária. Segundo a mesma organização, esta perspetiva de cuidados facilita os cuidados holísticos centrados na pessoa, pode reduzir de forma substancial uma significativa percentagem de distúrbios mentais não tratados melhorando, assim, a qualidade de vida para centenas de milhões de pacientes e suas famílias (WHO, 2008).

Em Portugal, a Reforma dos Cuidados de Saúde Mental tem vindo a ser desenvolvida segundo uma perspetiva comunitária. Desta forma, pretende-se a manutenção do utente na sua comunidade, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de o confinar dentro dos “muros” dos hospitais psiquiátricos garantindo, portanto, a acessibilidade de forma equitativa

aos serviços a todas as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental (PORTUGAL, 2008).

O desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Saúde Mental, pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, prevê a criação de respostas integradas de saúde mental para pessoas com perturbações mentais graves e/ou incapacidade psicossocial. Esta vem permitir que a pessoa com problemas de saúde mental, em situação de dependência, possa ser integrada em respostas existentes na Comunidade, como unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. Esta é uma resposta da RNCCI, nesta área especializada, que contempla outras respostas já implementadas no terreno, como as Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade (ECCI), criadas a partir do Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e que estão integradas nos Cuidados de Saúde Primários, nas UCC. Estas respostas, de cuidados integrados de saúde mental, surgem a partir do desenvolvimento de outras estruturas reabilitativas, criadas ao abrigo do Despacho 407/98 de 15 de Maio e implementadas sob alçada dos hospitais psiquiátricos.

Face ao explanado, é necessário ter presente a definição de saúde mental. A OMS, define saúde mental como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”* (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2005, p. 4). A saúde mental é o ponto-chave para o bem-estar das populações e é, na atualidade, reconhecido internacionalmente o seu valor, nomeadamente nas instituições europeias. Têm sido dados passos na tentativa de consolidação de ações em curso, sendo que a elaboração do Livro Verde, elaborado em 2005, é um exemplo disso mesmo. Este documento pretende definir uma estratégia no domínio da saúde mental, e estabelece as linhas gerais de um plano de ação para melhorar a saúde mental da população da união europeia (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2005).

Face à conjuntura atual do país a nível financeiro, tendo em conta as consequências dos novos problemas de saúde mental ligados à crise, parece fundamental prosseguir na implementação deste PNSM com redobrado esforço (PORTUGAL, 2012). Com esta reorganização do sistema de saúde mental, pretende-se descentralizar os serviços e a sua integração nos cuidados de saúde primários e cuidados continuados, e assegurar um acesso global aos cuidados de saúde, incluindo os grupos mais vulneráveis. Esta reorganização tem sido lenta e continua a existir uma significativa escassez de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (PORTUGAL, 2012).

Face a esta problemática, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica pode ter um papel importante na promoção da *saúde mental*, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante estas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a). A sua intervenção especializada próxima da população, de estratégia comunitária ou em cuidados

de saúde primários terá, com certeza, uma importância acrescida na promoção e melhoria da saúde mental da população. Este novo paradigma de intervenção poderá permitir um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde mental, com uma maior participação da família promovendo a autonomia do utente e a sua integração social, contribuindo para a redução da estigmatização.

1.1. DO CONTEXTO ATUAL À DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO

Para a seleção dos campos de estágio tivemos em consideração a nossa experiência profissional e o contexto atual de prática profissional, interesses pessoais de intervenção na área da saúde mental, bem como a conjuntura atual de prestação de cuidados de saúde mental, de estratégia de intervenção comunitária. Para além disto, tivemos em conta neste processo de seleção as necessidades do utente/família/comunidade do contexto escolhido pelas suas oportunidades de intervenção, e para a posterior aquisição e desenvolvimento de competências em todos os níveis de intervenção de ESMP.

Assim, optamos por orientar a nossa intervenção para junto de pessoas integradas na sua comunidade, sua família e prestador de cuidados, bem como dirigir os nossos objetivos de forma a contribuir para a promoção da saúde mental e intervenção no processo de tratamento/reabilitação do idoso com patologia mental, nomeadamente com processos de demência. O interesse por esta área ocorre da nossa prática diária em ECCI, onde surge, com frequência, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde desta população específica, bem como o desenvolvimento de competências que permitam prestar cuidados de Enfermagem com elevada qualidade científica, técnica e humana.

A realidade do envelhecimento da população e das suas consequências, intimamente ligada ao aumento significativo de casos de demência, exigiu de nós, ao longo da nossa prática profissional, uma atenção especial. Esta patologia, para além de afetar a saúde mental do utente, tem repercussões significativas na família e na sociedade em geral. Assim, para dar resposta às necessidades desta população específica, acreditamos que a intervenção de enfermagem especializada em saúde mental poderá trazer grandes contributos. A Ordem dos Enfermeiros defende que *“atendendo à complexidade que reveste a situação das pessoas com demência bem como dos seus familiares, é nosso entendimento que o profissional mais capacitado para dar uma resposta adequada às necessidades do doente e do cuidador é o Enfermeiro Especialista em ESMP. Entende-se mesmo que é este, o profissional que revela capacidade de diagnóstico e de intervenção de acordo com as necessidades identificadas”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b, p. 4-5). Apesar de na nova classificação do DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a demência assumir a designação de *transtorno neurocognitivo*, optamos por manter ao longo deste relatório a nomenclatura de *demência* para este diagnóstico.

Neste contexto, foram selecionados três locais de estágio – Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos, Serviço de Psicogeriatrica do Hospital de Magalhães Lemos e Fórum Sócio Ocupacional de Vila do Conde.

A escolha do primeiro local de estágio prendeu-se com o fato de profissionalmente exercermos funções numa UCC. Assim, pretendemos conhecer e adquirir competências no desenvolvimento de projetos de intervenção na área de saúde mental e na prestação de cuidados neste âmbito na comunidade, num serviço com um percurso já relevante e com ganhos em saúde demonstrados em projetos de intervenção na área de intervenção especializada em saúde mental.

Para o Módulo II, Intervenção na Crise, optamos por selecionar como população alvo de cuidados, idosos integrados no serviço de Psicogeriatrica. Apesar deste módulo ter sido à partida destinado à intervenção em utentes adultos em contexto de crise, uma vez já termos tido esta oportunidade profissionalmente, elegemos a intervenção no Idoso com patologia mental, por esta se constituir para nós uma área de interesse. Consideramos, o serviço de Psicogeriatrica um excelente campo de estágio, pelas oportunidades de intervenção disponíveis ao utente idoso com doença mental, nas suas diversas valências, que poderão ser repercutidas na nossa prática diária. As oportunidades de intervenção psicoterapêutica neste serviço, face às suas características, são essencialmente no âmbito da estimulação cognitiva. Esta intervenção, no caso das pessoas com demência, tem como principais benefícios *“maximizar as funções intactas e aumentar os recursos das funções que, embora diminuídas, não estejam totalmente perdidas, de modo a que o doente prolongue por mais tempo a sua independência funcional”* (CASTRO-CALDAS, 2010, p. 125).

A opção pelo Fórum Sócio Ocupacional constituiu uma oportunidade de intervir na área da reabilitação psicossocial, mais uma vez numa população de utentes com doença mental grave, inseridos na sua comunidade - Vila do Conde. Esta constitui-se a mesma comunidade recetora dos cuidados prestados pela UCC em que estamos a exercer a profissão de Enfermagem e, desta forma, uma oportunidade de conhecer esta população, e identificar as suas necessidades.

Em seguida, realizamos uma breve caracterização dos três campos de estágio para melhor se compreender o trajeto efetuado, bem como contextualizar a opção realizada.

MÓDULO I: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE MATOSINHOS

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários permitiu uma reestruturação dos serviços de prestação de cuidados próximos da comunidade. De acordo com o legislado no Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, os Agrupamentos de Centros de Saúde, são constituídos por um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, nas quais se enquadram as UCC.

A UCC de Matosinhos foi criada em Outubro de 2010, e é uma unidade à qual compete, à luz do disposto no artigo 11º do Decreto-lei n.º28/2008 de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Neste contexto, esta intervenção é centrada na pessoa, respetiva família e na comunidade em que se insere, devendo ocorrer ao longo de todo o ciclo vital e de acordo com as necessidades de cuidados, que incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos humanos vulneráveis. A intervenção da UCC de Matosinhos é orientada para a execução dos Programas de Saúde da DGS, Plano Nacional de Saúde e nos seguintes *settings*: infantários, escolas, universidades, locais de trabalho e de lazer, prestadoras de cuidados informais, lares, domicílios, comunidades de risco, entre outros.

A UCC de Matosinhos é constituída por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, enfermeiros especialistas em todas as áreas, sendo que os médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionista, assistentes operacionais, são recursos partilhados com outras unidades. Esta Unidade desenvolve uma série de projetos e atividades que vão de encontro das necessidades da população local:

- ECCI;
- Equipa de Cuidados Paliativos;
- Programa da Saúde Escolar;
- Programa da Saúde da Mulher, Criança e Jovem;
- Programa de cuidados no âmbito da Reabilitação;
- Programa de cuidados na doença crónica;
- Programa de intervenção a dependentes;
- Programa de Saúde Mental.

A nossa intervenção ao longo do estágio dirigiu-se essencialmente para as necessidades do utente, família, prestador de cuidados e comunidade, no âmbito dos programas de intervenção a dependentes (no Projeto *Cuidar do Cuidador* na promoção da saúde mental do prestador de cuidados da pessoa dependente) bem como no Programa de Saúde Mental. Este Programa de intervenção na comunidade, na área da Saúde Mental, tem vários projetos como:

- *Viver com a Demência*, com intervenção no utente, com défice cognitivo ligeiro ou demência e seu prestador de cuidados, em parceria com o serviço de Psicogeriatria do Hospital de Magalhães Lemos;

- *Intervenção na população com perturbação Mental*, em articulação com o serviço de Psiquiatria da ULS de Matosinhos;
- *Promoção da Saúde mental do idoso*, com intervenção em utentes com idade igual ou superior a 65 anos na promoção de um envelhecimento saudável;
- *Novas Metas*, um projeto de redução de riscos e minimização de danos, dirigido a utentes toxicodependentes, em parceria com Associação para o Desenvolvimento Integrado de Matosinhos e a Câmara do mesmo município.

MÓDULO II: SERVIÇO DE PSICOGERIATRIA DO HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE

O serviço de Psicogeriatría é um serviço que faz parte integrante do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. Este hospital é o hospital de referência da região norte, no âmbito da prestação de cuidados psiquiátricos. Foi inaugurado em 1962 mas o início da atividade ocorreu em 1970. Este hospital oferece um vasto conjunto de serviços que permite e promove uma integração do doente na comunidade. Assim, a equipa multiprofissional está vocacionada para a integração social pelo desenvolvimento de atividades de ligação e parcerias com entidades sociais e de saúde, como seja os centros de saúde/unidades familiares, autarquias, centros de empregos entre muitas outras. Nos serviços de internamento existe uma equipa multiprofissional que dá resposta às necessidades de saúde, bem como às questões de ordem social (Guia Geral de Acolhimento ao Doente, 2010).

O serviço de Psicogeriatría nasceu em 1997, sendo a população alvo constituída por pessoas com 65 ou mais anos, ou pessoas portadoras de quadro demencial com idade inferior, que residam na área assistencial do hospital. Este serviço surgiu do reconhecimento da necessidade de garantir aos idosos com problemas de saúde mental próprios, avaliação e planificação de intervenções terapêuticas especializadas, e de providenciar uma retaguarda de efetivos cuidados diferenciados para este grupo etário.

Desde Abril de 2011 dispõe de duas unidades D2 e D3 com capacidade para internar 30 doentes. O serviço D2 é um serviço de internamento completo com 22 camas para situações agudas ou programadas, sendo que o D3 é denominado de Hospital de Dia, uma vez que se constituiu uma unidade de internamento parcial, e dá resposta ao internamento parcial de 8 utentes por dia.

Para além destas duas unidades, este serviço contempla uma consulta externa, uma equipa de intervenção comunitária, bem como outros projetos, nomeadamente formação/informação de cuidadores, grupo de ajuda mútua e programa de psicoeducação para cuidadores informais de

utentes com demência. Durante o estágio optamos por incidir essencialmente a nossa intervenção em hospital de dia, face às oportunidades de desenvolvimento de competências na área das intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente no que diz respeito à estimulação cognitiva, sendo este um dos principais objetivos do estágio neste serviço.

MÓDULO III: FÓRUM SÓCIO OCUPACIONAL DE VILA DO CONDE

O Estágio do Módulo III decorreu no Fórum Sócio Ocupacional de Vila do Conde, serviço também pertencente ao Hospital de Magalhães Lemos. Este serviço foi criado em 2007, sendo a população alvo constituída por pessoas com doença mental grave com incapacidade psicossocial, que residam na área assistencial da Consulta Externa do Hospital de Magalhães Lemos em Vila do Conde, residentes na mesma cidade e em Póvoa de Varzim.

O Fórum Sócio Ocupacional é um serviço que está legislado no Despacho Conjunto n.º 407/98 de 15 de Maio. No mesmo documento é definido como um *“equipamento de pequena dimensão destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a reinserção sócio profissional e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido”* (DESPACHO CONJUNTO n.º 407/98 de 15 de Maio, p. 8329).

O PNSM 2007-2016 revela que existem quatro grandes desafios para a Organização dos Serviços de Saúde Mental de Adultos e entre eles existe um direcionado para a reabilitação: *“Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves”* (PORTUGAL, 2008, p. 19). A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas (PORTUGAL, 2008). Este tipo de estruturas têm como objetivo a reabilitação psicossocial. Esta é segundo a legislação que regulamenta a rede de cuidados continuados em saúde mental *“o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade”* (DECRETO-LEI n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, p. 258).

Nesta estrutura reabilitativa presta-se apoio psicossocial e cuidados clínicos e visa-se o reforço das competências, a reabilitação, a recuperação e a integração social, e ainda a promoção e o reforço das capacidades das famílias. Os utentes que frequentam o serviço têm na sua maioria diagnóstico de Esquizofrenia, e são essencialmente do sexo masculino, sendo que são em grande percentagem jovens adultos. O Fórum é constituído por uma equipa de três profissionais: Enfermeira Especialista em ESMP (responsável pelo serviço), terapeuta ocupacional e assistente

operacional. Este serviço funciona todos os dias úteis, entre as 8h30 e as 15h00. Nesta unidade são realizadas atividades programadas pela ESMP e pela terapia ocupacional, de acordo com os planos individuais de intervenção, indo de encontro com os objetivos preconizados na legislação da RNCCI em Saúde Mental, para a reabilitação psicossocial.

A sua estrutura física contempla para além da vertente de internamento parcial no Fórum Sócio Ocupacional no rés-do-chão, uma unidade de vida completamente equipada no primeiro andar que até ao momento não abriu.

2. AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

No início de cada módulo de estágio realizamos um projeto com o objetivo de definir intervenções e atividades com vista ao alcance dos objetivos gerais e específicos constantes do plano de estudos, bem como definir objetivos pessoais de aprendizagem. Os objetivos delineados tiveram em consideração o Regulamento do Enfermeiro Especialista, definido pela Ordem dos Enfermeiros, de forma a adquirir competências para a prestação de cuidados especializados, neste momento de formação. Segundo Guy le Boterf, cit por HESBEEN *“a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Se se desejar pôr em marcha um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das ações posteriores à formação propriamente dita, é necessário que confirmemos as competências”* (HESBEEN, 2001, p. 73).

O Enfermeiro Especialista é de acordo com o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012, p. 15).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área da especialidade a prestação de cuidados especializados partilha de um conjunto de domínios como a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c).

A Ordem dos Enfermeiros define as competências do Enfermeiro Especialista em dois documentos: regulamento das competências gerais do Enfermeiro Especialista e regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP. A Especialidade de Saúde Mental tem as suas especificidades relativamente às restantes, *“foca-se na promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas*

ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. (...) são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade» (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a, p. 1).

Face ao exposto, guiamos todo o processo formativo em contexto de estágio através de um conjunto de objetivos, que permitiram o alcance de competências clínicas especializadas, com vista a cuidados de enfermagem de excelência na área da saúde mental e psiquiátrica. Em seguida apresentamos os objetivos de aprendizagem delineados, bem como as atividades e as estratégias implementadas. Estes foram organizados de acordo com o que se pretende que sejam cuidados especializados em Saúde Mental com saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos próprios, segundo as **Competências do Enfermeiro Especialista em ESMP** (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a). Desta forma, iremos passar a analisar, de forma crítico-reflexiva, a consecução dos objetivos de aprendizagem, delineados nos projetos de estágio, bem como as atividades desenvolvidas de forma a alcançar as unidades de competência presentes no Regulamento, tendo em conta os respetivos critérios de avaliação.

2.1. COMPETÊNCIA: DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

Para a prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental torna-se essencial a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional, no estabelecimento da relação terapêutica e no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a). Neste sentido, para o alcance desta competência, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física do serviço e a sua dinâmica de funcionamento e integrar a equipa de forma gradual e dinâmica;
- Estabelecer relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados;
- Promover um desenvolvimento mais abrangente em termos pessoal, académico e profissional.

Para o alcance dos objetivos de estágio e para o desenvolvimento e aquisição de competências, consideramos que o primeiro objetivo traçado é a base para um bom desenrolar do mesmo e desta forma, este foi comum aos três diferentes módulos (Módulo I, Módulo II e Módulo III). Para conhecer a estrutura física dos serviços e a sua dinâmica de funcionamento, no primeiro dia de estágio realizamos uma participação ativa na visita às instalações dos serviços em causa (UCC de

Matosinhos, Serviço de Psicogeriatrica e Fórum Sócio Ocupacional). As mesmas foram proporcionadas pelos enfermeiros tutores/enfermeiros chefes e assim, pela apresentação que foi realizada, foi conhecida a sua dinâmica.

Ao longo deste processo de integração, realizamos entrevistas formais e informais com os enfermeiros tutores e enfermeiros dos serviços, e consultamos e analisamos documentação das unidades, bem como conhecemos os recursos humanos e materiais. Durante este percurso inicial em cada módulo de estágio, identificamos as diferentes atividades que estão em desenvolvimento nos serviços, dirigidos às necessidades dos utentes integrados, os projetos de intervenção dirigidos à comunidade, bem como as que se enquadram na área de especialização.

Este processo desenvolveu-se essencialmente na primeira semana de estágio, nos três diferentes módulos. Consideramos que após terem sido assimiladas as dinâmicas do serviço, foi possível a integração nas diferentes atividades, e a mesma surgiu de forma gradual, mas também natural. Este processo inicial foi decisivo para o bom desenrolar do estágio, no processo de implementação das atividades planeadas e para o desenvolvimento de competências. Durante o período de integração adotamos uma postura correta e assertiva, tendo sido evidenciado interesse, iniciativa e espírito-crítico reflexivo, essencial para este processo, bem como uma relação adequada e responsável com a equipa. Fizemos aproveitar todas as oportunidades de intervenção para que a integração se desenrolasse de forma progressiva e eficaz. Foi facilitador o clima de aprendizagem e de autonomia que foi proporcionado pelos enfermeiros tutores, que permitiu tanto a conceção do projeto como o seu posterior desenvolvimento.

No início de cada módulo de estágio realizamos as caracterizações dos serviços com recurso a documentação da unidade, nomeadamente: plano de ação, relatórios de atividade, manual de acolhimento, panfletos informativos, fluxogramas, manuais, protocolos e normas. A análise desta documentação permitiu uma melhor perceção das atividades desenvolvidas, que proporcionou uma integração mais eficaz.

Assim, considera-se que desta forma foi possível alcançar este objetivo preconizado. Estes momentos de integração nos serviços, nos três módulos de estágio, permitiram uma reflexão interna e uma consciencialização das capacidades pessoais, face ao momento formativo em que nos encontrávamos. Estes proporcionaram um conhecimento e consciência das nossas fragilidades e permitiram detetar áreas com necessidade de maior investimento neste momento de formação contínua. Proporcionaram o desenvolvimento de competências especializadas, de forma a não condicionar o estabelecimento da relação com o utente e intervenções especializadas com objetivo psicoterapêutico.

Por outro lado, a aprendizagem contínua durante a intervenção no Estágio permitiu também desenvolver atividades relevantes para a nossa capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal no estabelecimento da relação terapêutica. O exercício da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/grupo. O estabelecimento da

relação terapêutica, neste âmbito, distingue-se pela formação e experiência do enfermeiro que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor e desenvolver em parceria as suas capacidades (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

Contudo, para cuidar de alguém, é necessário ter em conta que a comunicação é um meio básico e elementar na prática profissional de enfermagem em geral, mas essencial na prática especializada de ESMP. O Enfermeiro na sua intervenção na promoção e na recuperação da saúde mental do utente, família e comunidade, tem que ter indispensavelmente competências comunicacionais. O domínio de técnicas de comunicação adequadas, e o desenvolvimento das capacidades em comunicar, vão permitir uma melhor intervenção com intenção terapêutica, concreta na relação com o utente, e conseqüentemente melhores serão os resultados neste processo.

A comunicação em Enfermagem deve ser sinónimo de falar de um tipo de comunicação que seja terapêutica, que ajude as pessoas a concretizar os seus projetos de saúde (COELHO, 2010). Enquanto Enfermeira, e durante este processo formativo em contexto clínico, pudemos compreender este conceito central da Enfermagem, a relação terapêutica. Esta relação na qual o enfermeiro ajuda o utente requer muito mais do que estar presente fisicamente. Competências como a empatia, o respeito, a capacidade de escuta, a congruência e aceitação do outro, foram essenciais durante o processo de cuidar em Saúde Mental e na relação de ajuda, no decorrer dos três módulos. A relação de ajuda é definida como *“uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda”* (CHALIFOUR, 2008, p. 33).

Assim, no decorrer das atividades nos três módulos de estágio, foi-nos possível desenvolver as competências relacionais com os utentes. Intervenções que realizamos de forma planeada como a entrevista, a escuta ativa, a psicoeducação, a estimulação cognitiva, proporcionaram a consolidação das mesmas, no decorrer dos três módulos. Contudo, também de forma informal, os utentes solicitaram a nossa presença, nos abordaram de forma espontânea e revelaram sentimentos e vivências, que também contribuiu para esta mesma relação de ajuda. O conhecimento do *“eu”*, das nossas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência e a manutenção dos limites da relação profissional, contribuiu de forma significativa para o nosso desenvolvimento de competências no estabelecimento da relação terapêutica, de forma a preservar a integridade deste processo com fim terapêutico.

Para o desenvolvimento e consolidação desta competência, em todos os módulos de estágio, pretendemos promover um desenvolvimento mais abrangente em termos pessoal, académico e profissional. A aquisição e o aprofundamento de conhecimentos devem fazer parte do percurso profissional, com o objetivo de fundamentar as intervenções realizadas. Construir o saber é algo natural para um aluno em relação à procura do conhecimento, a partir de uma atitude natural. Isso ocorre porque o aluno reconhece o que está entorno de si e da sua prática académica e social. É

a sua intencionalidade que o orienta a construir a própria bagagem de conhecimento (FERNANDES, 2007). O aprofundamento de conhecimentos permite uma análise e interpretação adequada para uma prestação de cuidados fundamentada. A intervenção autónoma do enfermeiro especialista em ESMP assim o exige, para uma intervenção estruturada, sistemática e com espírito crítico-reflexivo.

Sendo assim, foi uma necessidade no decorrer dos três módulos de estágio, a procura de novo conhecimento e a mobilização de saber adquirido na fase inicial deste curso de especialização. Para isso, procurou-se através da pesquisa bibliográfica, de artigos científicos e de trabalhos de investigação, procurar conhecimento para fundamentar os cuidados prestados.

Por outro lado, de forma a promover a nossa prática reflexiva sobre o exercício profissional na área da ESMP, durante o estágio, participamos em Congressos e seminários e em cursos de formação neste âmbito. Participamos no Seminário Internacional e no Congresso da Associação Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM). Este teve um programa que apelou a *Consensos na Saúde Mental* e foram abordados temas atuais e pertinentes para a prática de enfermagem especializada em Saúde Mental. A formação dos profissionais de saúde mostra-se, assim, imprescindível para a melhoria dos cuidados prestados.

Tendo em conta que a evidência conhecida deve ser divulgada para contribuir para o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros, face ao trabalho desenvolvido ao longo da componente letiva, apresentamos no congresso da ASPESM uma comunicação livre intitulada *“Terapia de Reminiscência: Intervenção Terapêutica na Pessoa com Demência”*. Esta consistiu na apresentação de um artigo de revisão integrativa de literatura com o mesmo título, o qual foi posteriormente submetido à revista da ASPESM para publicação. Durante os estágios no módulo I e II, foi desenvolvida e adquirida competência na implementação desta técnica, tendo contribuído para um exercício baseado em evidência científica. O conhecimento não é estanque e está em constante evolução, foram dois dias muito ricos em termos de aprendizagem, pois permitiu-nos para além da aquisição de novos conhecimentos, a reflexão nos cuidados prestados.

Pudemos, também, participar no *Seminário de Saúde Mental 2014*, que se realizou no dia 9 de Julho de 2014, no Auditório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste Seminário foi apresentado o Póster *“Revisão Integrativa de literatura sobre a eficácia das intervenções psicoeducacionais online para cuidadores de doentes com demência no domicílio”*, que foi distinguido com o 2º prémio. Para o aprofundamento de conhecimentos para um consequente desenvolvimento pessoal e profissional, também participamos em contexto profissional, em duas formações que decorreram na Administração Regional de Saúde do Norte. A primeira teve como objetivo promover a cultura de segurança e integração de atividades de gestão de risco na saúde mental e a segunda promover a implementação de programas de promoção de saúde mental em idosos. Estes constituíram-se excelentes momentos de aprendizagem, e de aquisição de conhecimentos para o alcance das competências de enfermeiro especialista em ESMP.

Salientamos que no decorrer dos três módulos de estágio foi possível levar a cabo o desenvolvimento de parcerias e protocolos de intervenção entre serviços prestadores de cuidados de saúde mental e a entidade na qual exercemos funções. No decorrer do módulo I, foi-nos proposta, como elemento integrante da UCC de Vila do Conde, pelo serviço de Psicogeriatrics uma replicação do projeto que têm em parceria com a UCC de Matosinhos com o nosso contexto de trabalho. Esta surgiu da necessidade do acompanhamento, em articulação, dos muitos utentes e seus cuidadores com processo demencial que este serviço segue, na área de abrangência da UCC de Vila do Conde. Esta parceria foi consolidada no Módulo II, aquando da realização do estágio no serviço de Psicogeriatrics, numa reunião de apresentação do projeto pela equipa de ambulatório do serviço de Psicogeriatrics à Coordenadora da UCC de Vila do Conde e Enfermeira Vogal do Conselho Clínico. Está previsto para o mês de Março, o início do acompanhamento destes utentes, estando em curso a elaboração do projeto de intervenção em saúde mental, para a sua inclusão no Plano de Ação da UCC de Vila do Conde. Consideramos que esta articulação irá permitir uma ligação eficiente entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, e cuidados de maior proximidade na comunidade e consequentemente com melhor qualidade, a estes utentes e suas famílias.

No decorrer do módulo III foi-nos proposta realizar uma parceria entre o Fórum e a UCC de Vila do Conde, pela realização de uma atividade no âmbito da saúde escolar. Esta consistiu na apresentação de uma peça de teatro alusiva à higiene oral, realizada pelos utentes do Fórum e destinada a alunos do ensino básico. Assim, no decorrer do estágio, realizamos uma articulação entre o Fórum e a equipa de Saúde Escolar da UCC de Vila do Conde, responsável pela higiene oral nas escolas. Só foi possível a apresentação da peça de teatro num período posterior ao término do estágio, num jardim-de-infância próximo ao serviço. Esta atividade, para além do objetivo já referido, de parceria e de estreita colaboração entre o Fórum e os cuidados de saúde primários, foi promotora de futuras atividades conjuntas pelas duas entidades e consideramos que se constituiu um pequeno passo, mas de grande importância, para a redução do estigma associado à doença mental. Muitas pessoas com problemas de saúde mental e as suas famílias e cuidadores experimentam diariamente as consequências da vulnerabilidade, sendo o estigma um problema comum (WHO, 2010). Consideramos que este contacto direto precoce, entre crianças em idade escolar e pessoas com doença mental, pode contribuir para a aceitação da diferença e proporcionar o respeito pelo outro, com o objetivo de prevenir comportamentos discriminatórios associados ao estigma da doença mental.

Em suma, para o alcance desta competência foi necessário uma integração eficaz nos serviços nos três módulos de estágio, o desenvolvimento e aprofundamento da relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados, bem como o desenvolvimento pessoal e académico pela procura constante de conhecimento. Este último objetivo superou as nossas expectativas, pelo estabelecimento de parcerias, que contribuiriam para o nosso desenvolvimento profissional, como

Enfermeira Especialista em Saúde Mental, com implicações positivas para a nossa prática profissional.

A aquisição desta competência foi possível graças à identificação e consciência de características pessoais, como emoções, valores e sentimentos; da monitorização das reações corporais, emocionais e respostas do comportamento no processo terapêutico; gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência e manutenção dos limites da relação profissional.

2.2. COMPETÊNCIA: ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica *“durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, (...) permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental...”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a, p. 1). Assim, para o alcance desta competência foram traçados os seguintes objetivos:

- Avaliar as respostas humanas de grupo de utentes integrados em Centro de Dia aos processos de doença e envelhecimento;
- Caracterizar a população alvo do Módulo III;
- Dinamizar e implementar programa de educação para a saúde de promoção de estilos de vida saudáveis.

No Módulo I, no desenrolar das atividades do estágio, tivemos oportunidade de conhecer a realidade de um Centro de dia, da área de influência da UCC de Matosinhos, no decorrer da realização de uma consulta a uma utente com demência, integrada nessa instituição. Detetamos, em reunião informal com a direção, que era uma necessidade da instituição implementar atividades ocupacionais/recreativas de forma programada, uma vez que os utentes têm apenas aula de ginástica 2 vezes por semana. Os utentes são na sua maioria idosos, alguns já com dependência nas atividades básicas de vida diária, embora em grau reduzido, uma vez que este é um critério essencial para a integração neste tipo de estruturas de apoio social.

O envelhecimento é acompanhado de declínio de funções cognitivas, especialmente a memória, muitas vezes evoluindo para um quadro de demência (MELO, 2008). Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm déficit cognitivo ligeiro e destes 10 a 15% desenvolvem demência no período de um ano (PETERSEN, 2004).

Alguns destes utentes integrados em Centro de Dia têm diagnóstico de demência, motivo pelo qual foram institucionalizados: pela incapacidade das famílias em lidar com os sintomas neuropsicológicos e comportamentais da demência, pela impossibilidade dos idosos estarem sós durante o dia ou pela dependência nas atividades instrumentais ou avançadas de vida. Muitos outros poderão ter declínio cognitivo.

Por outro lado, a institucionalização por si só, mesmo a tempo parcial, pode gerar agravamento do quadro cognitivo pela falta de estimulação e de atividades programadas. Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar perdas cognitivas como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições (NORDON *et. al*, 2009). Assim, a institucionalização dos idosos está associada ao agravamento do seu estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo (CASTRO, 2011).

Após o diagnóstico da necessidade de intervenção contactamos a Diretora Técnica, e demos-lhe a disponibilidade, para intervir num grupo destes utentes, com objetivo de otimização da saúde mental. A mesma demonstrou desde logo muita receptividade e muito interesse na sua implementação. Assim, levamos a cabo o início de uma parceria com esta Instituição Particular de Solidariedade Social e posteriormente foi efetuado o planeamento deste programa. O objetivo inicial foi executar uma avaliação global das respostas humanas destes utentes ao processo de transição – envelhecimento.

Começamos por realizar a avaliação diagnóstica da capacidade cognitiva destes utentes integrados em Centro de Dia, pela aplicação do instrumento Mini Mental State Examination (MMSE). O MMSE¹ *“é o teste mais vezes utilizado em rastreios populacionais de demências e de defeito cognitivo ligeiro, devido à sua fácil aplicação, larga difusão na literatura e elevada sensibilidade”* (CASTRO-CALDAS & MENDONÇA, 2005, p. 14). O MMSE *“é um instrumento que possibilita uma avaliação breve do estado mental. Permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que cada resposta correta é cotada com um ponto”* (SEQUEIRA, 2010, p. 121).

Em primeira instância, antes de cada entrevista, foi realizado o devido consentimento informado, acerca da aplicação deste teste, embora que verbal. Este consentimento decorre da necessidade de uma prática profissional com respeito à ética e deontologia da profissão de enfermagem. Assim, pretendemos preservar a dignidade, o respeito e a promoção da autonomia do utente, face a uma vontade esclarecida. Assim, aplicamos este teste à maioria dos utentes que frequentam o Centro de Dia. Estes idosos têm muita necessidade de comunicar, talvez pela falta de estímulo a

¹ Elaborado por Folstein et al. (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994).

que são sujeitos, e aproveitaram o momento de entrevista individual para expressarem as suas emoções e falarem das suas vivências passadas. Estes momentos de entrevista na instituição constituíram-se uma excelente oportunidade de aprendizagem, pois permitiram o desenvolvimento de habilidades em todas as etapas da entrevista individual, na comunicação e no estabelecimento de relação terapêutica, bem como na aplicação deste instrumento de diagnóstico. Foram momentos de excelência nos quais pudemos, também, aprofundar habilidades no exame do estado mental, como também na observação do comportamento.

Da avaliação diagnóstica efetuada a este pequeno grupo, constatamos que estes utentes idosos têm na sua grande maioria algum comprometimento cognitivo. Identificamos um grupo de utentes com declínio cognitivo ligeiro/moderado e optamos por intervir neste grupo. Pela análise do MMSE aplicado, estes utentes têm comprometimento de algumas capacidades cognitivas, essencialmente a nível da orientação e memória. Posteriormente, face ao diagnóstico realizado, foi planeada uma intervenção com objetivo psicoterapêutico, a mesma está descrita no ponto 2.4 (ANEXO I – ATIVIDADE REALIZADA EM CENTRO DE DIA – MÓDULO I).

De facto, alguns destes utentes não estão institucionalizados, mesmo a tempo parcial, por opção própria. A maioria deles foram para o Centro de Dia por dependência física ou mental, que a família, por falta de disponibilidade, de tempo ou outro tipo, não consegue dar resposta. A intervenção a nível institucional mostra-se insuficiente face às necessidades destes idosos. Pelo conhecimento desta realidade ficamos com a perceção que o financiamento das mesmas limitam a contratação de recursos humanos mais qualificados, que pudessem ter outro tipo de intervenção que não fosse a satisfação de necessidades básicas. O aumento do envelhecimento é sem dúvida preocupante face à realidade económica do nosso país. Esta foi apenas a realidade que conhecemos, contudo preocupa-nos pensar que esta pode ser generalizada a outras instituições, que fomenta o paternalismo exacerbado, pela falta de estímulo, que irá promover certamente o agravamento da dependência física e mental. Apesar de acompanhados por muitos outros idosos, a solidão parece prevalecer...

No contexto de aprendizagem no Módulo III, no Fórum sócio ocupacional de Vila do Conde, no início do estágio foi realizada a caracterização do grupo de utentes que frequentam este serviço, relativamente à sua idade, sexo, dias de internamento e diagnóstico, para permitir uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental deste pequeno grupo de utentes. São utentes maioritariamente do sexo masculino, cerca de 65%. Na sua maioria são jovens adultos, sendo que a média de idades nas mulheres é de 44 anos e nos homens de 36 anos. Dos 23 utentes que frequentaram o fórum durante o período de estágio, 15 tinham diagnóstico de Esquizofrenia, sendo que as perturbações de personalidade e depressiva são, de seguida, as mais comuns. No que diz respeito ao número de dias de internamento há uma significativa percentagem de utentes que se encontram a frequentar o fórum há mais de 3 anos.

De forma a consolidar a aquisição desta competência, consideramos pertinente dinamizar e implementar, durante o módulo III, um programa de educação para a saúde de promoção de

estilos de vida saudáveis. O estilo de vida é definido como “*uma forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, as suas interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais*” (WHO, 1998, p. 16).

A manutenção de um estado mental estável continua a ser a primeira prioridade para o bem-estar global do utente. Assim, uma autêntica abordagem holística de cuidado ao utente deve incluir um tratamento eficaz da doença mental, gestão de saúde física e do estilo de vida. Os comportamentos de alto risco, como tabagismo e abuso de drogas, uma dieta pouco saudável e o sedentarismo, são mais prevalentes em populações com doença mental grave do que na população geral, muitas vezes como resultado da privação social (HOLT, 2005). A importância do desenvolvimento da opção informada e do “*empowerment*” dos indivíduos e das populações para assumirem atitudes conscientes e responsáveis quanto à sua saúde e a criação de ambientes infraestruturais são modos de atuações benéficas, para a promoção de estilos de vida saudáveis (PEREIRA, 2006).

As pessoas com Esquizofrenia fazem más escolhas alimentares, pouco exercício físico e fumam mais do que a população em geral, para além de que têm maior risco de contrair outras doenças físicas tais como a diabetes, doenças cardíacas e hipertensão, por comparação com a população em geral da mesma idade e com mesma condição física (MCCREADIE, 2003). Tendo este grupo de utentes maioritariamente diagnóstico de Esquizofrenia planeamos, no início do estágio, a realização de um programa de promoção de estilos de vida saudáveis, face às necessidades que constatamos: sedentarismo, dependência tabágica e excesso de peso.

O primeiro passo deste programa foi a avaliação diagnóstica dos estilos de vida dos utentes, de forma a avaliar as áreas em que o grupo tem estilos de vida “menos saudáveis” e fundamentar esta atividade. Assim, aplicamos a todos os utentes o questionário de *Estilo de Vida Fantástico*, versão validada para Portugal. Este engloba nove áreas: família e amigos, atividade, nutrição, tabaco, álcool e outras drogas, sono/stress, trabalho/tipo de personalidade, comportamento de saúde e sexual e outros comportamentos (SILVA, BRITO, AMADO; 2014).

Pela análise dos resultados da avaliação diagnóstica constatamos que as áreas em que os utentes têm estilos de vida menos saudáveis são: nutrição, atividade e tabaco. Tendo isto em consideração, planeamos uma intervenção com o objetivo de promover estilos de vida mais saudáveis, contribuir para o bem-estar físico e psicológico bem como para a prevenção de outras doenças crónicas. Assim, estruturamos duas sessões de educação para a saúde, nas áreas mais fragilizadas: uma sessão sobre o tabaco e outra sobre alimentação e atividade física.

A sessão sobre o tabaco, «Deixe o tabaco e viva com mais saúde», iniciou-se com uma intervenção de *Role Playing*, para a qual os utentes aceitaram participar de forma voluntária e assumiram o papel de forma criativa, tendo proporcionado no seu final, a discussão dentro do grupo sobre o consumo de tabaco. Nesta técnica pede-se à pessoa que represente determinado

papel (LOUREIRO, 2013). Foi seguida da visualização de um filme sobre os seus malefícios e de seguida foram abordadas, com discussão em grupo, temáticas como: boas razões para deixar de fumar e os seus benefícios e os 15 passos para deixar de fumar. No final da sessão, os utentes fumadores realizaram o cálculo mensal e anual do consumo de tabaco e na sua maioria ficaram surpreendidos com o gasto avultado em tabaco que fazem. Um dos utentes mencionou que, face ao exposto, iria tentar reduzir o número de cigarros que consome por dia, e outro utente, abstinente há cerca de 2 meses, disse que ia tentar não voltar a fumar.

A sessão «Alimentação saudável e importância da atividade física» começou pela visualização de um filme alusivo à temática da sessão. De seguida foi solicitado ao grupo a apresentação, em pares, de temáticas abordadas, no decorrer do filme, sobre alimentação e atividade física. No final foi pedido ao grupo a identificação e a discussão de diferentes estratégias para ultrapassar cada um dos erros alimentares referidos, através de *brainstorming*, utilizando o método de resolução de problemas. A técnica de resolução de problemas envolve cinco etapas e o seu objetivo é encontrar uma solução para uma determinada situação que no momento é encarada como fonte de stress ou como problemática (LOUREIRO, 2013). Foi, também, procedida uma avaliação dos parâmetros do peso e altura, seguido do cálculo do índice de massa corporal. Após a análise dos resultados do índice de massa corporal constatou-se que apenas 1 utente tem o peso ideal, sendo que a sua grande maioria tem sobrepeso, 2 utentes obesidade de grau I e 1 de grau II. No final da atividade foi pedido a cada utente que identificasse uma meta a atingir no que respeita à alteração do seu padrão alimentar e prática de atividade física.

As duas sessões tiveram uma adesão de 100% face aos utentes integrados no Fórum no dia das mesmas. Os participantes mostraram-se atentos e participativos e no final referiram terem gostado muito de participar. Considera-se que foram atingidos os objetivos das duas sessões, e que as metodologias utilizadas mostraram-se adequadas e pertinentes.

Para a avaliação deste programa de promoção de estilos de vida saudáveis, aplicamos novamente o mesmo instrumento de diagnóstico *Estilo de Vida Fantástico* no final do estágio. Pela análise dos resultados obtidos dos questionários, constatamos que houve uma ligeira melhoria no score do questionário em 7 dos utentes, em que foi possível aplicar o questionário nos dois momentos. No que se refere às áreas alvo da nossa intervenção, constatou-se uma melhoria significativa no score da nutrição. Assim, consideramos que estas duas educações para a saúde, junto de outras intervenções nas rotinas do fórum no que se refere à alimentação, foram promotoras de estilos de vida saudáveis, que fomentam o bem-estar físico e psicológico e, assim, foi possível o alcance do objetivo preconizado (ANEXO II – PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS).

Ainda, face à necessidade dos utentes iniciarem alguma atividade física, no decorrer do estágio, foi efetuada articulação com a Câmara Municipal no sentido de os utentes iniciarem atividade de natação de forma gratuita e foi contactado o Hospital de Magalhães Lemos no sentido de realizarem atividade de *Pilates*. Os utentes neste momento já iniciaram as aulas de natação

contudo, relativamente à atividade de *Pilates*, o Fórum continua a aguardar aprovação por parte do Hospital de Magalhães Lemos.

De forma conclusiva, para o desenvolvimento e consolidação desta competência, realizamos no decorrer do estágio uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo de utentes e na comunidade, e desta forma foi executada uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do utente/grupo. Estas permitiram a coordenação e a implementação de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, num grupo de utentes idosos em Centro de Dia, bem como promover a saúde e o bem-estar físico e psicológico e a prevenção de complicações, em grupo de utentes com doença mental grave, em processo de reabilitação psicossocial.

2.3. COMPETÊNCIA: AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO

Com as intervenções do Enfermeiro Especialista em ESMP pretende-se uma *“adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...) tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 1). Face ao exposto, para a aquisição desta competência, definimos os seguintes objetivos de aprendizagem, no decorrer dos dois primeiros módulos de estágio:

- Diagnosticar necessidades de cuidados de enfermagem no utente/família/prestador de cuidados e implementar o planeamento de cuidados, na promoção e otimização da sua saúde mental;
- Participar na formação em serviço como formadora;
- Desenvolver competências para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados ao utente integrado em Hospital de Dia, do serviço de Psicogeriatria;
- Conhecer o papel do Enfermeiro Especialista em ESMP no serviço de Psicogeriatria;
- Intervir na pessoa com dependência de substâncias integrada no projeto Novas Metas, na otimização da sua saúde mental.

No âmbito da exequibilidade dos programas da UCC na área da Saúde Mental, durante este percurso formativo, realizamos consultas de enfermagem no âmbito dos vários projetos, com o objetivo de fazer face às necessidades dos utentes, suas famílias e prestadores de cuidados. A maior parte desta intervenção só é possível de realizar em visita domiciliária, tanto a utentes como aos seus prestadores de cuidados, o trabalho comunitário assim o exige. Isto é sem dúvida um constrangimento, pois para além das distâncias que são necessárias percorrer, o que limita em termos de tempo de prestação de cuidados, existe também um desconhecimento do que se vai encontrar. Contudo, a visita domiciliária permite uma visão holística da situação familiar, e assim um planeamento de cuidados mais ajustado às necessidades do utente e família, para a promoção de bem-estar e de uma melhor qualidade de vida. Face a esta imprevisibilidade, faz com que se tenha que adequar os métodos e a intervenção efetuada. Conseguimos ver aqui um aspeto positivo pois pode-se trabalhar a capacidade de resolução de problemas, recorrendo à assertividade, que está inerente à prestação de cuidados especializados.

Sendo assim, realizamos consultas de enfermagem, essencialmente no domicílio, a utentes idosos integrados no Programa *Viver com a Demência, Promoção da Saúde Mental no Adulto e Idoso, Cuidar o Cuidador, Intervenção na População com perturbação Mental*. No total foram realizadas 29 consultas domiciliárias, tendo sido seguidos em consulta 24 utentes, isto no âmbito da especificidade da Especialização de Saúde Mental. Para além destas consultas realizadas em contexto domiciliário, também tivemos oportunidade de realizar 2 consultas nas instalações da UCC a um utente com Défice Cognitivo Ligeiro.

No âmbito das consultas realizadas nos diversos projetos, foram também concretizadas intervenções, que apesar de não serem específicas desta área de especialidade, consideramos não menos importantes. Realizamos promoção de estilos de vida saudáveis e educações para a saúde conforme as necessidades diagnosticadas, essencialmente aos prestadores de cuidados com *Conhecimento não demonstrado* em diversas áreas como: a alimentação saudável; cuidados em doentes com patologia de Diabetes Mellitus ou Hipertensão; capacitação dos prestadores de cuidados para os autocuidados, entre outras áreas.

Na intervenção efetuada nas diferentes consultas/atividades realizadas foi efetuada avaliação diagnóstica tanto ao utente, família e prestador de cuidados. Considera-se que esta primeira etapa do Processo de Enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados, e esta competência foi sendo melhorada ao longo do estágio. Nas consultas de enfermagem realizadas ao Idoso, foram utilizados alguns instrumentos de avaliação diagnóstica como o *MMSE*, o *Teste do Relógio de Shulman*, *Escala de Barthel*², *Escala de Lawton*³ e *Escala de Depressão Geriátrica*⁴. Estas permitiram uma aferição diagnóstica, para um planeamento de cuidados mais efetivo, com

² Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colín, 1988).

³ Escala funcional de Lawton-Brody (1969), validada para a população portuguesa por Sequeira (2007).

⁴ Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15 (Yesavage et al., 1983; versão breve – Sheik et al, 1986), validada para a população portuguesa por Barreto et al (2008).

reconhecimento de áreas prioritárias de atuação e o mesmo foi implementado sempre que possível, para a promoção e otimização da saúde mental.

Os registos das intervenções efetuadas foram realizados de acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, no programa informático do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, uma vez que a maioria dos utentes acompanhados tinham o diagnóstico médico de demência, foram segundo taxonomia da CIPE, versão 2 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011): memória comprometida, orientação comprometida e capacidade para comunicar diminuída.

No programa **Viver com a Demência**, muitos dos utentes já se encontram numa fase avançada da doença. Segundo a *escala global de deterioração de Reisberg*⁵ a grande maioria já se encontra em estadios superiores ao 4. Este é sem dúvida um constrangimento que é sentido e de certa forma com algum sentimento também de frustração na prestação de cuidados a estes utentes, uma vez que já pouco se pode fazer em termos de reabilitação cognitiva e na preservação das funções. O facto de serem referenciados tardiamente para o Programa Viver com a Demência faz com que a intervenção seja dirigida, nestes casos, maioritariamente aos prestadores de cuidados, através de intervenções psicoeducativas (descritas no ponto 2.4).

Foram muitas as situações que acompanhamos na qual tivemos a oportunidade de intervir. Como forma de divulgar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências realizamos um estudo de caso, no qual foi retratada a intervenção efetuada a nível domiciliário a uma utente com patologia demencial, bem como as intervenções realizadas no âmbito familiar, com ganhos em saúde demonstrados (ANEXO III – ESTUDO DE CASO: MÓDULO I). Este trabalho permitiu uma prestação de cuidados reflexiva sobre a prática da ESMP, no contexto dos cuidados de saúde primários e proporcionou muitos momentos de consideração, relativamente à problemática da demência de Alzheimer e as suas implicações no seio duma família. Durante o acompanhamento desta utente em particular, foi possível desenvolver intervenções junto da sua família que contribuíram para ganhos na sua capacitação para lidar com as alterações neurocognitivas e psiquiátricas, e desta forma prevenir a sobrecarga do prestador de cuidados.

Após terem sido conhecidas as necessidades de formação da UCC de Matosinhos e o Plano de Formação em Serviço, através de conversa informal com a enfermeira tutora, foi planeada a apresentação do estudo de caso realizado à equipa de enfermagem. A formação é um pilar fundamental no desempenho da profissão com vista à qualidade dos cuidados prestados, pelo desenvolvimento pessoal e profissional. *“Na área da Enfermagem a qualidade dos cuidados depende de bons níveis de conhecimentos e de desempenho, demonstrados pelas competências dos profissionais (...). A formação em serviço deverá ser o reflexo de uma prática profissional refletida porque tratando-se de uma educação de adultos a aprendizagem está diretamente relacionada com a experiência”* (SANTOS, 2008, p. 5). Sendo assim, esta formação teve como

⁵ Escala global de deterioração (Reisberg e col., 1982; Garret e col., 2003)

principal objetivo a reflexão acerca da prática de ESMP. Pretendemos também contribuir para a formação contínua dos enfermeiros em contexto de trabalho, pois esta permite uma constante aquisição de conhecimentos fundamentais para superar determinadas necessidades que se fazem sentir na prática, contribuindo, assim um melhor desempenho dos profissionais, e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros do serviço mostraram interesse e participaram no decorrer da mesma para o esclarecimento de dúvidas, dada a especificidade de termos utilizados da área da saúde mental. A discussão do estudo de caso permitiu a reflexão conjunta sobre a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria e contribuiu para algumas aprendizagens da equipa e aquisição de competências. A avaliação da sessão foi realizada pelo indicador de adesão previsto, bem como pelo instrumento de avaliação de formação em Serviço da UCC de Matosinhos, tendo sido no geral bastante positiva (ANEXO IV –ATIVIDADE DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: MÓDULO I). Esta formação contribuiu para o desenvolvimento de competências na formação de pares, e uma oportunidade de comunicar os resultados da prática clínica nesta área.

No que diz respeito ao Módulo II, foi privilegiada a intervenção em Hospital de Dia, face às oportunidades de intervenção psicoterapêutica. Ao utente internado em regime de internamento parcial em Hospital de Dia, foram prestados cuidados segundo o Processo de Enfermagem. O primeiro passo deste processo é a avaliação diagnóstica, competência esta desenvolvida no módulo anterior e consolidada no decorrer do estágio. Aquando da admissão do utente neste serviço é realizada a avaliação inicial que inclui a colheita de dados sobre antecedentes pessoais e familiares, história atual da doença, tipo de alimentação, sono e repouso, comportamento, comunicação e estilos de vida, entre outros. Para além da entrevista realizada ao utente idoso, é também efetuada uma entrevista ao prestador de cuidados, normalmente filho, ou familiar próximo. Dadas as importantes alterações cognitivas nestes utentes, torna-se importante validar junto dos familiares informações importantes que o utente possa não estar capaz de transmitir.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nestes doentes, com processo demencial, em diferentes fases da progressão da doença, foram identificados os seguintes, segundo a CIPE versão 2 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011): Memória comprometida; Orientação comprometida; Atenção diminuída; Capacidade para comunicar diminuída; Pensamento alterado; Perceção alterada; Comportamento desorganizado; Interação social diminuída; Agitação; Apatia; Autocuidado dependente [uso do sanitário, alimentar-se, beber, deambular]; Risco de queda.

Após a avaliação diagnóstica e conseqüente formulação dos diagnósticos, um conjunto de intervenções foram implementadas. Estas intervenções tiveram como meta o cumprimento de um conjunto de objetivos que face a uma intervenção com cuidados de enfermagem especializados ou simplesmente cuidados gerais, seriam tradutores de ganhos muito significativos para os utentes que se teve a oportunidade de cuidar. Contudo a prestação de cuidados a estes doentes reveste-se de enorme complexidade. Por vezes é na prestação de cuidados gerais a estes utentes

que se pode dar ênfase à comunicação estabelecida de forma a potenciar em todos os cuidados prestados algum efeito terapêutico. A entrevista com os utentes, ainda com capacidade para comunicar, é um meio importante para realizar o exame do estado mental e para aferição de sinais e sintomas, bem como o diagnóstico de complicações, como por exemplo efeitos secundários dos fármacos. Fomos ao longo deste estágio, melhorando esta capacidade, pois estas intervenções muito dependem da experiência profissional dos enfermeiros, mais concretamente da sua habilidade na comunicação. É sem dúvida o instrumento que melhor pode ajudar o enfermeiro na sua intervenção na saúde mental – sendo uma ferramenta elementar de trabalho. Foi uma dificuldade acrescida, quando estes doentes se encontravam descompensados, agitados, delirantes, verborreicos, nas quais tivemos que aprimorar conhecimentos e desenvolver habilidades.

Assim, a **Gestão da Comunicação** tornou-se fundamental. A utilização de algumas técnicas é verdadeiramente essencial para favorecer a comunicação com estes utentes. É importante que ao comunicar com uma pessoa com demência, dependendo do estadio em que se encontra, *adequar a comunicação* para facilitar a compreensão, mas também estar atento a expressões mais significativas, ignorar a forma incorreta da linguagem, bem como deduzir o seu significado mostrando-se significativo nestes utentes, quanto mais não seja para não prejudicar a sua autoestima. (GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2002).

No âmbito da comunicação a **Terapia de Validação** teve um importante papel na intervenção por nós realizada. Esta é uma técnica na qual se pretende, em parceria com o utente, a resolução de problemas específicos, na qual o enfoque terapêutico centra-se na escuta ativa, na empatia e aceitação do utente e sua doença (SEQUEIRA, 2010).

A **Terapia de Orientação para a Realidade** foi uma das técnicas utilizadas de forma informal e que visou orientar o utente no tempo e no espaço, lembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do mês, o ano, e o local onde está. A terapia de orientação da realidade tem como princípio apresentar dados de realidade ao paciente de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação e levando em conta que a realidade não consiste apenas em orientação temporal (BOTTINO, 2002). Esta técnica foi realizada diariamente no início do turno junto a um quadro com calendário, presente na sala de convívio.

A **Gestão de Comportamento** é outra intervenção que se teve oportunidade de realizar ao longo deste estágio, e para a qual se teve oportunidade de desenvolver competências, nomeadamente no utente com comportamento desorganizado, com agitação psicomotora ou com hiperdeambulação. O simples assistir no autocuidado uso do sanitário, na alimentação ou no deambular, são simples intervenções mas que proporcionam a observação do comportamento, bem a orientação do mesmo e a fomentação da sua autonomia.

O prestador de cuidados é também um *segundo paciente* e também recetor dos cuidados prestados. No início e no fim do turno, aquando da admissão e da saída, estes são momentos

importantes de avaliação do padrão de sono do utente, do comportamento ou de possíveis alterações, mas também de avaliação do prestador de cuidados. O *Stress do prestador de cuidados* foi diagnosticado em alguns destes prestadores de cuidados, que estão sujeitos a sobrecarga na prestação de cuidados. A intervenção psicoeducativa, mesmo que de forma informal, e o apoio ao prestador de cuidados são intervenções essenciais nestes cuidadores no sentido da prevenção da saturação, no papel de prestador de cuidados (intervenções psicoeducativas descritas no ponto 2.4).

A realização da passagem de turno diária, entre profissionais de enfermagem constituíram-se momentos muito importantes na reflexão dos cuidados prestados, bem como discussão dos cuidados prestados em todo o seu processo. A intervenção no contexto de saúde mental não se revela fácil e a avaliação dos cuidados é outro aspeto que dificulta o processo de enfermagem. Por vezes o não agravamento da cognição já pode ser considerado um ganho em saúde nestes utentes, e que podem ser muito significativos para os mesmos. Para dar resposta a este objetivo de estágio foi também realizado um Estudo de Caso (ANEXO V – ESTUDO DE CASO: MÓDULO II), como planeado no projeto, que englobou a intervenção de enfermagem sistematizada efetuada a um utente, nas diferentes fases do processo de enfermagem; o mesmo proporcionou momentos de reflexão acerca dos cuidados de enfermagem especializados prestados. A implementação do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas demonstrou-se crucial para um resultado positivo face ao objetivo delineado, com ganhos demonstrados, com resolução do diagnóstico de *alucinação* e melhoria na *memória* (de evocação).

Ainda no módulo II, face às diversas valências que o serviço de Psicogeriatria disponibiliza para cuidados ao utente/família/grupo e na comunidade, para além da intervenção que realizamos em Hospital de Dia, foi proporcionada pela equipa multidisciplinar a observação e colaboração nas outras atividades que estão ao dispor do utente, família/prestador de cuidados, grupo e comunidade. Assim, foi-nos possível participar em todas as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em ESMP da equipa de ambulatório deste serviço.

Os enfermeiros especialistas realizam as consultas de primeira avaliação, em conjunto com a equipa multidisciplinar, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. Tivemos a oportunidade em participar na consulta de primeira avaliação a um utente com Demência Vascular, que foi referenciada pela médica de Neurologia, para avaliação e seguimento pela equipa de Psicogeriatria. É uma consulta em que estão presentes todos os profissionais, e como não poderia deixar de ser é envolvida a família. O principal objetivo desta consulta é uma primeira avaliação do utente e a mesma engloba a colheita da história e exame físico, avaliação do estado mental, uma avaliação da componente económica e sociofamiliar e avaliação neuropsicológica. Após a avaliação em equipa multidisciplinar é efetuado um plano de cuidados multidimensional.

Para uma avaliação mais global aplicamos a escala *Easy Care* em entrevista, aos prestadores de cuidados, para avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária. Durante esta consulta foi notória a disponibilidade de toda a equipa à utente e seus familiares, e é de louvar a

arte em comunicar que desde logo permite o estabelecimento da relação terapêutica. O enfermeiro, face às suas competências, nesta consulta tem um papel fundamental uma vez que executa o diagnóstico de saúde mental da pessoa e família que permite uma descrição clara da história de saúde e o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do utente e sua família, com relativa importância na sua autonomia e funcionalidade.

Por conseguinte, foi-nos facilitada a participação e colaboração no Grupo de Ajuda Mútua. Este grupo como medida de suporte aos cuidadores de utente com demência surgiu no início de vida do serviço de Psicogeriatria. É um grupo aberto, que funciona sem marcação, todas as terças-feiras das 14h30 às 15h30 e estão sempre presentes dois técnicos, de uma equipa de três elementos: psicóloga, Enfermeiro Especialista em ESMP e assistente social. Segundo o regulamento homologado no manual de normativos da qualidade do Hospital de Magalhães Lemos (HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, s/d) um Grupo de Ajuda Mútua é um encontro voluntário de pessoas que partilham experiências ou problemas comuns. Os cuidadores informais expressam sentimentos de ansiedade, insegurança, isolamento, incapacidade em lidar com alterações do comportamento e do humor e, fundamentalmente o enfrentar de novas situações por eles nunca vivenciadas. Este grupo tem como principais objetivos: diminuir a ansiedade e o stress dos cuidadores; promover o bem-estar físico e mental o cuidador; permitir a expressão de sentimentos dentro do contexto de apoio do grupo e adquirir competências para lidar com o doente idoso. No dia em que tivemos a oportunidade de participar, foi segundo as profissionais que orientaram o grupo, um dia atípico, apenas com dois cuidadores, contudo mesmo assim pudemos constatar o valor que este grupo tem para estes cuidadores. Para estes, o Grupo é muitas vezes o único momento da semana de “*escape*” da vida real de prestadores de cuidados a tempo inteiro. É sem dúvida um grupo com um longo e excelente percurso, e com certeza com necessidade de continuidade, face à problemática do aumento das pessoas com demência.

A equipa de ambulatório tem igualmente como funções atribuídas as visitas domiciliárias aos utentes e seus cuidadores. Este é um projeto que promove o bem-estar e a saúde mental dos utentes recetores de cuidados, na sua comunidade ou instituição onde residem a tempo parcial ou completo e uma medida de suporte a estes cuidadores. Participamos em dois turnos de trabalho, de visitas domiciliárias. Estas visitas, abrangem quer situações de primeira avaliação, quando há dificuldade de mobilidade do doente, quer de seguimento, sendo desejável que a todos os doentes seja efetuada, pelo menos, uma visita para identificação do enquadramento residencial e observação do utente no seu ambiente familiar. Nela podem participar todos os técnicos, consoante as necessidades, também com particular relevo para a equipa de enfermagem, sobre quem recai a responsabilidade de garantir o acompanhamento regular das situações, de acordo com o plano previamente definido e sucessivamente ajustado.

A visita domiciliária permite uma visão holística da situação familiar, e assim um planeamento de cuidados mais ajustados às necessidades do utente e família. É no contexto domiciliário que se percebe por exemplo porque os utentes têm tantas quedas, e se pode por exemplo intervir nesta

matéria, pela gestão do ambiente físico, em colaboração com o prestador de cuidados. Também é no contexto domiciliário, que se percebe as fragilidades de quem cuida e de quem é cuidado. Muitas vezes ao encargo deste cuidador temos mais um pai dependente e mais dois descendentes a seu cargo. Estes cuidados, face às respostas que oferecem, são sem dúvida, cuidados de enfermagem especializados de excelência. Apesar deste trabalho junto da comunidade ser ainda pouco significativo, estão a ser grandes passos por este serviço no sentido de levar avante esta filosofia, pela implementação de parcerias junto dos cuidados de saúde primários.

No Hospital de Dia, face às respostas humanas dos utentes à situação de desenvolvimento do processo demencial são implementados Programas de Psicomotricidade. A Terapia de Psicomotricidade realizada no serviço de Psicogeriatria tem como objetivo final a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida do idoso e sua família, e é realizada duas vezes na semana (às terças e quartas-feiras). A intervenção psicomotora reflete o seu trabalho no princípio de que corpo e mente não podem ser elementos dissociados, tratando cada pessoa na sua particularidade e unicidade através de uma leitura compreensiva do seu corpo, não focando um ou outro elemento específico mas o corpo como um todo (FAMILUME, 2004). É fundamental a aplicação de programas de reabilitação psicomotora dirigidos aos gerentes – Gerontopsicomotricidade, os quais deverão integrar atividades que envolvam métodos de relaxamento, estimulação sensorial, estimulação vestibular, dinâmicas de equilíbrio, atenção e concentração, memorização, simbolização, organização espaço-temporal e rítmica, verbalização, planificação prática, entre outros (GOMES, 2013). As sessões têm normalmente a duração de 50 a 70 minutos e têm como dinamizadores um Enfermeiro Especialista em ESMP da equipa do Hospital de Dia e uma Terapeuta Ocupacional. Este programa é dirigido aos utentes internados no serviço (parcial ou completo), com estadios leve a moderado do quadro demencial, e também é destinado a utentes que são seguidos em consulta. Tive a oportunidade de observar e colaborar numa destas sessões de psicomotricidade, tendo sido inspirador para a o planeamento de uma atividade psicoterapêutica de grupo, que foi *a posteriori* concretizada.

Estas intervenções que nos foram proporcionadas no decorrer do desenvolvimento do estágio, Módulo II, através do relacionamento eficaz com a equipa multidisciplinar, com os quais tivemos oportunidade de partilhar saberes e pela compreensão das intervenções realizadas e da sua importância para o utente, e família, ocasionaram momentos muito ricos em aprendizagem. Desta forma, consideramos que este objetivo foi alcançado na sua plenitude.

Durante o primeiro módulo intervimos no **Programa Novas Metas**, projeto de Redução de Riscos e Minimização de Danos, na área da Toxicodependência. Neste programa - Novas Metas - no mês de Junho de 2014, foram acompanhados: 30 utentes em Programa e Substituição Opiácea de Baixo Limiar com Cloridrato de Metadona; 6 utentes em colaboração com o Centro de Respostas Integradas. Destes utentes alguns ainda mantêm situação de sem abrigo, ou vivem sozinhos sem

apoio, a maioria são beneficiários do Rendimento Social de Inserção. Uma significativa percentagem são seguidos em consulta de infeciologia pela infeção por VIH ou Hepatite C.

Este projeto abrange pessoas com dependência de substâncias psicoativas e tem uma intervenção no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doença. Estes utentes têm necessidades muito básicas em domínios como cuidados de higiene e alimentares. Sendo assim, os objetivos deste programa são diminuir comportamentos de risco na população toxicodependente; melhorar as condições de saúde e socioeconómicas e conhecer o perfil e os padrões de consumo dos usuários de substâncias psicoativas.

A intervenção neste programa foi desenvolvida essencialmente através de intervenções interdependentes, pela administração do cloridrato de metadona prescrita aos utentes do programa, bem como registo e vigilância dos efeitos colaterais. Para além da metadona também era realizada preparação e supervisão da toma de terapêutica antirretroviral, antipsicótica e analgésica prescrita, a planificação das análises, rastreios e vacinação e procedimentos de gestão do programa, no âmbito da atualização da listagem dos utentes. Esta atividade é realizada numa unidade móvel, num parque da cidade, todos os dias das 10 ao 12h e ao fim de semana das 10 às 11h. Este conjunto de intervenções realizadas permitiu o desenvolvimento e consolidação de relação terapêutica com esta comunidade, no respeito pela sua individualidade, crença e cultura. Na comunicação estabelecida com os utentes foi, sempre que possível, promovida a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente pela diminuição do consumo de álcool, necessidade de ingestão hídrica abundante e alimentação saudável.

A área da toxicodependência era até ao estágio, para nós, ambígua. Contudo, sentíamos a curiosidade por conhecer qual a intervenção de enfermagem nesta população com necessidades e características próprias. É necessário deixar de lado o estigma associado aos consumos de substâncias ilícitas, e interiorizar que este tipo de projetos não têm como objetivo principal a abstinência, tal como em outro tipo de dependências, pois pudemos constatar que alguns destes utentes continua a consumir. Este projeto visa a humanização dos cuidados e prioriza a relação enfermeiro-utente. Consideramos que é através do estabelecimento da relação de ajuda que outras intervenções, para além da administração da metadona, podem ter um importante papel, para a melhoria da qualidade de vida, quanto mais não seja por minorar os danos no utente provocados pelo consumo, bem como na comunidade em que estão inseridos. Para além da vertente técnica e relacional, o enfermeiro intervém também numa dimensão ética de respeito pela dignidade do toxicodependente, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida destas pessoas e promovendo a sua autonomia. Assim, a intervenção neste Programa Novas Metas, pela parceria estabelecida com a equipa, nomeadamente com a Psicóloga e Assistente Social, promoveu o desenvolvimento de novas competências nestes utentes. A intervenção não fazia sentido de outra forma que não fosse esta, multidisciplinar e abrangente em todos os aspetos: sociais, económicos, psicoterapêuticos e de promoção da saúde. A intervenção neste projeto permitiu a aquisição de conhecimentos dentro da área específica desta especialidade, na dimensão das dependências e

dos comportamentos aditivos. Foi possível desenvolver a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, nomeadamente quando o tempo de espera para a toma de metadona se verificou e o *auto-controlo ansiedade* se manifestou nos utentes, em algumas situações.

De forma conclusiva, no decorrer do estágio, realizamos várias atividades que proporcionaram o desenvolvimento e consolidação desta competência, para o qual contribuiu a aplicação do processo de enfermagem. Assim, tivemos a oportunidade de diagnosticar necessidades de cuidados de enfermagem ao utente, família/prestador de cuidados e comunidade, planeamos intervenções e identificamos resultados esperados de forma a determinar ganhos em saúde. Implementamos o plano de cuidados e conseqüentemente procedemos à sua avaliação.

Face ao exposto, considera-se que esta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem saúde mental foi adquirida.

2.4. COMPETÊNCIA: PRESTA CUIDADOS DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO, SOCIOTERAPÊUTICO, PSICOSSOCIAL E PSICOEDUCACIONAL, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE.

No processo de cuidar do utente/família/ grupo e comunidade, o enfermeiro especialista na sua prática clínica desenvolve um exercício profissional que lhe permite mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a). Uma vez que é esta a prática que nos distingue do restante exercício profissional especializado, realizamos ao longo dos três módulos um investimento no desenvolvimento de atividades que proporcionassem o alcance do seguinte objetivo, e por conseguinte o desenvolvimento desta competência:

- Desenvolver competências específicas no âmbito do trabalho de ESMP, aprofundando técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Optamos neste última competência por subdividir a análise crítico-reflexiva, pelas três unidades de competência constantes do regulamento, de forma a permitir ao leitor uma melhor compreensão das atividades desenvolvidas.

2.4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental

No módulo I, na intervenção realizada no âmbito dos programas **Viver com a Demência e Cuidar o cuidador**, a intervenção psicoeducativa mostrou-se fulcral nas necessidades detetadas no utente/família/prestador de cuidados, que se encontravam em mãos com um processo demencial. Numa fase mais avançada da doença a intervenção é essencialmente dirigida aos familiares, nomeadamente no apoio e acompanhamento, para que adquiram competências para o cuidar. Após as visitas domiciliárias realizadas, constatamos que os familiares veem na enfermeira de saúde mental um apoio para o desempenho do papel, e aproveitam estes momentos para exprimir as suas emoções e para expor as suas dúvidas. Desta forma, tivemos uma oportunidade para intervir nestas famílias, que se confrontam com a fragilidade ligada ao envelhecimento que é potenciada pelos sintomas neuropsicológicos e comportamentais da demência. Não é possível substituir o cuidador que muitas vezes está sobrecarregado e cansado. Contudo foi possível dar-lhes ferramentas para cuidar do utente, e promover estratégias de *coping* familiar para o desempenho do papel de prestador de cuidados e motivá-los para continuar a cuidar. *“Perante um quadro demencial, diagnosticado ou não, a falta de informação pode ser motivo de recurso a um serviço de saúde, como necessidade expressa da família ou de forma indireta. Muitos familiares sabem que a demência causa limitações cognitivas, mas não compreendem os défices executivos, o significado de uma apraxia ou a sintomatologia delirante. (...) Estas situações produzem, com frequência, sofrimento e respostas desadequadas nos familiares, desencadeando interações destrutivas com a pessoa doente.”* (PEREIRA E SAMPAIO, 2011, p. 5,6)

Sendo assim, a psicoeducação é uma mais-valia para os cuidadores do utente com demência. A evidência sugere que promove o alívio da sobrecarga mas também contribui para o bem-estar dos cuidadores. *“A psicoeducação familiar visa, em específico, desenvolver conhecimentos e competências para lidar com o quadro demencial, diminuindo os níveis de “stress” na família, podendo eventualmente incidir na saúde mental positiva dos cuidadores”* (PEREIRA & SAMPAIO, 2011, p. 3). Assim, face ao diagnóstico de necessidade de capacitação dos prestadores de cuidados de conhecimentos e habilidades para lidar com a demência, foi também elaborada uma pequena brochura com alguma informação sobre esta patologia e comportamentos e atitudes a adotar pelo prestador de cuidados (ANEXO VI – BROCHURA CONVIVER COM A DEMÊNCIA: MÓDULO I). Este documento, apesar da sua pertinência para o prestador de cuidados e de complemento à intervenção realizada a nível domiciliário, vai-se constituir também como material de apoio na prestação de cuidados por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na UCC. Não pôde ter sido fornecido aos prestadores de cuidados uma vez que aguarda aprovação pela Direção Técnica da UCC, procedimento este obrigatório, na ULS de Matosinhos, para homologação dos panfletos informativos.

No estágio realizado no Módulo II, a realidade foi também semelhante. A intervenção psicoeducativa, embora que informal que realizamos no início e no final do turno, aos familiares dos utentes com processo demencial, que frequentavam o Hospital de Dia, mostrou-se um instrumento importante para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva relacionados com esta perturbação mental. Outros momentos como a consulta de primeira avaliação e as visitas domiciliárias realizadas com a equipa de ambulatório, também proporcionaram o desenvolvimento e consolidação desta competência e proporcionou o *Conhecimento do prestador de cuidados*.

Por fim, no Módulo III, a concretização de intervenções psicoeducacionais foi também um dos objetivos de estágio. Com a reforma dos cuidados de saúde mental, com consequente ênfase em serviços comunitários, o cuidador familiar passou a tornar-se um importante aliado no tratamento e na reabilitação do utente com doença mental grave (ALMEIDA, 2010). A família passou a ter um papel preponderante nos cuidados prestados e as suas necessidades passaram a ser consideradas no plano de cuidados que é estabelecido para o utente. É o cuidador familiar que passa mais tempo com a pessoa com doença mental grave, logo que pode monitorizar as manifestações de doença, estar atento a recaídas, e à eficácia e manutenção da terapêutica prescrita. Contudo, lidar no dia-a-dia com estes utentes com doença mental grave, nomeadamente Esquizofrenia, é muito exigente. A doença afeta também diretamente e de forma intensa a família. Para além disso, a doença é causadora de uma mudança dramática na vida de toda a família, com alteração da sua rotina, com possíveis relações conflituosas entre os membros da família, redução do apoio relacionado com os efeitos do estigma, medo e preconceito, no meio de sentimentos diversos e emoções negativas (BRITO, 2011).

Uma temática muito documentada em estudos realizados são os efeitos negativos das doenças psiquiátricas no seio da família, designadamente a esquizofrenia, e a sobrecarga familiar. A sobrecarga familiar é o impacto causado no meio familiar pela convivência com o paciente, envolvendo aspetos económicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores/familiares são submetidos (ALMEIDA, 2010).

Os conhecimentos recentes acerca dos mecanismos etiológicos da doença mostram que, para além do tratamento farmacológico, o ambiente em que a pessoa com esquizofrenia vive, e o tipo de estimulação que recebe, são determinantes na forma como a doença evolui e no nível de recuperação social que é alcançado. E este terá sido um dos motivos por que, nas últimas décadas se passou a reconhecer a importância do envolvimento ativo da pessoa doente e dos seus familiares no processo de tratamento, através da implementação das intervenções psicoeducativas familiares, que se têm mostrado muito eficazes na prevenção das recaídas e dos reinternamentos, ao mesmo tempo contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas com esquizofrenia, e para preservar a saúde física e mental dos seus familiares e a qualidade de vida de toda a família (BRITO, 2011)

Neste contexto, para além da intervenção com o utente no seu processo de *recovery*, consideramos essencial envolver a família. Assim, realizamos uma reunião de apoio psicoeducativa, dirigida aos familiares dos utentes do fórum, de forma a dar continuidade a reuniões realizadas anteriormente. Para a divulgação da sessão foi realizado um convite, que foi entregue pelos próprios utentes.

À sessão compareceram 14 familiares do mesmo número de utentes (entre pai, mãe e irmãos). Na mesma foi abordada a temática da doença mental, a importância do tratamento, os sinais de alerta de crise ou recaída, e realizada uma abordagem das alterações cognitivas que surgem no utente com doença mental e como devem lidar com as mesmas. Foi possível, para além dos objetivos principais da sessão, permitir a discussão entre o grupo, a partilha de experiências, e a consciencialização de que não estão sozinhos e de que há outros familiares que têm os mesmos problemas do dia-a-dia. Durante a sessão, puderam exprimir emoções e sentimentos, junto de outras pessoas que têm as mesmas dificuldades e constrangimentos. No final da mesma, foi entregue um panfleto informativo com uma síntese da sessão, para que os participantes pudessem levar para os seus cônjuges ou outros familiares. A avaliação da sessão foi muito positiva, tanto pela excelente adesão que superou as nossas expectativas, como pelo feedback dado pelos familiares no final da mesma. A pedido dos familiares ficou agendado um almoço convívio com todos os utentes e suas famílias para a época Pascal (ANEXO VII: ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III).

Ainda no módulo III, constatamos que alguns dos utentes não sabem o seu diagnóstico. Sendo assim, realizamos uma avaliação diagnóstica aos utentes no âmbito da adesão ao regime medicamentoso, pela aplicação da *Escala de adesão à terapêutica*⁶. Após a avaliação dos resultados obtidos podemos constatar que os utentes têm na sua generalidade uma razoável adesão ao regime medicamentoso. A adesão à terapêutica, promove tanto a diminuição dos sintomas exacerbados para o utente, como a diminuição dos níveis de stress para a família (SMITH, 1999). Os fármacos têm um papel preventivo das recaídas, e desta forma é importante desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão ao regime medicamentoso recomendado. Vários estudos foram realizados acerca da importância da psicoeducação na adesão à medicação. Numa revisão sistemática de 2011 da *Cochrane*, que pretendeu avaliar a eficácia da psicoeducação dirigida aos utentes com Esquizofrenia, chegou-se à conclusão que esta pode ter um impacto positivo na redução da recaída, na readmissão hospitalar e na adesão à medicação (XIA *et al*, 2011).

Para dar resposta a esta necessidade, foi planeada e realizada uma sessão de apoio psicoeducativa sobre a adesão ao regime terapêutico. Esta teve como objetivos reconhecer a

⁶ Versão portuguesa da Escala de adesão à terapêutica, validada e adaptada por Vaneli *et al* (2011) da versão original de Medication Adherence Rating Scale

importância da medicação e da adesão à medicação; prevenir as recaídas e promover o insight para a doença mental, acentuando a importância da adesão ao regime medicamentoso na doença crónica. A avaliação da sessão foi positiva, face à adesão e participação na sessão, como pela avaliação realizada pelos participantes. De forma objetiva foi demonstrada aquisição de conhecimentos pela aplicação de questionário das temáticas abordadas no final da sessão (ANEXO VII: ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III).

2.4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação

No módulo I, na atividade realizada em Centro de Dia, descrita no ponto 2.1., após a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, nomeadamente cognitivas, foi selecionado um grupo de 10 utentes para participarem na atividade. Esta escolha foi realizada para que o mesmo fosse o mais homogêneo possível, relativamente às suas capacidades cognitivas. Após a seleção do grupo, foi efetuada a planificação de uma sessão de grupo de estimulação cognitiva. Esta teve como objetivo geral: estimular as capacidades cognitivas dos utentes com declínio cognitivo ligeiro/moderado e como objetivos específicos: estimular a orientação, memória, atenção, concentração e promover a interação social dos participantes. Nesta mesma sessão, optou-se por incluir a musicoterapia, exercícios de estimulação e a terapia de reminiscência (ANEXO I: ATIVIDADE REALIZADA EM CENTRO DE DIA: MÓDULO I). Na revisão integrativa de literatura que tivemos oportunidade de realizar, no âmbito da eficácia da terapia de reminiscência, foram demonstrados benefícios na pessoa com demência tais como na cognição, qualidade de vida, humor, capacidades para as atividades de vida diária, mas também integridade do ego, bem-estar e autoestima.

Esta atividade teve um conjunto de objetivos que consideramos que, face a uma intervenção de grupo, poderia ter ganhos em saúde nas respostas humanas ao processo de transição - envelhecimento, nesta população que tivemos a oportunidade de intervir. Contudo, o desenvolvimento de um programa de estimulação cognitiva deve ser um programa com continuidade com várias sessões, de forma a consolidar a intervenção realizada, sendo que com uma atividade de forma isolada não é possível obter ganhos em saúde. Assim, foi planeada a continuidade da atividade iniciada, para um momento posterior aquando do estágio de colega da Especialidade de ESMP.

Consideramos muito relevante que a Diretora Técnica após esta articulação ficou sensibilizada para a necessidade de implementar na instituição atividades com este propósito, para promoção do bem-estar e da qualidade de vida destes utentes, e assim foi possível iniciar um projeto de intervenção em parceria com uma instituição da comunidade. Consideramos que, só desta forma, poderá uma unidade como a UCC obter ganhos em saúde em maior escala na comunidade.

Sentimos verdadeiramente um crescimento pessoal, enquanto promotores de saúde junto desta instituição.

Num serviço com as características do Hospital de Dia, e face aos diagnósticos de enfermagem, a intervenção psicoterapêutica passou muito também pela intervenção de estimulação cognitiva, tal como no módulo I, aos utentes com demência em estadio ligeiro/moderado, acompanhados no programa *Viver com a Demência*. No âmbito dos cuidados prestados neste programa, aproveitamos todas as oportunidades, em contexto domiciliário, para realizar exercícios de estimulação, essencialmente na área da orientação, memória e atenção.

A estimulação cognitiva é uma intervenção para as pessoas com demência, que oferece uma gama de atividades agradáveis que proporcionam estimulação geral do pensamento, concentração e memória, geralmente num ambiente social, como um pequeno grupo (WOODS *et al*, 2012). Num estudo de revisão sistemática de 2012, “*houve evidência consistente de vários ensaios que os programas de estimulação cognitiva beneficiam a cognição em pessoas com demência leve a moderada ao longo e acima de quaisquer efeitos da medicação*” (WOODS *et al*, 2012, p. 1). Assim, foram planeadas intervenções psicoterapêuticas de grupo e individuais, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.

Ao longo do estágio, no Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria, foram realizadas duas atividades de grupo de forma sistematizada (ANEXO VIII – ATIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO REALIZADAS: MÓDULO II). A primeira atividade de grupo realizada teve como alvo os utentes internados em regime de internamento parcial em Hospital de Dia com Demência em estadio ligeiro/moderado. Esta foi baseada nas atividades realizadas no âmbito da Psicomotricidade, de forma a dar continuidade ao mesmo programa. Esta teve como objetivo geral estimular as capacidades cognitivas e motoras dos utentes do Hospital de dia e como objetivos específicos: promover a interação entre os participantes; promover a orientação espaço-temporal; estimular a memória recente e retrógrada; estimular a linguagem verbal; estimular a atenção e concentração; estimular a coordenação motora; estimular o reconhecimento do próprio corpo; potenciar a praxia fina e promover o relaxamento. Nesta atividade utilizamos técnicas como a terapia de orientação para a realidade, a técnica de reminiscência, exercícios de mobilidade articular e de fortalecimento muscular, a estimulação cognitiva e a técnica de relaxamento de Jacobson adaptada.

Os utentes internados em regime de Hospital de Dia, todos com processo demencial, encontram-se em diferentes estádios do quadro patológico, desde o estadio leve ao grave. Os que se encontram com défices cognitivos leves ou moderados participam, normalmente, nas atividades de Terapia Ocupacional do serviço. Os que se encontram em estadio mais avançado, não são intervenientes deste tipo de intervenção. De forma a alcançar a heterogeneidade em termos de estadio do grupo, planeamos uma intervenção com uma vertente sensorial: “*..a estimulação multisensorial tornou-se uma abordagem cada vez mais popular de cuidar e é utilizado em vários centros em toda a Europa*” (BAKER, 2003, p. 465). Vários estudos publicados sugerem que a terapia multisensorial pode ter um efeito benéfico nos doentes com demência nomeadamente nos

problemas comportamentais, pode levar ao aumento da felicidade, prazer e relaxamento, a uma melhor atenção ao meio ambiente, à melhoria da comunicação, à diminuição das alterações de comportamento e melhoria da autoestima (BAILLON, DIEPEN & PRETTYMAN, 2002). A atividade “*A música e a dança para estimular o corpo e a mente*” teve como população alvo todos os utentes integrados no Hospital de Dia no dia da atividade. A mesma pretendeu ter um fim terapêutico, mas também um caráter recreativo e ocupacional. Teve como objetivo geral estimular as funções cognitivas e motoras dos utentes do Hospital de dia, e como objetivos específicos: promover a interação entre os participantes; promover a orientação espaço-temporal; potenciar a motricidade fina e a praxia fina; estimular a memória recente e retrógrada; estimular a linguagem verbal; estimular a atenção e concentração; estimular a coordenação motora; estimular o reconhecimento do próprio corpo e promover o relaxamento. A mesma recorreu à terapia de orientação para a realidade, à musicoterapia e à técnica de relaxamento. Estas duas atividades tiveram uma excelente adesão e participação por parte dos utentes, das quais se faz uma avaliação muito positiva, tanto pela interação como pela expressão de sentimentos que foram proporcionados. No final das mesmas os utentes mostraram-se muito satisfeitos.

Para além da intervenção grupal, privilegamos ao longo deste módulo a intervenção psicoterapêutica individual. Foi selecionado um utente, o mesmo para o qual se realizou um estudo de caso, e foi planeada e executado um programa individual de intervenção na cognição (ANEXO IX – TRABALHO *INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO: MÓDULO II*). Na avaliação diagnóstica utilizada, foram utilizados alguns instrumentos de avaliação diagnóstica como o *MMSE*, o *Teste do Relógio de Shulman*, *Escala de Barthel*, *Escala de Lawton*, *Escala de Depressão Geriátrica* e *Escala de Estadiamento de Reisberg*. Estes permitiram uma aferição diagnóstica, com reconhecimento de áreas prioritárias de atuação e o mesmo foi implementado de forma sistematizada.

Desta forma o programa de intervenção foi dirigido a áreas como a memória, atenção, praxias, funções executivas, cálculo e linguagem. Ao realizar uma análise aos resultados obtidos, após a realização das oito sessões de estimulação cognitiva, pode-se constatar que o utente teve uma melhoria do score obtido no *MMSE*, de 2 pontos. Antes da aplicação do programa o utente tinha um score total de 23 pontos e no final do mesmo de 25 pontos. Esta melhoria verificou-se na memória de evocação e na linguagem. É de realçar que o utente, no período em que foi realizada a intervenção, teve uma participação em outras atividades com o objetivo de estimulação que foram realizadas no Hospital de Dia, nomeadamente atividades de Terapia Ocupacional, Programa de Psicomotricidade, bem como outras atividades de grupo. É também de salientar, que ao longo das sessões realizadas o utente mostrou-se progressivamente mais desperto, aspeto este relacionado com alterações de terapêutica. Estes fatores atrás referidos podem também ter tido algum contributo nos ganhos em saúde obtidos pela melhoria da função cognitiva do utente, alvo da *Intervenção na Cognição* efetuada.

Também com objetivo de consolidar competências psicoterapêuticas, no Módulo III, uma vez integrada nas atividades do Fórum, planeamos dar continuidade às sessões de relaxamento que são realizadas duas vezes por semana pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi-nos dado o feedback pela Enfermeira tutora que esta intervenção é muito bem aceita por todo o grupo uma vez que lhes suscita grande satisfação, pelos resultados e benefícios que lhes proporcionam. Durante o planeamento das sessões foi tido em conta alguns critérios de exclusão, nomeadamente utentes que pudessem ter sintomas psicóticos em fase aguda, utentes com risco de hipotensão e não adesão à técnica. Assim, planeamos sessões de Relaxamento segundo a técnica muscular progressiva de Jacobson, de forma a adquirir competências nestas três técnicas, mas considerando sempre os critérios de exclusão previstos.

Atualmente, as técnicas de relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções úteis pelos seus efeitos benéficos em diversas patologias psiquiátricas. Nas últimas décadas surgiram várias técnicas de relaxamento, entre as quais se destaca o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson. A sua aplicação verificou-se benéfica pelo que é hoje amplamente utilizada em instituições de saúde, principalmente em doentes de foro psiquiátrico. O recurso a técnicas de relaxamento é cada vez mais utilizado para redução dos níveis de ansiedade que os doentes psiquiátricos geralmente apresentam (OLIVEIRA, 2012). O relaxamento é normalmente usado em referência aos músculos, significando alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contração que acompanha a tensão muscular. Ryman cit por Payne define relaxamento como *“um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”* (PAYNE, 2002, p. 3). O relaxamento combina aspetos físicos e psicológicos, como são as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress. Pela avaliação subjetiva, após cada sessão, e objetiva (através da avaliação de parâmetros vitais como a tensão arterial e frequência cardíaca) que realizamos, pontualmente em cada sessão, foi possível concluir que foi promotora de relaxamento, bem-estar e satisfação nos utentes. A técnica realizada, Relaxamento Muscular de Jacobson, suscitou nos utentes significativa satisfação, talvez por não ser a que habitualmente é utilizada neste serviço (ANEXO VII – ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III).

2.4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais

O cuidar em Enfermagem promove os projetos de saúde que cada pessoa, na procura da satisfação global das suas necessidades, concretizando o seu funcionamento social.

O Enfermeiro Especialista em ESMP pode ter um papel importante no processo de reabilitação psicossocial dos utentes com doença mental grave, no planeamento, implementação e avaliação de atividades de ocupação terapêutica, de forma organizada e sistemática, enquadradas na relação terapêutica estabelecida (MELO-DIAS; ROSA; PINTO, 2014).

A OMS define a reabilitação psicossocial como um processo que possibilita às pessoas que estão debilitadas, incapacitadas ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade (OMS, 2002).

Pelas características deste tipo de unidades, estas já são promotoras da autonomia e da aquisição de competências. Os utentes têm todos os dias que promover o seu autocuidado antes de vir para o fórum e autonomamente (a sua maioria) se deslocar de transportes públicos, a pé ou até de veículo próprio, para o serviço, o que promove o treino de mobilidade na comunidade. No Fórum, estão implementadas rotinas também promotoras do treino de competências e treino de atividade de vida diária. Os utentes são responsáveis por diversas tarefas como preparação da refeição do pequeno-almoço, preparação e arrumação do espaço de refeição. Estas atividades realizadas pelos utentes são competências já consolidadas no processo reabilitativo.

Tendo em consideração a situação individual de cada utente e os seus processos de transição, formularam-se os seguintes diagnósticos (tendo por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011): Cognição diminuída/comprometida; Bem-estar psicológico comprometido; Atividade psicomotora diminuída; Baixa autoestima; Comunicação diminuída/comprometida; Capacidade para socializar diminuída; Comportamento desorganizado; Força de vontade diminuído; Hipoatividade; Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado; Ansiedade.

Assim, face a estes diagnósticos foram planeadas e realizadas intervenções terapêuticas de grupo, de âmbito psicoterapêutico, psicossocial, socioterapêutico. Face às características dos utentes que integram o Fórum Sócio Ocupacional de Vila do Conde, o número reduzido de utentes no fórum por dia e a falta de espaços físicos que permitam a implementação de atividades individualizadas com os utentes, durante o estágio foi privilegiada a intervenção terapêutica grupal.

Uma das técnicas utilizadas foi a dinâmica de grupo, com recurso a técnicas psicoterapêuticas e psicossociais. *“O objetivo fundamental dos jogos psicológicos em grupo é o de proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de ativar 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, 2007, p. 6). Assim, em grupo, é possível trabalhar e estimular, de forma temporária e particular, três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotivo-afetiva, a cognição e a dimensão experiencial (MANES, 2007).

Os utentes do Fórum constituem um grupo heterogéneo, com múltiplas patologias, sendo a mais frequente esquizofrenia. Já estão presentes em muitos dos utentes alterações cognitivas, que são frequentes com o decorrer da doença mental. Elas permanecem relativamente estáveis durante todo o curso da doença, não sendo secundárias a outros sintomas ou a efeitos colaterais de psicofármacos. Estão diretamente ligadas a prejuízo funcional e a pior qualidade de vida dos pacientes (FERREIRA JUNIOR, 2010).

As atividades realizadas pretenderam a promoção da competência social através do desenvolvimento ou aprendizagem de um repertório de habilidades sociais eficaz, quando muitas vezes por exemplo nos doentes psicóticos o problema se coloca ao nível das relações interpessoais ou nas perturbações depressivas ou de personalidade, quando o problema se apresenta ao nível do comportamento social (LOUREIRO, 2013). Aprender a relacionar-se e a comportar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio (LOUREIRO, 2011).

Assim, foram planeadas algumas dinâmicas de grupo, com o objetivo de treino de competências sociais; estímulo da relação interpessoal; treino da assertividade; treino de resolução de problemas e estimulação cognitiva. As mesmas pretenderam dar continuidade ao plano de atividades realizadas no Fórum pela equipa profissional e tiveram muita boa adesão por parte do grupo e satisfação demonstrada. Os objetivos das dinâmicas foram alcançados, contudo este é um trabalho que requer continuidade e com objetivos a longo prazo. Foi gratificante pudermos contribuir para este processo reabilitativo dos utentes, no sentido em que as mesmas facilitaram a libertação de tensões emocionais e a vivenciar experiências gratificantes. Por outro lado, as mesmas contribuíram para aumentar o *insight* do utente, de forma a realizar novas razões para o problema, e contribuir para a reabilitação psicossocial, com o intuito da máxima autonomia e funcionalidade (ANEXO VII – ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III).

Dentro das atividades de ocupação terapêutica são relevantes, entre os domínios já referidos, as atividades de recreação e de lazer e as atividades de expressão pessoal, que podem ser clinicamente relevantes e decisivas para a reabilitação psicossocial. Podem-se incluir atividades de prazer, alegria e bem-estar, habitualmente feitas por que se quer, e não porque as temos de fazer. As atividades de expressão corporal incluem atividades de música, drama, jogos, artes plásticas, entre outras (MELO-DIAS; ROSA; PINTO, 2014).

Face ao exposto, também foram planeadas algumas atividades de grupo de ocupação terapêutica de grupo, tendo em conta as preferências dos utentes e de forma a dar continuidade a atividades já iniciadas pelos mesmos. A realização de algumas atividades recreativas com os utentes permitiram que fossem detetadas de necessidades dos utentes, para o posterior delineamento de atividades como o aconselhamento, psicoeducação, escutas ativas, entre outras (ANEXO VII – ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III).

Consideramos que a colaboração com a equipa também proporcionou à enfermeira de saúde mental e psiquiátrica, que normalmente tem um trabalho muito solitário, mais tempo livre para outras atividades, e desta forma contribuir para cuidados com melhor qualidade e contribuir para ganhos em saúde.

Em suma, face às necessidades, foi realizado um investimento formativo a nível dos cuidados aos idosos com ou sem patologia mental, com intervenções do âmbito da estimulação cognitiva, da técnica de reminiscência, da técnica de relaxamento e da psicoeducação. No âmbito dos cuidados no processo de reabilitação psicossocial foram privilegiadas as dinâmicas de grupo, a técnica de relaxamento, atividades recreativas/lazer e a intervenção psicoeducativa.

Face ao exposto, no decorrer dos três módulos de estágio, implementamos atividades que permitiram o desenvolvimento, consolidação e aquisição desta competência, mobilizando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Estas foram realizadas de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde dos utentes/famílias/prestadores de cuidados que tivemos a oportunidade de intervir.

3. CONCLUSÃO

Este caminho que realizamos ao longo de vários meses foi uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Para isto muito contribuiu a boa integração nos serviços que proporcionaram excelentes experiências de prática clínica na área de especialização, muito pela disponibilidade das equipas nas quais nos sentimos verdadeiramente integrados, que ofereceram autonomia para a implementação das intervenções.

Com este relatório pretendemos analisar de forma crítico-reflexiva as atividades que foram desenvolvidas no decorrer do estágio – Módulo I, Módulo II, Módulo III – e que foram realizadas de forma a alcançar os objetivos traçados nos projetos de estágio respetivos. Este proporcionou o desenvolvimento da nossa capacidade reflexiva e crítica, usando como recurso o conhecimento teórico, bem como a nossa experiência profissional. Assim pudemos, ao longo deste trabalho, constatar a pertinência dos objetivos delineados e das atividades e estratégias adotadas para a sua concretização.

Os locais de estágio selecionados, bem como os projetos nos quais pudemos intervir, foram propiciadores do nosso crescimento pessoal e profissional. Assim, no decorrer do estágio, nas atividades em que nos envolvemos, como os projetos da comunidade da UCC, a intervenção na Psicogeriatria e no processo de reabilitação psicossocial dos utentes do Fórum, pudemos desenvolver competências específicas na área da prática profissional especializada em Saúde Mental, e acerca das quais pudemos analisar o seu desenvolvimento, aprofundamento e consolidação ao longo deste documento.

A intervenção na UCC constituiu-se uma experiência muito enriquecedora pois pudemos conhecer os projetos que são desenvolvidos, numa UCC com um percurso já relevante e ganhos em saúde demonstrados na comunidade, na área da intervenção especializada em saúde mental. Assim, como enfermeira numa UCC, consideramos que levamos para a nossa prática diária excelentes exemplos de prática especializada em projetos de intervenção, nomeadamente no Idoso com processo de Demência. Desenvolvemos e adquirimos competências para o desenvolvimento de projetos, com a finalidade de otimização e recuperação da saúde mental da pessoa inserida na sua família e Comunidade.

No segundo módulo de estágio foi possível seguir o mesmo fio condutor do estágio anterior, e aprofundar e desenvolver competências para o diagnóstico, intervenção e avaliação de cuidados ao utente com Demência. Pudemos, também, conhecer o papel do EESMP tanto a nível de internamento, parcial ou completo, em ambiente domiciliário ou mesmo em intervenções psicoterapêuticas como os programas de psicomotricidade ou os grupos de ajuda mútua.

O módulo III constituiu-se um momento de aprendizagem muito enriquecedor, pela consolidação das competências relacionais que consideramos a base de qualquer processo terapêutico, especialmente na área da saúde mental. Foi possível intervir no processo de reabilitação psicossocial destes utentes, de forma a promover a sua autonomia, através de intervenções terapêuticas essencialmente grupais com o objetivo de treino de competências sociais, estímulo da relação interpessoal, treino da assertividade e treino de resolução de problemas.

A realização de atividades para o alcance dos objetivos planeados, permitiram ainda conhecer e aprofundar conhecimentos num conjunto de intervenções muito próprias desta área de especialização como a psicoeducação (individual ou em grupo), técnica de relaxamento, dinâmicas de grupo, estimulação cognitiva, técnica de reminiscência, estimulação multisensorial. Foram intervenções que nos permitiram aprofundar, através do planeamento prévio das sessões, a criatividade, a adaptação a cada realidade, tendo ajudado a consolidar conhecimentos teóricos.

A realização deste relatório permitiu uma reflexão das competências que foram alcançadas durante o desenvolvimento dos três módulos de estágio, através do desenvolvimento de saberes científicos, técnicos e relacionais. Assim, adquirimos capacidades e competências previstas para o exercício profissional especializado em Saúde Mental, que se tornaram focos de interesse para a nossa prática profissional.

Salientamos que os objetivos a que nos propusemos para este relatório foram alcançados, contudo este processo foi muito trabalhoso e o tempo revelou-se escasso. Na execução deste relatório também tivemos dificuldade em descrever os momentos de aprendizagem e refletir acerca de toda a intervenção que foi realizada. Estas mesmas dificuldades foram surgindo ao longo deste processo, mas foram sempre propiciadoras de procura de mais conhecimento, e desta forma contribuir para este nosso processo de aprendizagem.

Foi possível desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, bem como promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Terminámos assim este relatório, com a certeza que o estágio se desenvolveu com muito empenho e profissionalismo, e que se aproveitou todas as oportunidades para o desenvolvimento de competências propiciadoras ao desempenho de funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Levamos deste processo académico excelentes contributos para a nossa prática diária em ECCI, bem como desafios para a implementação de projetos na nossa UCC que tomaram forma a partir

de motivações pessoais e profissionais, e para os quais levamos bagagem de conhecimento e habilidades para a sua implementação. Deste processo de aprendizagem levamos competências para a prestação de cuidados especializados, mas também implicações positivas para o nosso exercício profissional: o estabelecimento de uma parceria entre o nosso local de trabalho e o serviço da Psicogeriatría do Hospital de Magalhães Lemos. Neste projeto pretendemos, em parceria, prestar cuidados de ESMP aos utentes com processo demencial e seus cuidadores informais, seguidos pela equipa de ambulatório, da população abrangida pela nossa UCC.

Continuamos este percurso mais enriquecidos, e desejamos que as competências desenvolvidas possam contribuir no futuro próximo para cuidados com qualidade e com ganhos em saúde visíveis, para desta forma possibilitar a valorização da profissão de Enfermagem, a que escolhemos... Os desafios são muitos os que se avizinham e esperamos estar à altura para os concretizar, face às necessidades de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da *nossa* comunidade!

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Marcelo Machado *et al.* - A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. ISSN 0101-8108. Vol. 32, n.º 3 (2010), p. 73-79

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 5ª ed. Lisboa: Climepsi editores, 2014. ISBN:9789727963478.

BAILLON, DIEPEN & PRETTYMAN - Multi-sensory therapy in psychiatric care. Advances in Psychiatric treatment [Em linha]. Vol. 8 (2002), p. 444–452. [Consult. 16 Out 2014]. Disponível na internet: URL:<<http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/8/6/451.full.pdf>>. ISSN 2056-4686

BAKER, R. et al - Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. Journal of advanced nursing [Em linha]. Vol. 5, n.º 43 (2003), p. 465-477. [Consult. 16 Out. 2014]. Disponível na internet: URL:<http://www.rima.org/web/medline_pdf/JAdvNurs_465-77.pdf>. ISSN 1365-2468.

BOTTINO, Carvalho et al - Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arq Neuropsiquiatr [Em linha]. Vol. 60, n.º1 (2002), p. 70-79. [Consult. 11 Dez. 2014]. Disponível na internet:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100013> ISSN 0004-282X.

BRITO, Maria Luísa da Silva – Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a Esquizofrenia. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento.

CASTRO, A. - Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2011. Tese de Mestrado.

CASTRO-CALDAS, Alexandre; MENDONÇA, Alexandre de – **Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2.

CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção Terapêutica: Os fundamentos Existencial humanistas da relação de ajuda, Volume I**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

COELHO, Maria Teresa Vieira – Comunicação Terapêutica e Saúde Mental. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL - Do Diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010. ISBN: 978-989-96144-2-0. p. 116-122.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - **Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: s.n., 2005.

FAMILUME, M. A. - Una experiencia psicomotriz com adultos. Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales. ISSN: 1577-0788. N.º15 (2004), p. 35-42.

FERNANDES, Maria - A Construção do Conhecimento fazer graduando de Enfermagem: uma abordagem Ético-social. Rev. bras. enferm. [Em linha]. Vol.60, n.º1 (2007), p 62-67. [Consult. 12 Jun. 2014]. Disponível na internet: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167.

FERREIRA JUNIOR, Breno de Castro *et al* - Alterações cognitivas na esquizofrenia: Atualização. Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul [Em linha]. Vol.32, n.2 (2010), p. 57-63. [Consult. 24 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200006&LNg=en&nrm=iso>. ISSN 0.101-8.108.

GOMES, Ana - A intervenção Psicomotora na Envelhecimento Patológico. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, 2013. Tese de Mestrado.

GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. Estimulación cognitiva: Guia y material para la intervención [Em linha]. Governo del Principado de Asturias, 2002. [Consult. 14 Out 2014]. Disponível na internet:<URL: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>>. AS/3.190-2002.

Guia Geral de Acolhimento ao Doente. Porto: Hospital Magalhães Lemos, grupo dos direitos e deveres dos doentes, 2010.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HOLT, G. - Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness: new connections to well-being. Journal of Psychopharmacology. ISSN: 0269-8811.Vol. 19 (2005), p. 118-122.

LOUREIRO, Cândida - Treino de Competências Sociais: Uma estratégia em Saúde Mental, Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Em linha]. Vol. 9, n.º9 (2013), p. 41-47. [Consult. 7 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>>. ISSN 1647-2160.

LOUREIRO, Cândida - Treino de Competências Sociais: Uma estratégia em Saúde Mental, Concetualização e modelos teóricos. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Em

linha]. Vol. 6, n.º6 (2011), p. 7-14. [Consult. 7 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n6/n6a02.pdf>>. ISSN 1647-2160.

MANES, Sabina – **83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores sócio-culturais....** Lisboa: Paulus Editora, 2007. ISBN:978-972-30-1252-1

Manual de normativos de qualidade do Hospital de Magalhães Lemos: Regulamento homologado. Porto, Hospital de Magalhães Lemos.

MCCREADIE, R. - Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. British Journal of Psychiatry [Em linha]. Vol. 183, n.º 6 (2003), p. 534–539. [Consult. 04 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprpsych/183/6/534.full.pdf>>. ISSN 1472-1465.

MELO-DIAS, Carlos; ROSA, Amorim; PINTO, Alberto – Atividades de ocupação terapêutica: intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Em linha]. Nº. 11 (2014), p.15-23. [Consult. 5 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a03.pdf> >. ISSN 1647-2160.

MELO, Mariana Balduino – Impacto da Estimulação Cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre. Brasília: Universidade de Brasília, 2008. Dissertação de mestrado.

NORDON, David Gonçalves *et al* - Perda cognitiva em idosos. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba [Em linha]. Vol. 11, n.º3 (2009), p. 5-8. [Consult. 15 Dez. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/1874/1288>>. ISSN 1984-4840.

OLIVEIRA, Paulo et al – Papel do relaxamento na redução da insónia e ansiedade. In Da investigação à prática clínica: Atas do III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2012. ISBN 978-989-96144-4-4. p.104-109

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. Nov 2014] Disponível na internet:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Mental. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros.

Lisboa: Conselho Diretivo - Assembleia de Colégios da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. [Consult. 2 Fev 2015]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010b) - Parecer nº 02/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. [Em linha]. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. [Consult. 3 Mar. 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer02_MCEESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas_com_demencia.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010c) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 2 de Fev. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 14 Fev. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2001, Saúde mental: nova conceção, nova esperança**. Direção Geral de Saúde: Lisboa, 2002. ISBN 972-675-082-2.

PAYNE, Rosemary. – **Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 978-972-8383-41-1.

PEREIRA, Manuel Gonçalves; SAMPAIO, Daniel. - Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Vol. 29, n.º 1 (2011), p. 3–10.

PEREIRA, O. - **Atividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 972-757-423-8.

PETERSEN, R.C. - Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of Internal Medicine. [Em linha]. nº256 (2004), p.183 a 194. [Consult. 15 Abr. 2014] Disponível na internet em: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x/epdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISBN 978-989-95146-6-9.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional para a Saúde Mental: Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental 2012 [Em linha]. Ministério da Saúde. Lisboa: Ministério da

Saúde, 2012. [Consult. 2 Fev. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://www.saudemental.pt/wpcontent/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf>.

SANTOS, Eunice - Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Faro: Universidade do Algarve, 2008. Tese de Mestrado.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.

SILVA, Armando; BRITO, Irma; AMADO, João - Tradução, Adaptação e Validação do Questionário de Avaliação Fantástico em estudantes do ensino superior. Ciênc. saúde coletiva [Em linha]. Vol.19, n.º6 (2014), p. 1901-1909. [Consult. 24 Jan. 2015]. Disponível na Internet:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601901&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

SMITH, J.C. - **Cognitive-behavioral relaxation training**. New York: Springer Publishing Company, 1999.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de estágio da universidade católica portuguesa: Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN: 978-92-4-156368-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable [Em linha]. WHO. Geneva: WHO, 2010. [Consult. 02 Dez. 2014]. Disponível na internet em: <URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1>. ISBN 978-9962-642-65-7

WOODS, et al - Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Em linha]. Vol 2, n.º: CD005562. (2012). [Consult. 15 Jan. 2015]. Disponível na internet: URL:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub2/abstract>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998.

XIA, J. *et al* - Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev [Em linha]. Vol 6, n.º: CD002831. [Consult. 15 Jan. 2015]. Disponível na internet: URL<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170907/>>.

Legislação consultada:

DECRETO-LEI n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. D. R., I-A Série. 30 (99-02-05), p. 676-681.

DECRETO-LEI n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. D. R. I Série. 19 (10-01-28), p. 257-263.

DESPACHO 407/98, de 15 de Maio. D. R. II Série. 138 (98-06-18), p. 8328-8332.

DECRETO-LEI n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. D. R. I Série. 38 (08-02-22), p. 1182-1189.

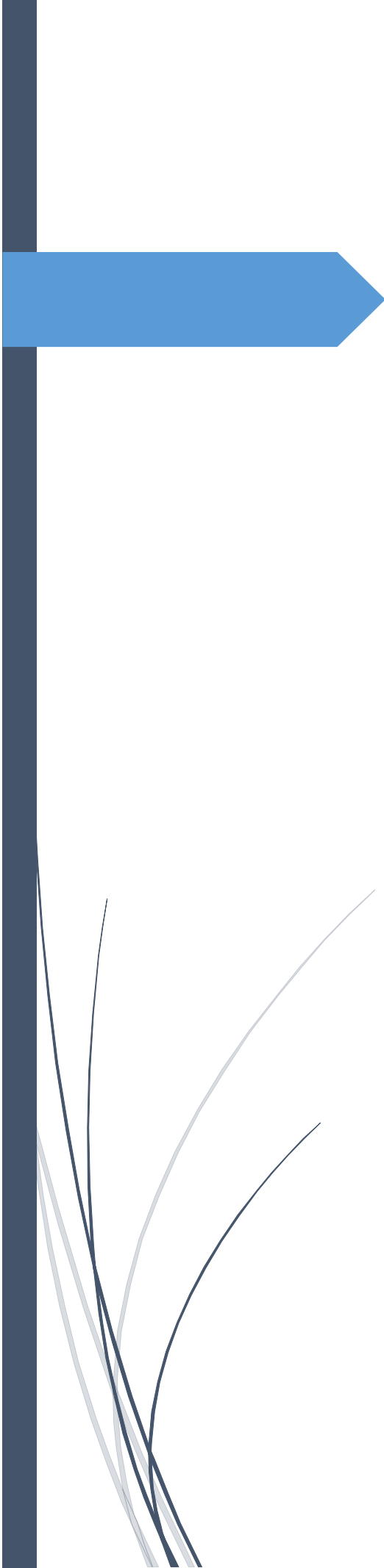
DECRETO-LEI n.º 101/2006, de 6 de Junho. D. R. I Série-A. 109 (06-06-06), p. 3856-3865.

LEI n.º 36/98 de 24 de Julho. D. R. I-A Série. 169 (98-07-24), p. 3544-3550.

ANEXOS

ANEXO I

ATIVIDADE REALIZADA EM CENTRO DE DIA: MÓDULO I



Atividade realizada em Centro de Dia: Módulo I

UCC de Matosinhos

Diagnóstico da capacidade cognitiva dos utentes

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

Este teste foi aplicado à maioria dos utentes que frequentam o Centro de Dia.

Na tabela seguinte são apresentados os dados recolhidos relativamente aos utentes entrevistados, como seja o sexo, idade, escolaridade, se têm diagnóstico de demência conhecido segundo informação da Diretora da Instituição, e o resultado final no MMSE.

N.º	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	DIAGNÓSTICO	MMSE
				DEMÊNCIA CONHECIDO	
1	Feminino	81	3 anos	Sim	13
2	Feminino	78	Analfabeta	Sim - Alzheimer	13
3	Feminino	74	4 anos	Não	26
4	Masculino	81	Analfabeto	Não	20
5	Feminino	73	4 anos	Sim	24
6	Feminino	83	Analfabeta	Não	19
7	Feminino	64	4 anos	Não – Doença Bipolar	27
8	Feminino	93	4 anos	Não	23
9	Feminino	80	Analfabeta	Não	8
10	Feminino	88	3 anos	Não	10
11	Masculino	80	4 anos	Sim - Pick	1
12	Feminino	81	Analfabeta	Não	15
13	Feminino	82	4 anos	Não	25
14	Masculino	72	4 anos	Não	28
15	Masculino	81	3 anos	Não	25

Da avaliação diagnóstica efetuada a este pequeno grupo, foi constatado que estes utentes idosos, na sua grande maioria têm comprometimento cognitivo. Foi verificado que existem utentes com grave comprometimento cognitivo, alguns com diagnóstico de demência já conhecido, outros com provável diagnóstico, contudo desconhecido pela Diretora Técnica da Instituição. Porém, para além deste grupo já enunciado, foi identificado um grupo de utentes com Défice Cognitivo Ligeiro. Pela análise do MMSE aplicado, estes utentes têm comprometimento de algumas capacidades cognitivas, essencialmente a nível da orientação e memória. Posto isto, optou-se por intervir num grupo de utentes com défice cognitivo ligeiro.

Seleção dos utentes para atividade de grupo de estimulação cognitiva

Após a análise dos dados recolhidos através da aplicação do MMSE, foi selecionado um grupo de 10 utentes para participarem na atividade, de forma a que o grupo fosse o mais possível homogéneo relativamente às suas capacidades cognitivas.

Na tabela seguinte é apresentada a amostra selecionada da população de 15 utentes na qual foi efetuado o diagnóstico das capacidades cognitivas.

<i>N.º</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Diagnóstico Demência conhecido</i>	<i>MMSE</i>
3	Feminino	74	4 anos	Não	26
4	Masculino	81	Analfabeto	Não	20
5	Feminino	73	4 anos	Sim	24
6	Feminino	83	Analfabeta	Não	19
7	Feminino	64	4 anos	Não – Doença Bipolar	27
8	Feminino	93	4 anos	Não	23
13	Feminino	82	4 anos	Não	25
14	Masculino	72	4 anos	Não	28
15	Masculino	81	3 anos	Não	25

Após a seleção do grupo, foi efetuada a planificação de uma sessão de grupo de estimulação cognitiva. Nesta mesma sessão optou-se por incluir a terapia de reminiscência, a musicoterapia e exercícios com o objetivo de estimulação da orientação, memória, atenção e concentração. É apresentada em seguida a planificação da sessão de grupo.



Planificação da sessão grupo de estimulação cognitiva

Título: Exercitar a mente

Local: AGAPE

Data: 13 de Junho de 2014, às 10h30

Duração: 65 min

População alvo: Utentes da AGAPE com DCL, grupo pré-identificado

Objetivos específicos:

- Estimular a orientação, memória, atenção, concentração de idosos com DCL, com recurso a técnica de reminiscência, musicoterapia;
- Promover a interação social dos participantes.

Dinamizadores da sessão : Enf^a Ilda Lordelo e Enf^a Cristina Vilarinho

Método: Trabalho de grupo, ativo

Material: guião, material de apoio, computador

Objetivo geral: Estimular as capacidades cognitivas dos utentes com DCL

	Conteúdos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objetivos da sessão: exercitar a mente. Solicitar a colaboração/participação tendo em conta a metodologia escolhida. Apresentação do grupo e integração.	5 min
Desenvolvimento	<p>Atividade 1: Orientação temporal</p> <p>Atividade 2: Batata quente da memória (Pereira, 2004, cit por Castro 2008).</p> <p>Entrega-se uma caixa aos participantes com várias perguntas dentro. Ao som da música a caixa tem que circular pelas mãos e quando a música parar têm que responder às perguntas ou fazer o que está descrito no papel (ex. cantar uma determinada música, dizer uma determinada data histórica, falar sobre um momento significativo da sua vida). Relembrar as músicas e acontecimentos estimula a memória dos participantes.</p> <p>Atividade 3: Função do objeto (adaptação de Berkenbrock, 2003, cit por Castro 2008).</p>	50 min

	<p>No centro da sala expõem-se de maneira desorganizada vários objetos (chapéu, rádio, pincéis, câmara fotográfica, colher de pau, chave de fendas, telemóvel, entre outros). Os participantes devem escolher um e falarem sobre as diferentes utilidades que esse determinado objeto tem ou teve no seu dia-a-dia. Esta atividade ajuda a relembrar a vida deles. Os participantes podem-se ajudar entre si.</p> <p>Atividade 4: Lista de imagens (adaptação de Neves, 2009, cit por Castro 2008).</p> <p>Nesta atividade serão apresentadas 10 imagens no ecrã do computador em apresentação de diapositivos e os participantes deverão assinalar, numa folha com 20 imagens, aquelas que visualizaram.</p>	
Conclusão	Síntese da sessão em conjunto com os utentes e reflexão sobre a importância da continuidade deste tipo de programas	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Indicador de processo: N.º utentes que participaram na atividade dos previstos/n.º de utentes previstos para a atividade x 100 - Questionário simples de avaliação da satisfação face à sessão realizada, com recurso a uma escala de Likert. 	5 min
Referência bibliográfica	Castro, Ana Elisa Marques – Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva. Universidade de Aveiro, 2008.	

Avaliação da atividade

A atividade foi avaliada pelos indicadores previstos inicialmente.

Indicador de processo de Adesão:

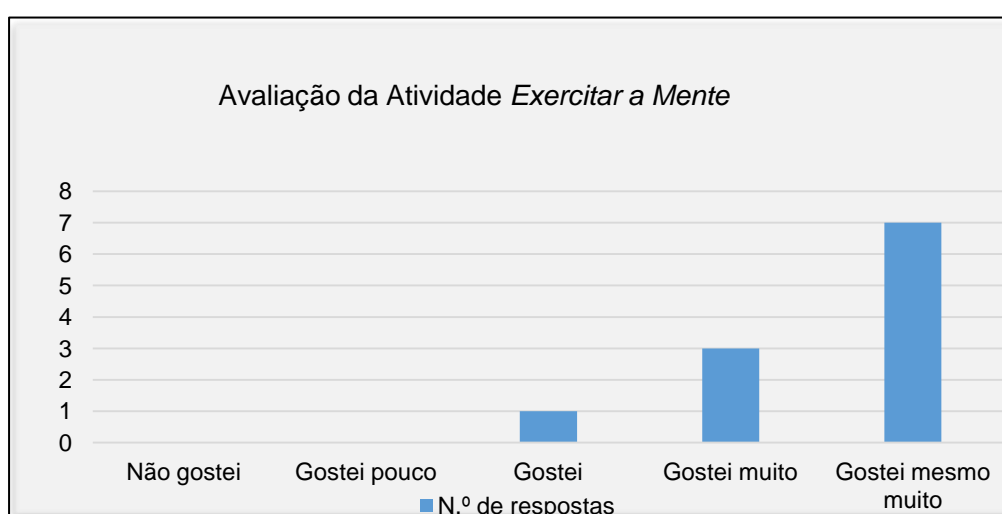
$\frac{\text{N.º utentes que participaram na atividade dos previstos}}{\text{N.º de utentes previstos para a atividade}} \times 100 = 7/9 = 78\%$

Dos utentes identificados para a atividade apenas dois utentes recusaram integrar o grupo. Teve uma participação de 78%, face ao planeamento efetuado. Para além dos previstos, também participaram outros utentes, apesar de não pertencerem ao grupo inicialmente conjecturado, pois referiram gosto em participar. Participaram mais 5 utentes, no total de 12 utentes.

A sessão decorreu conforme planeada. Os utentes participaram com agrado nas quatro atividades propostas. Durante a realização da sessão, foi necessário gerir a comunicação por atritos entre os participantes, que se resolveram rapidamente.

Os utentes mostraram-se muito satisfeitos no final da sessão. Referiram que estas atividades deveriam ser realizadas com mais frequência, com o objetivo de ocupação de tempos livres que têm na instituição.

No final da mesma, foi aplicado um questionário simples de avaliação da satisfação face à sessão realizada, com recurso a uma escala de Likert. Um dos utentes teve que abandonar a sessão um pouco antes do final, pelo que não pode fazer a sua avaliação. Em seguida é apresentada, em forma de gráfico, a avaliação da sessão.



Os objetivos da sessão previstos inicialmente foram atingidos. Foram utilizadas técnicas como a musicoterapia e a técnica de reminiscência. Esta última foi alvo de um estudo de revisão

integrativa de literatura realizado em âmbito escolar, e apresentado sob a forma de comunicação livre no congresso da Associação Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM). Nesta revisão foi explanada a eficácia da Terapia de Reminiscência nomeadamente com benefícios para a pessoa com demência, tais como na cognição, qualidade de vida, humor, capacidades para as atividades de vida diária, mas também integridade do ego, bem-estar e autoestima.

O desenvolvimento de um programa de estimulação cognitiva deve ser um programa com continuidade com várias sessões, por exemplo 1 sessão por semana durante algumas semanas (Fernandes,2012). O estágio não permitiu essa continuidade, dadas as muitas atividades integradas na dinâmica da UCC. Contudo, quando possível irão ser retomadas estas sessões com este grupo de utentes com DCL pela enfermeira de saúde mental da UCC. Outro grupo suscetível a intervenção, é o grupo com demência em estadio avançado/utentes com comprometimento cognitivo grave, com necessidade de outro tipo de intervenção cognitiva, como por exemplo estimulação multissensorial.

A Diretora Técnica após esta sensibilização ficou alertada para a necessidade de implementar na instituição atividades com este propósito, para promoção do bem-estar e da qualidade de vida destes utentes.

Referências bibliográficas:

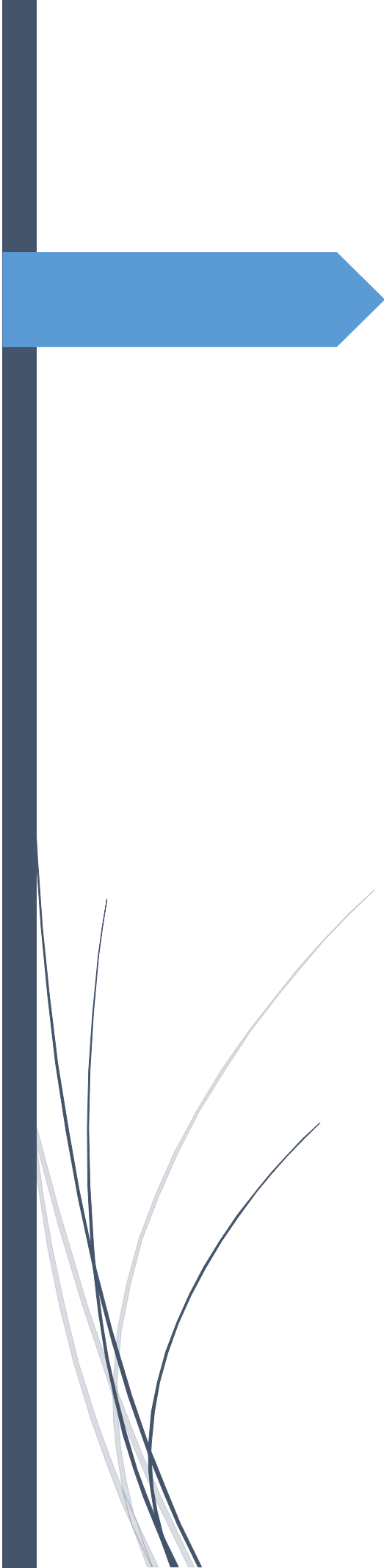
Chaves, M. *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental* [Online]. 2009 [Consult.10-04-2014]. Disponível: http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

Fernandes, L. & Sequeira, C. *Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Nº8. (2012).

Lourenco, Roberto A e Veras, Renato P. *Mini-Exame do Estado Mental: Características psicométricas los Idosos ambulatoriais*. *Rev. Saúde Pública* [online].2006, vol.40, n.4 [citado 2014/07/04], pp 712-719. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

ANEXO II

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS: MÓDULO III



Programa de promoção de estilos de vida saudáveis: Módulo III

Fórum Sócio ocupacional de Vila
do Conde

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Sendo este um grupo de utentes maioritariamente com Esquizofrenia, foi realizado no início do estágio uma avaliação diagnóstica dos estilos de vida dos utentes. Para isso foi aplicado a todos os utentes o questionário de *Estilo de Vida Fantástico*, versão validada para Portugal. Este engloba nove áreas: família e amigos, atividade, nutrição, tabaco, álcool e outras drogas, sono/stress, trabalho/tipo de personalidade, comportamento de saúde e sexual e outros comportamentos¹.

Pela análise dos resultados da avaliação diagnóstica pode-se constatar que as áreas em que têm estilos de vida menos saudáveis são a alimentação, atividade física e tabaco.

Tendo isto em consideração, foi planeada uma intervenção com o objetivo de promover estilos de vida mais saudáveis, e desta forma prevenir que contraíam outras doenças crónicas. Assim, foram estruturadas duas sessões de educação para a saúde, nas áreas mais fragilizadas: uma sessão sobre o tabaco e outra sobre alimentação e atividade física.

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Deixe o tabaco e viva com mais saúde!

Objetivo geral: Reconhecer a importância do abandono do consumo tabágico

Objetivos específicos:

- Reconhecer os efeitos do tabaco na saúde;
- Identificar os benefícios do abandono do consumo tabágico;
- Identificar quinze passos para deixar de fumar;
- Promover o treino de competências sociais;
- Estimular as funções cognitivas: cálculo e atenção.

Data e horário: 26/11/2014, 10h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: computador, guião para a realização do *role play*, apresentação em powerpoint

Metodologia: *Role playing*, visualização de um filme, expositiva, interrogativa e ativa

¹ SILVA, Armando Manuel Marques; BRITO, Irma da Silva e AMADO, João Manuel da Costa. Tradução, Adaptação e Validação do Questionário de Avaliação Estilo e Vida Fantástico em estudantes do ensino superior. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.6 [cited 2015/01/24], pp. 1901-1909. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601901&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>.

Avaliação:

- Observação da atenção dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão;
- Avaliação final do programa de educação para a saúde.

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos participantes. • Apresentação do dinamizador e dos objetivos da sessão. 	5 minutos
Desenvolvimento	<p>1. Role play</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neste participam 3 pessoas: 1 fumador, 1 ex-fumador e 1 em processo de cessação tabágico aos quais é fornecido um guião para auxiliar a representação. • Discussão com os utentes da representação efetuada. 	20 minutos
	<p>2. Visualização de um filme que relata os malefícios do tabaco</p>	5 minutos
	<p>3. Abordagem das temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco e sua constituição • Malefícios do tabaco • Boas razões para deixar de fumar • Benefícios imediatos e a médio e longo prazo • Benefícios para terceiros • 15 passos para deixar de fumar 	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados com reflexão sobre as consequências do consumo de tabaco e os passos para deixar de fumar • Cálculo do gasto monetário mensal e anual em tabaco • Agradecer a participação dos utentes na atividade. 	5 minutos

Bibliografia:

- https://www.youtube.com/watch?v=q1dlxr3Lc_A
- Direção Geral de Saúde – Mais vida sem tabaco. Direção Geral da Saúde. ISBN: 972-675-138-1. Disponível na Internet em <<http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/tabaco-folheto-10-passos-deixar-fumar-pdf.aspx>>

Avaliação da atividade:

Na atividade participaram todos os utentes presentes no Fórum, tendo tido desta forma uma adesão de 100%.

Relativamente ao *Role Playing*, os utentes de forma voluntária aceitaram participar e assumiram o papel de forma criativa. No final do mesmo foi possível uma discussão dentro do grupo sobre o consumo de tabaco.

No final da sessão, foi realizado o cálculo pelos utentes fumadores do gasto mensal e anual em tabaco. Alguns utentes ficaram surpreendidos com o gasto avultado em tabaco que fazem. Um dos utentes referiu que “*dava para umas boas férias...!*” (sic)

Um dos utentes mencionou que face ao exposto iria tentar reduzir o número de cigarros que consome por dia, e outro utente que tinha deixado de fumar há dois 2 meses disse que ia tentar não voltar a fumar.

Durante a sessão os utentes mostraram-se atentos e participativos e no final referiram terem gostado de participar. Considera-se que foram atingidos os objetivos da sessão.

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Alimentação saudável e importância da atividade física

Objetivo geral: Reconhecer a importância da alimentação saudável e da atividade física

Objetivos específicos:

- Incentivar a adoção de alimentação saudável e equilibrada;
- Incentivar a prática de atividade física;
- Incentivar a perda de peso, dos utentes com excesso de peso;
- Avaliar o IMC dos utentes do fórum;
- Refletir sobre estratégias de supressão de erros alimentares;
- Estimular o cálculo, concentração, atenção e memória;
- Promover o treino de competências sociais através da técnica de resolução de problemas.

Data: 3/12/2014, 10h00

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: computador, folhas de papel para cálculo do IMC, calculadora, balança, apresentação em PowerPoint - em anexo IV

Metodologia: Visualização de um filme, expositiva, interrogativa e ativa

Avaliação:

- Observação da atenção dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão;
- Avaliação final do programa de educação para a saúde.

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos participantes. • Apresentação do dinamizador e dos objetivos da sessão. 	5 minutos
Desenvolvimento	1. Avaliação do peso corporal e a altura (aos utentes que desconhecem)	10 minutos
	2. Visualização do filme “Alimentação saudável... comer bem ao longo da vida!” e solicitar aos utentes para que em grupo estejam atentos a diferentes temáticas citadas no decorrer do filme e as registem em papel.	16 minutos
	3. Síntese por parte dos utentes das temáticas visualizadas no filme <ul style="list-style-type: none"> • Doenças crónicas que possam estar relacionadas com a alimentação • Como prevenir o excesso de peso? • 8 constituintes da roda dos alimentos • Intervalo das refeições • Número de refeições por dia • Sugestões de alimentos pequeno-almoço • Sugestões de alimentos para as merendas manhã e da tarde • Alimentos constituintes do almoço e jantar • Dieta mediterrânica 	20 minutos
	4. Síntese das questões chave para uma alimentação saudável e importância da atividade física	5 minutos
	5. Cálculo do Índice de massa corporal	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados com reflexão sobre a importância de uma alimentação saudável e da atividade física e dos erros alimentares que são praticados; • Identificação de diferentes estratégias para ultrapassar cada um dos erros alimentares referidos, através do <i>brainstorming</i>; • Discussão de estratégias utilizando o método de resolução de problemas; • Identificação para cada um de uma meta a atingir no que respeita à alteração do seu padrão alimentar e prática de atividade física; • Agradecer a participação dos utentes na atividade. 	15 minutos

Bibliografia:

- <http://www.youtube.com/watch?v=2RYyUNxQ8wE>
- Direção Geral de Saúde - Recomendações para uma alimentação diária mais saudável. Direção Geral da Saúde. Disponível na Internet em <<http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAA>>

Avaliação:

Participaram com agrado na atividade a totalidade dos utentes presentes no fórum, 15 utentes. Os utentes mostraram-se atentos durante a visualização do filme, tendo na maioria conseguido registar os aspetos pedidos em grupo das temáticas solicitadas. Foi possível através da técnica de resolução de problemas, que os utentes referissem metas a atingir no que diz respeito a mudanças no seu padrão alimentar.

No final da sessão os utentes efetuaram o cálculo do índice de massa corporal, e constatou-se que a maioria dos utentes que participaram na sessão têm excesso de peso. De seguida está apresentada uma caracterização dos utentes face ao seu Índice de massa corporal.

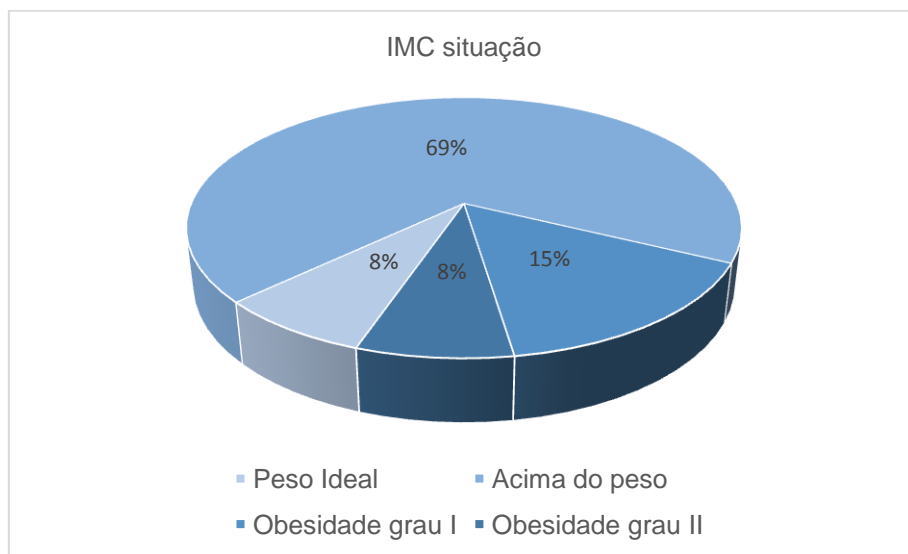
Desta forma considera-se que os objetivos da sessão foram atingidos.

Em seguida é representada sob a forma de uma tabela a caracterização dos utentes face ao IMC.

CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES RELATIVAMENTE AO SEU IMC

Utente	Peso	Altura	IMC	Situação
19	74	1,80	22,84	Peso ideal
6	67	1,63	25,22	Acima do peso (sobrepeso)
22	87,5	1,85	25,57	
16	83	1,75	27,10	
11	83	1,75	27,1	
15	79	1,69	27,66	
4	83,5	1,72	28,2	
1	84	1,72	28,39	
5	93	1,8	28,7	

3	71	1,55	29,55	
10	68	1,48	31,04	Obesidade grau I
14	93	1,65	34,16	
2	90	1,6	35,16	Obesidade grau II



AVALIAÇÃO FINAL DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para a avaliação desta intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis, foi novamente aplicado o mesmo instrumento de diagnóstico Estilo de Vida Fantástico no final do estágio. Pela análise dos resultados obtidos dos questionários, pode-se constatar que houve uma ligeira melhoria no score total em 7 dos utentes em que foi possível aplicar o questionário nos dois momentos. No que se refere às áreas alvo da nossa intervenção, constatou-se uma melhoria significativa no score da nutrição. Na tabela seguinte são apresentados os scores iniciais e finais do questionário Estilo de Vida Fantástico aplicado aos utentes do Fórum:

Utente	Início do estágio	Fim do estágio	
1	91 Muito bom	67 Regular	↓
2	78 Bom	82 Bom	↑
3	77 Bom		
4	80 Bom	68 Regular	↓
5	68 Regular	57 Regular	↓
6	86 Muito bom	94 Muito bom	↑
8	83 Bom		
10	83 Bom	85 Muito bom	↑
11	Sem capacidade resposta	Sem capacidade resposta	
12	48 Regular	90 Muito bom	↑
13	94 Muito bom		
15	84 Bom	86 Muito bom	↑
16	67 Regular	78 Bom	↑
17	55 Regular	98 Muito bom	↑
18		99 Muito bom	
19	90 Muito bom	78 Bom	↓
20	68 Regular	62 Regular	↓
21		67 Regular	
22	66 Regular	82 Bom	↑

ANEXO III

ESTUDO DE CASO: MÓDULO I



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Estudo de Caso

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Demência

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Módulo I

Ilda Isabel Moreira Lordelo

Docente: Prof. Aida Fernandes

Aluno: Ilda Lordelo

N.º Aluno: 316613010

Porto, Junho de 2014

SUMÁRIO

Nota Introdutória.....	96
1. Avaliação Inicial de Enfermagem.....	97
1.1. Dados biográficos	97
1.2. Antecedentes Pessoais.....	97
1.3. Medicação	97
1.4. Antecedentes Familiares.....	98
1.5. História Familiar e Social	98
1.5.1. Ecomapa	98
1.5.2. Genograma	99
1.6. Capacidade Física e para as atividades de vida	100
1.7. Capacidade cognitiva e estado emocional	101
1.8. Processo de transição saúde doença e história da doença atual	102
2. Enquadramento Teórico da patologia do Estudo de Caso	103
2.1. A problemática do envelhecimento e a Demência	103
2.2. Diagnóstico de Demência	103
2.3. Doença de Alzheimer.....	104
2.3.1. Etiologia.....	104
2.3.2. Tratamento.....	105
2.3.3. Classificação	105
3. Avaliação de vigilância de Enfermagem	107
4. Conceção dos Cuidados	108
5. Conclusão	113
6. Referências bibliográficas	114

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio, Módulo I – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, propus-me realizar um Estudo de Caso. O Estágio está a ser realizado na UCC de Matosinhos, no período compreendido entre 28 de Abril e 28 de Junho de 2014.

Com este trabalho pretendo dar a conhecer um caso clínico em particular, que é acompanhado no programa “Viver com a Demência”, com o objetivo principal de reflexão sobre a prestação de cuidados, face às necessidades do utente e sua família.

O Estudo de caso *“é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”* (1)

Por outro lado, deste forma sistematizada pretendo obter e consolidar conhecimentos acerca da aplicação do processo de enfermagem na prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica. *“O Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Assim, ele deve ser compreendido como um meio, e não um fim em si mesmo.”* (2)

Este trabalho tem as seguintes finalidades:

- Dar resposta a um dos objetivos do estágio;
- Refletir acerca da prestação de Cuidados Especializados em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Apresentar o trabalho, posteriormente, à equipa de enfermagem da UCC em contexto de formação em Serviço.

O trabalho está apresentado da seguinte forma: inicialmente uma apresentação do caso, onde é descrita a informação recolhida, e depois um enquadramento teórico acerca da patologia em causa. Após a avaliação inicial estar apresentada, é retratada numa segunda parte as restantes fases do processo de enfermagem, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção e avaliação. Durante o processo vai ser aplicada a linguagem CIPE® versão 2 (3).

A metodologia utilizada para a realização do Estudo de Caso é do tipo descritiva e baseada na reflexão crítica. Neste trabalho a referenciação de fontes bibliográficas consultadas foi realizada de acordo com a norma de *Vancouver*.

1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

1.1. Dados biográficos

A senhora X, possui 79 anos, é viúva há 6 anos, e tem cinco descendentes de dois maridos diferentes, com os quais esteve casada. É natural de Lisboa.

Durante o período noturno reside em casa própria, coabitando com uma filha que é divorciada. De segunda a sexta-feira passa o dia em Centro de Dia, no período compreendido entre as 9h e as 17h. Os restantes períodos que não se encontra na instituição passa em casa da sua filha mais velha.

Está reformada desde os 50 anos. No passado foi empregada fabril, e trabalhava numa fábrica de conserva de peixe. Não completou o 4º ano de escolaridade, e tem rendimentos oriundos da sua reforma.

É de religião evangélica.

1.2. Antecedentes Pessoais

Tem como antecedentes médicos Hipertensão Arterial. Como antecedentes cirúrgicos foi submetida a apendicectomia e histerectomia. Desconhecem-se alergias. Fez tratamento recente a uma infeção urinária.

Antecedentes psiquiátricos desconhecidos, provavelmente com síndrome depressivo de longa data.

1.3 Medicação

	Dosagem	Horário	Categoria
Quetiapina 50 mg	1 comp	Deitar	Antipsicótico
Alprazolam 0,5mg	1 comp	Manhã	Benzodiazepina
Zolpidem 10 mg	1 comp	Deitar	Benzodiazepina
Donepezilo 10 mg	1 comp	Manhã	Tratamento sintomático da demência de Alzheimer

Mirtazapina 30mg	1 comp	Manhã	Antidepressivo
Amlodipina 10 mg	1 comp	Manhã	Antihipertensor
Indapamida 2,5mg	1 comp	Manhã	Antihipertensor
Lansoprazol 30mg	1 comp.	Jejum	Protetor gástrico

1.4. Antecedentes Familiares

É relevante que a utente teve irmãos com patologia demencial provável. *“Todos muito nervosos”* (sic)

1.5. História Familiar e Social

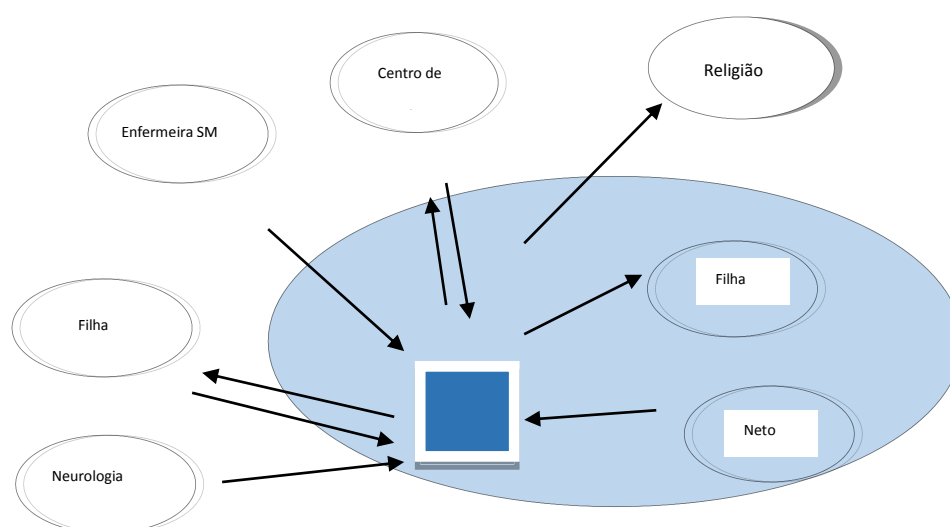
A D. X. cresceu numa família numerosa, a terceira numa família de 7 filhos. Família estruturada, com bom clima comunicacional. O pai era agente da Guarda Nacional Republicana. Segundo a filha da utente teve uma educação muito rigorosa.

Os pais já se encontram falecidos, o pai terá falecido de morte súbita, a mãe de causa desconhecida. Os irmãos estão todos falecidos, exceto uma, com patologia oncológica, diabetes, AVC.

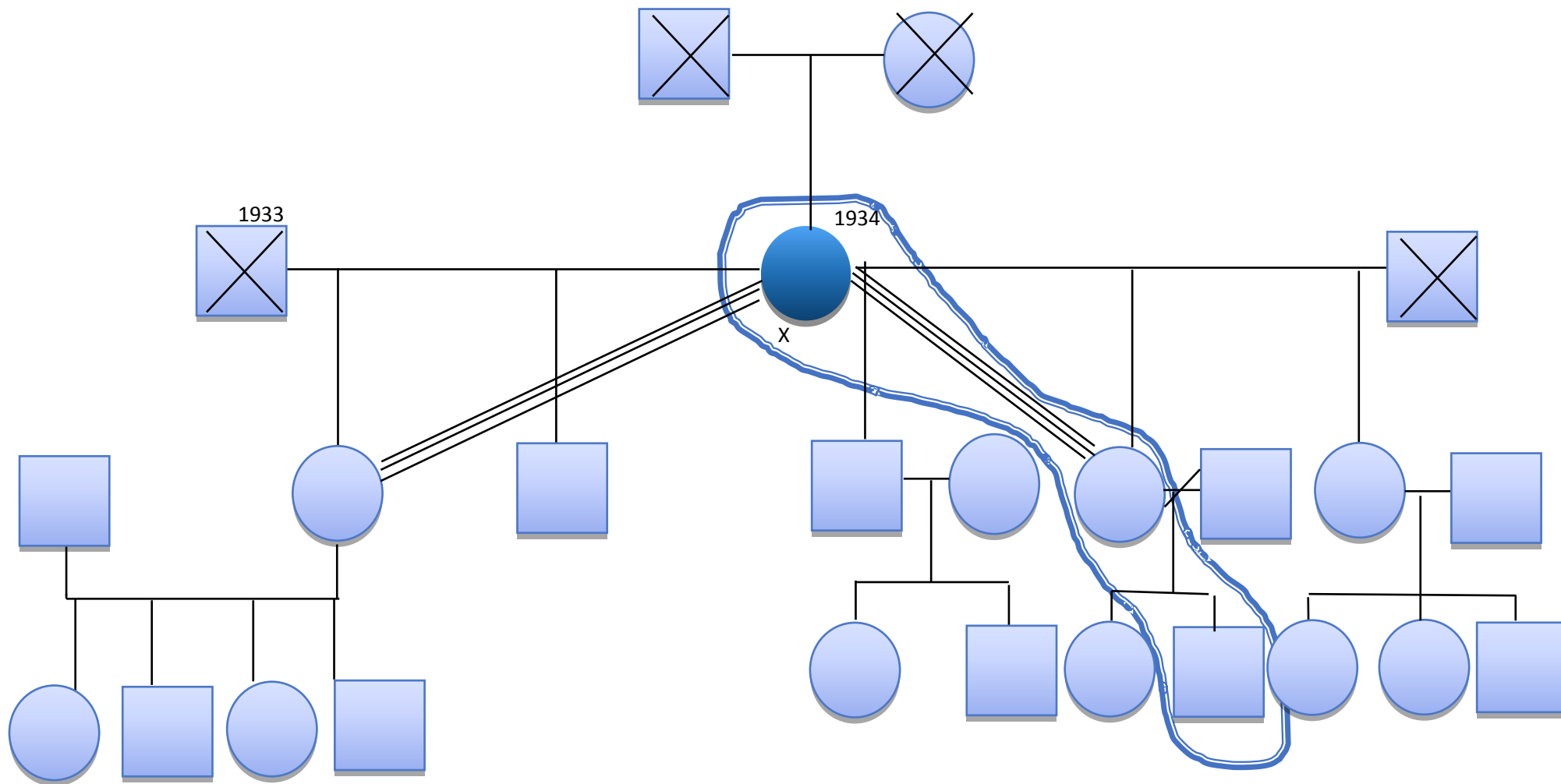
Teve 5 filhos, de 2 companheiros diferentes com os quais esteve casada, e viúva. As filhas da utente referem que a utente assumiu de que com o seu segundo marido nunca foi feliz, tendo tido uma relação muito forte com o seu primeiro marido.

Tem o apoio social por parte de um centro de dia.

1.5.1 Ecomapa



1.5.2. Genograma



1.6. Capacidade Física e para as atividades de vida

<i>Sistema imunitário</i>	Alergias desconhecidas
<i>Hábitos alimentares</i>	Seis refeições por dia
<i>Circulação</i>	Hemodinamicamente estável
<i>Dor</i>	Sem dor (score: 0, na escala numérica de 0 a 5)
<i>Eliminação intestinal</i>	Sem alterações
<i>Eliminação urinária</i>	Sem alterações
<i>Sistema tegumentar</i>	Íntegro e hidratado
<i>Mobilidade</i>	Independente (a)
<i>Autocuidado Higiene</i>	Dependente em grau moderado (a)
<i>Autocuidado Vestuário</i>	Dependente em grau reduzido (a)
<i>Autocuidado Comer e beber:</i>	Independente, apresenta bom estado nutricional com apetite preservado (a)
<i>Autocuidado Sono-Repouso</i>	Apresenta padrão diário de sono de 8 horas, com sono reparador e sem períodos de insónia
<i>Repouso durante o dia</i>	Não
<i>Acuidade visual</i>	Diminuída, usa óculos
<i>Acuidade auditiva</i>	Ligeira diminuição
<i>Atividades de vida avançadas</i>	Comprometidas (b)
<i>Atividades de vida instrumentais</i>	Comprometidas (b)

(a) Aplicada escala de Barthel com score de 85
(b) Aplicada escala de Lawton com score de 28

1.7. Capacidade cognitiva e estado emocional

<i>Consciência</i>	sem alteração
<i>Orientação no tempo</i>	utente desorientada no tempo (c)
<i>Orientação no espaço</i>	utente orientada no espaço (c)
<i>Memória</i>	amnésia anterógrada e retrógrada, com compromisso da memória imediata e recente, e algumas falhas na memória remota (c)
<i>Cálculo</i>	Mantém capacidade (c)
<i>Alexia e agrafia</i>	Mantém capacidade (c) (d)
<i>Habilidade construtiva</i>	Incapaz (c) (d)
<i>Percepção</i>	sem alteração
<i>Pensamento</i>	alterado QUANTO AO CURSO: taquipsiquismo, fuga de ideias, verborreica -QUANTO À FORMA: Ilógico com tangencialidade -QUANTO AO CONTEÚDO: atividade delirante de teor prejuízo e roubo
<i>Emoções</i>	Tensão e alguma ansiedade
<i>Humor</i>	Eutímico mas com labilidade emocional (e)
<i>Comportamento</i>	comportamento desadequado, desinibida
<i>Auto-agressão</i>	Não apresenta.
<i>Hetero-agressão</i>	Não apresenta
<i>Linguagem</i>	Presente afasia de expressão e de discurso incoerente face à realidade.

(c) Aplicada escala Mini Mental State Examination

(d) Aplicado teste do Relógio de Shulman

(e) Aplicada escala de depressão geriátrica

1.8. Processo de transição saúde doença e história da doença atual

Em 2010 iniciou quadro de alteração cognitiva, com alteração da memória. Iniciou seguimento em consultas de Neurologia. Fez exames complementares de diagnóstico, TAC cerebral, análises e estudo neuropsicológico. Foi diagnosticado inicialmente déficit cognitivo ligeiro/Demência de Alzheimer em estadio inicial. Desde o diagnóstico tem tido um agravamento progressivo. Estas alterações provocaram alterações comportamentais, que se começaram a repercutir nas atividades diárias da doente, bem como o surgimento de apraxia.

Em 2010 também se observou a presença de sintomatologia depressiva grave.

Mantém seguimento em consultas de neurologia no hospital, mantendo este acompanhamento, bem como de Psiquiatria de Ligação. Foi referenciada pela sua USF para a Unidade de Cuidados na Comunidade para o programa Viver com a Demência em 2012.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA DO ESTUDO DE CASO

2.1. A problemática do envelhecimento e a Demência

Estima-se que até 2050 a população mundial com idade superior a 60 serão 2 biliões. Especificamente em Portugal, a realidade é semelhante, a população idosa residente é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década, o número de idosos cresceu aproximadamente 19%, sendo que um quinto dos alojamentos é habitado por pessoas idosas. (5)

O efeito claramente negativo do rápido envelhecimento da população é o aumento do número de pessoas que sofrem de demência. Embora a demência afeta principalmente as pessoas mais velhas, que não é uma parte normal do envelhecimento. O número de pessoas no mundo que vivem com demência em 2011 foi estimada em 35,6 milhões, e estudos epidemiológicos indicam que este número deve crescer a um ritmo alarmante. Por outro lado a demência é uma das principais causas de incapacidade. (6)

A demência é devastadora, não só para os doentes, mas também para os seus cuidadores e famílias. Com um número crescente de pessoas que são afetadas pela demência, quase toda a população mundial conhece alguém que sofre de demência ou cuja vida foi tocada por ela. As consequências para as sociedades e as economias são devastadores em toda a parte, pela sua prevalência global e consequente impacto económico da demência em famílias, cuidadores e comunidades, e também pelo estigma associado e exclusão social. (6) A demência está se a tornar uma prioridade de saúde pública nos diferentes países e um foco de intervenção na Comunidade Europeia (7).

2.2. Diagnóstico de Demência

A Demência caracteriza-se pela perda global da função cognitiva que interfere nas atividades da pessoa, tanto na relação social como laboral. O Estado de Demência caracteriza-se por uma diminuição da memória recente e retrógrada conjuntamente com outros défices, como por exemplo: alterações do pensamento abstrato, juízo, coordenação, planificação e organização, linguagem, escrita e cálculo, cuja avaliação é necessária para chegar ao diagnóstico. (7)

Segundo o DSM-IV (8) a demência é uma síndrome caracterizada por degradação adquirida e persistente da função cognitiva que afeta a memória e pelo menos outra área como: alterações a nível da linguagem (afasia); capacidade para idealizar e realizar movimentos coordenados

para levar a cabo uma ato voluntário (apraxia); reconhecimento do que se percebe através dos sentidos (agnosia); capacidade executiva do indivíduo (planeamento, organização, sequenciação e abstração). Esta perda funcional é suficiente para causar uma desadaptação ao nível social e tem um início gradual e de declínio cognitivo contínuo. Na nova classificação do DSM-5, a demência sofre uma nova denominação, de **neurocognitive disorder**.

2.3. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é o tipo mais frequente de Demência, seguido de demência vascular. Outras causas de demência neurodegenerativa são a doença de Pick e outras demências frontais. As demências secundárias são menos frequentes como associadas à doença de Parkinson, a causas metabólicas e deficiências (défice de vitamina B12, hipotiroidismo), infeções do sistema nervoso central (VIH, sífilis) e a lesões intracranianas. (7)

A demência de Alzheimer é caracterizada por um declínio cognitivo progressivo e surge de forma insidiosa. Manifesta-se pela presença de sintomas neuropsicológicos conhecidos como os 6 A's, como a Amnésia, a Afasia, a Alexia, Agrafia, Apraxia e Agnosia. Para além desta sintomatologia, também podem estar presentes sintomas neuropsiquiátricos como a depressão, delírio paranoide, alucinação/ilusão, agressão/agressividade, deambulação. É evidente o prejuízo no pensamento abstrato, juízo crítico e controlo dos impulsos, as regras convencionais de conduta social são frequentemente ignoradas. O comportamento pode ser desinibido e inadequado. A higiene pessoal e a aparência são frequentemente negligenciadas. Na maioria das pessoas, a demência tem uma evolução progressiva e irreversível, interferindo com as capacidades sociais e ocupacionais. (9)

2.3.1. Etiologia

Os avanços tecnológicos em neurociências têm aumentado o conhecimento sobre o funcionamento do cérebro, sem esclarecer se as alterações de deterioração do cérebro atribuídas em grande medida ao envelhecimento, se são a causa do surgimento da doença de Alzheimer. (7)

A doença de Alzheimer caracteriza-se, histopatologicamente, pela perda sináptica maciça e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex e o estriado ventral. As características histopatológicas presentes no parênquima cerebral de pacientes portadores da doença de Alzheimer incluem depósitos fibrilares amiloidais localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novelos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação

O fator genético é considerado como preponderante na etiopatogenia da doença de Alzheimer. Cerca de 1/3 dos casos de doença de Alzheimer apresenta familiaridade e se comporta de acordo com um padrão de herança monogênica autossômica dominante. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a substâncias reativas de oxigênio e a aminoácidos neurotóxicos, e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas.. Embora os vários fatores de risco genéticos - APP, PS1 e PS2 - estejam associados à doença de Alzheimer, a presença do alelo do gene apolipoproteína E do tipo 4 (apoE4) demonstrou uma maior associação ao número de placas senis e placas vasculares, além de uma redução da função colinérgica em cérebros de pacientes portadores dessa patologia. (7)

2.3.2 Tratamento

Grandes esforços têm sido realizados para a compreensão e tratamento da doença de Alzheimer; entretanto, a terapia atual está longe de ser satisfatória. De fato, embora o tratamento realizado através da administração de inibidores da enzima acetilcolinesterase (AChE) tenha consistentemente demonstrado eficácia sintomática e redução na progressão da patologia, esses medicamentos produziram algum tipo de melhora em aproximadamente 30-40% dos pacientes portadores da doença de Alzheimer leve a moderada. Os inibidores da acetilcolinesterase (tacrina, rivastigmina, donepezil, galantamina) alteram a função colinérgica central ao inibir as enzimas que degradam a acetilcolina (enzimas acetilcolinesterase e butirilcolinesterase), aumentando, assim, a capacidade da acetilcolina de estimular os receptores nicotínicos e muscarínicos cerebrais. Desde a introdução desses medicamentos na prática clínica, os inibidores da AChE constituem o tratamento sintomático de escolha para a doença de Alzheimer (10)

O objetivo a curto ou a longo prazo de intervenção terapêutica é de restaurar a capacidade cognitiva, retardar a progressão da deterioração e melhorar o estado funcional dos pacientes com demência, assegurar a estabilização durante o maior tempo possível, para controlar os sintomas e prevenir as complicações e os problemas saúde e finalmente assegurar conforto na fase terminal da doença. O programa de intervenção a partir de uma psicoestimulação cognitiva cobrindo grande como as funções intelectuais preservadas e sua interação com as atividades suporte de vida diária, promover a função social do paciente, aumenta a eficiência dos fármacos atualmente disponíveis para a doença de Alzheimer e trazem benefícios em qualquer tipo de demência. (7)

2.3.3. Classificação

Na literatura atual têm sido propostas escalas que incluem a perda de funções decorrentes da própria idade e a deterioração observada nas demências do tipo da doença de Alzheimer. A classificação de Reisberg, denominada Escala de deterioração Global, é de simples aplicação,

relativamente específica e explicitamente bem definida. A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg et al (11). Segundo esta classificação a demência é estadiada em sete fases, representados na tabela seguinte:

Estádio	Sinais e sintomas
Estádio 1: sem alterações significativas	<i>Sem evidência objetiva ou subjetiva de défice cognitivo</i>
Estádio 2: queixas subjetivas de memória	<i>Estadio ainda considerado normal, a pessoa começa com algumas queixas mnésicas relacionadas com os esquecimentos de nomes, local de objetos, conversas/acontecimentos recentes. O doente mantém-se autónomo e estes sintomas passam habitualmente despercebidos à família. Na maioria dos casos, estas queixas são atribuídas à idade.</i>
Estádio 3: défice ligeiro de memória	<i>Verifica-se um agravamento das queixas anteriores com dificuldades no desempenho social ou familiar. A pessoa por vezes esquece os nomes de pessoas próximas, perde-se em lugares familiares, etc. A consciencialização desta problemática pode levar a um fenómeno de negação em que a pessoa minimiza as suas queixas e tenta encontrar uma justificação plausível.</i>
Estádio 4: demência ligeira ou inicial	<i>Os défices tornam-se mais visíveis e facilmente observáveis através da entrevista clínica. Surgem alguns comprometimentos a nível das atividades de vida diária, essencialmente nas atividades instrumentais.</i>
Estádio 5: demência moderada	<i>Com o agravamento dos défices, verificam-se dificuldades ao nível das atividades de vida diária; graves comprometimentos de memória; graves dificuldades de atenção, concentração e orientação; torna-se repetitivo. Frequentemente surgem alterações psiquiátricas e de comportamento.</i>
Estádio 6: demência grave	<i>O doente fica progressivamente e totalmente dependente, necessitando de ajuda na higiene, para vestir-se, para deslocar-se. Tem um discurso fragmentado sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de reconhecer os familiares.</i>
Estádio 7: demência muito grave	<i>De forma progressiva, o doente perde totalmente a linguagem e a marcha, fica incontinente, encontrando-se habitualmente acamado e necessitando de ajuda total ao nível das atividades de vida diária.</i>

3. AVALIAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM

Tendo em conta que a utente se encontra em Estadio da Demência moderadamente grave, podem-se verificar perturbações, às quais é necessário exercer atividades de vigilância de enfermagem.

Foco de atenção: Humor
Atividades de Vigilância:
- Aplicar Escala de Depressão Geriátrica - Vigiar humor
Dados obtidos:
Sem depressão segundo a Escala de Depressão Geriátrica.

Foco de atenção: Sono
Atividades de Vigilância:
- Questionar prestador de cuidados acerca da qualidade do sono; - Vigiar efeito da medicação prescrita.
Dados obtidos:
Sem alteração do ritmo sono-vigília

Foco de atenção: Percepção
Atividades de Vigilância:
- Vigiar alucinação
Dados obtidos:
Sem presença de alucinação

Foco de atenção: Comportamento agressivo
Atividades de Vigilância:
- Vigiar comportamento e confusão
Dados obtidos:
Apesar de apresentar comportamento por vezes desadequado face à realidade e desinibição não apresentou comportamento agressivo

Foco de atenção: Padrão de eliminação
Atividades de Vigilância:
- Vigiar eliminação intestinal e urinária
Dados obtidos:
Sem alterações na eliminação intestinal ou urinária

4. CONCEÇÃO DOS CUIDADOS

Tendo em conta a avaliação efetuada foi elaborado o seguinte planeamento de cuidados, sendo utilizada a linguagem da CIPE versão 2 (3).

Foco de atenção: Pensamento
Atividades de Diagnóstico:
<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar antecedentes de atividade delirante - Avaliar pensamento da doente (curso, forma e conteúdo) - Identificar teor da atividade delirante
Diagnóstico:
Pensamento alterado [Conteúdo, forma e curso]
Dados relevantes para o diagnóstico:
<p>A utente apresenta discurso por vezes centrado em prejuízo e roubo. Faz referência a prejuízo causado pela filha da utente. <i>“Ela não me dá de comer nem me lava a roupa”, “Rouba-me o dinheirinho todo”, “Se não fosse esta filha não sei o que seria de mim”</i> (sic)</p> <p>A filha refere que a utente manifesta este mesmo discurso em relação à sua irmã. Períodos de verborreia e discurso incoerente face à realidade.</p>
Critérios de Resultado/Objetivos
Que a utente manifeste menos períodos de discurso centralizado em prejuízo e roubo.
Intervenções:
<ul style="list-style-type: none"> - Executar terapia de orientação para a realidade - Executar terapia de validação - Executar técnicas de desvio de pensamento - Motivar a participação em atividades lúdicas - Vigiar a ação da doente - Gerir a comunicação - Incentivar o prestador de cuidados para a promoção de atividades recreativas na pessoa
Resultados obtidos:
Utente manteve no decorrer das visitas efetuadas momentos de referência ao delírio.

Foco de atenção: Orientação	
Atividades de Diagnóstico:	
Aplicar Escala Mini-Mental State Examination	
Diagnósticos:	
Orientação alterada	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade não demonstrado	Termo 25/6
Dados relevantes para o diagnóstico:	
Pontuação de 0 nas seguintes questões do Mini-Mental State Examination:	
<ul style="list-style-type: none"> - Em que ano estamos? - Em que mês estamos? - Em que dia do mês estamos? 	
Critérios de Resultado/Objetivos	
Que a utente mantenha o mesmo nível de orientação o máximo tempo possível.	
Capacitar a prestadora de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade.	
Intervenções:	
<ul style="list-style-type: none"> - Executar terapia de orientação para a realidade - Ensinar prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade - Instruir o prestador de cuidados sobre terapia de orientação para a realidade - Facilitar comunicação expressiva de emoções - Encorajar comunicação expressiva de emoções 	
Resultados Obtidos:	
A utente mantém classificação do Mini-Mental State Examination com score de 20, desde o último ano.	
A prestadora demonstra conhecimentos acerca da terapia de orientação para a realidade.	

Foco de atenção: Memória de curto prazo	
Atividades de Diagnóstico:	
- Aplicar Mini-Mental State Examination	
Diagnósticos:	
Memória de curto prazo comprometida	
Conhecimento da prestadora de cuidados acerca do treino da memória não demonstrado	Termo 25/06
Dados relevantes para o diagnóstico:	
Pontuação 0/3 no Mini-Mental State Examination na pergunta relativa à evocação.	
Critérios de Resultado/Objetivos	
Manutenção da memória; Capacitar a prestadora de cuidados sobre técnica de treino da memória	
Intervenções:	
<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o prestador de cuidados sobre o treino da memória - Instruir o prestador de cuidados sobre a técnica de treino da memória - Estimular a memória - Incentivar atividades de treino da cognição 	
Resultados Obtidos:	
Sem agravamento da memória, após realização do Mini-Mental State Examination.	
A prestadora de cuidados apresenta capacitação para realizar a técnica do treino da memória.	

Foco de atenção: Autocuidado higiene/vestuário	
Atividades de Diagnóstico:	
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar Escala de Barthel - Entrevista com a prestadora de cuidados 	
Diagnósticos:	
Autocuidado higiene dependente em grau moderado	Termo 25/06
Autocuidado vestuário dependente em grau reduzido	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas no autocuidado higiene/vestuário não demonstrado.	
Dados relevantes para o diagnóstico:	
Na escala de Barthel a utente teve pontuação 0 no Banho e 5 no vestir. A filha refere que a utente apresenta dependência para a higiene, e necessita de ajuda para o autocuidado vestuário	
Critérios de Resultado/Objetivos	
Que a filha da utente demonstre conhecimentos em assistir a utente no autocuidado higiene/vestuário.	
Intervenções:	
<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o autocuidado higiene - Instruir o prestador de cuidados no uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene/vestuário - Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene 	
Resultados Obtidos:	
A prestadora de cuidados demonstra conhecimento acerca de estratégias adaptativas no autocuidado higiene e vestuário	

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

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu-me consolidar o processo de aprendizagem. A abrangência do estudo de caso foi facilitadora da abordagem de uma grande variedade de situações/problemas que fomentam o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem, enquanto aluna da especialidade de saúde mental e psiquiatria. Por outro lado permitiu na sua realização a reflexão sobre a prática da enfermagem de saúde mental e psiquiatria no contexto dos cuidados de saúde primários. Este trabalho proporcionou muitos momentos de consideração, relativamente à problemática da demência de Alzheimer e as suas implicações no seio duma família. O Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel importante, na prestação de cuidados na comunidade. Para além de intervir na promoção da saúde e da qualidade de vida do doente com demência também intervém na promoção da satisfação do papel do cuidador, bem como prevenção da saturação do papel de prestador de cuidados.

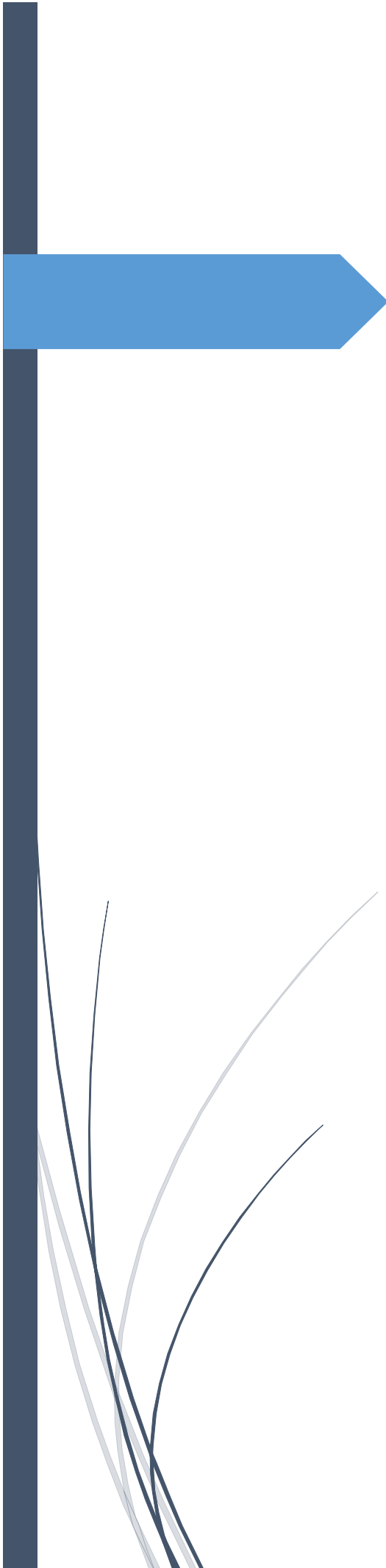
Como dificuldade na realização deste trabalho aponto o facto de a utente se encontrar a frequentar centro de dia, e só poder intervir no final da tarde. Este facto limitou a intervenção em termos de tempo, não tendo proporcionado o acompanhamento e intervenção pretendida durante o período de estágio. Contudo, penso ter atingido os objetivos propostos para a concretização do estudo de caso. O processo de enfermagem mostrou-se determinante para a qualidade dos cuidados, em todas as suas etapas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ponte, João Pedro** – *O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática*. Quadrante, 1994
2. **Garcia TR, Nóbrega MaML de**. *Processo de Enfermagem: Da Teoria à prática assistencial e de pesquisa*. Rev Enferm Esc Anna Nery. 2009;13(1):188–93.
3. **Ordem dos Enfermeiros** – *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
4. **Meleis, Afaf, et al.**, et al. *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*. *Advanced in nursing science*. 2000, Vol. 4 (9)
5. **Instituto Nacional de Estatística**. Censos 2011 - Resultados pré definitivos. 2012; [Online] 2012.
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
6. **Organização Mundial de Saúde**. *Demencia: Una prioridad de salud pública* (Organização Mundial de Saúde.). 2013. Acedido em
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1
- 7 **Tárraga L. & Boada M**. *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermeos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones. ISBN 84-7429-067-8
8. **American Psychiatric Association**. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª edição. Washington : American Psychiatric Association, 1995.
9. **Townsend M**. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ª edição. Harvard Mental Health Letter. Loures: Lusociência; 2011.
10. **SERENIKI, A. & VITAL, M.**. *A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos*. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2008, vol.30, n.1, suppl., pp. 0-0. ISSN 0101-8108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>.
- 11 **Reisberg B. Ferris SH, De Leon MJ et al**. *The global deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia*. Am. J Psychiatry 139, 1136, 1982

ANEXO IV

ATIVIDADE DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: MÓDULO I



Atividade de Formação em Serviço: Módulo I

UCC de Matosinhos

Ilda Lordelo



1. Planificação da Formação em Serviço

Tema: Apresentação de estudo de caso

Título: Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Demência

Local: Sala de Reuniões, UCC de Matosinhos

Data: 23 de Junho 2014

Duração: 35 minutos

Objetivo específico: - Dar a conhecer o trabalho efetuado no âmbito da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Aprofundar conhecimentos sobre o processo de enfermagem;

- Dar a conhecer instrumentos de avaliação diagnóstica e brochura efetuada no decorrer do estágio.

Material: Computador, data-show, apresentação em Prezi

Formador: Ilda Lordelo

População alvo: Enfermeiros da UCC de Matosinhos e alunos de enfermagem em Ensino Clínico do 4º ano

Metodologia: Expositiva

Objetivo geral: Refletir acerca da prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica

Introdução	Apresentação do formador e do objetivo da sessão	5 min
Desenvolvimento	Apresentação do estudo de caso centrado no processo de enfermagem. Discussão do plano de cuidados	20 min
Conclusão	Síntese da sessão, reforçando a importância de aliar a teoria à prática na procura da excelência do cuidar.	5 min
Avaliação	- Pelo indicador de processo: Adesão dos enfermeiros/alunos de enfermagem à formação/n.º total de enfermeiros/alunos de enfermagem no turno da Manhã e Tarde x 100 - Pela aplicação de questionário de avaliação da Formação em Serviço em vigor na UCC de Matosinhos.	5 min

2. Avaliação da formação em serviço

A sessão teve um período de apresentação muito limitado devido à orgânica e funcionamento do serviço. Desta forma, foi utilizado o método expositivo/participativo para a apresentação do estudo de caso. Com recurso a esta metodologia foi possível realizar uma boa gestão do tempo.

A sala utilizada não foi a inicialmente prevista. A sala de reuniões estava ocupada com atividades de outra unidade funcional, tendo que ser realizada na sala da ECCI. A mesma não ofereceu as condições ideais, contudo após algumas mudanças na disposição da sala pode-se oferecer as condições mínimas para a projeção da apresentação.

Os participantes mostraram interesse e participaram no decorrer da mesma para o esclarecimento de dúvidas, dada a especificidade de termos utilizados da área da saúde mental. A discussão do estudo de caso, permitiu a reflexão sobre a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. O conhecimento que a minha experiência como aluna me proporcionou até ao momento permitiu contribuir para algumas aprendizagens da equipa e aquisição de competências, bem como para a promoção de momentos de reflexão conjunta sobre o exercício de funções especializadas nesta área. Desta forma, a apresentação do estudo de caso contribuiu para a valorização do trabalho do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Comunidade.

Esta formação permitiu também o desenvolvimento de competências como formadora. A apresentação foi realizada no programa Prezi. Apesar de ter sido exigido mais tempo na elaboração da apresentação uma vez que foi a primeira vez que foi utilizado este programa, a apresentação tornou-se mais agradável e mais interativa.

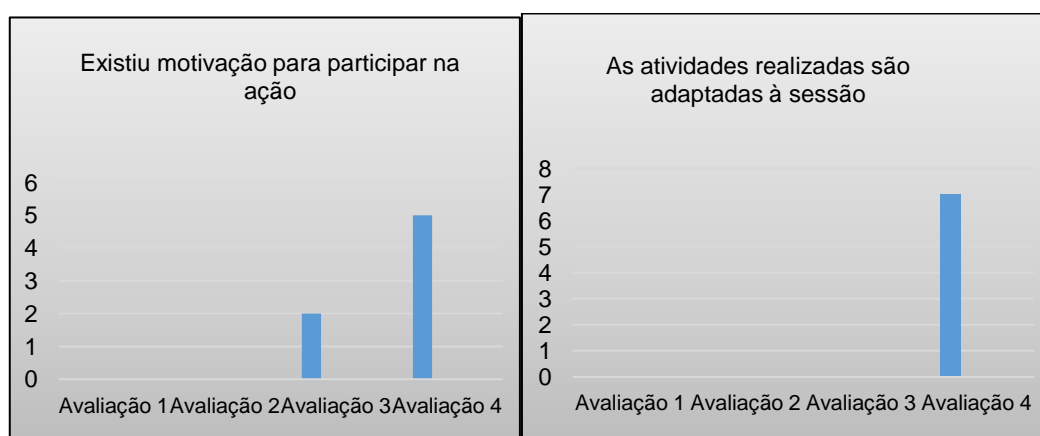
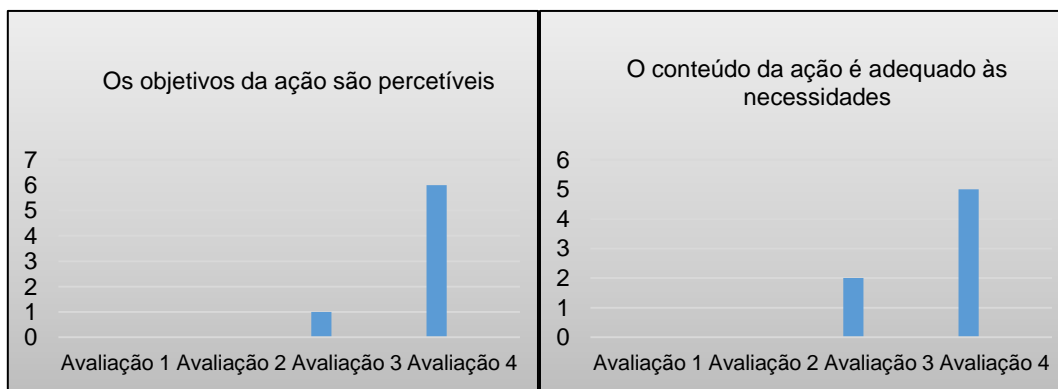
A avaliação da sessão foi realizada pelo indicador de processo previsto bem como pelo instrumento de avaliação de formação em Serviço da UCC de Matosinhos, tendo sido no geral bastante positiva.

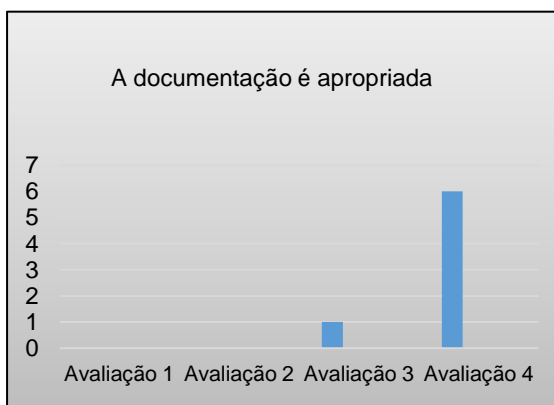
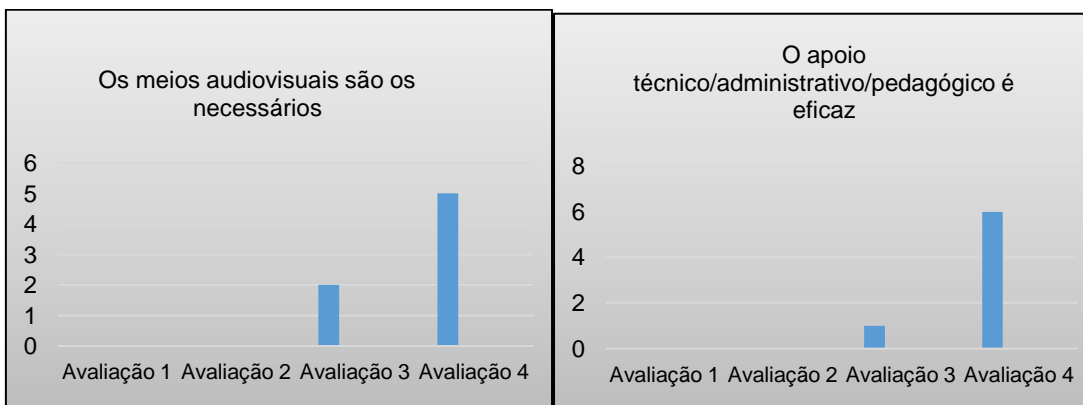
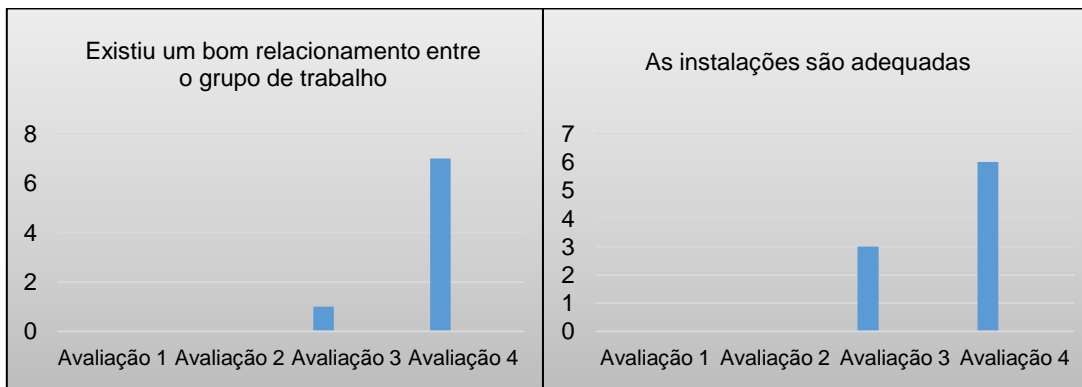
2.1. Avaliação da formação pela participação dos formandos

Adesão dos enfermeiros/alunos de enfermagem à formação
_____ x 100 7/9 = 78%
Número total de enfermeiros/alunos de enfermagem no turno da Manhã e Tarde

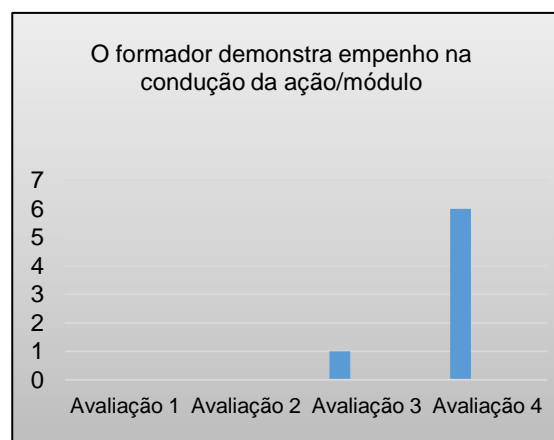
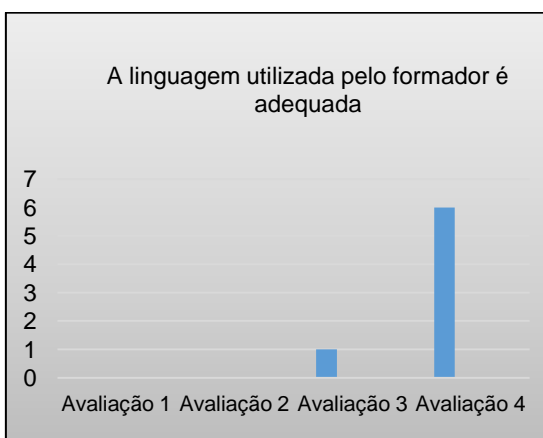
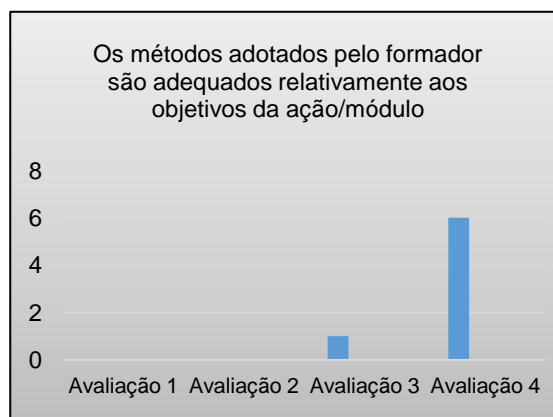
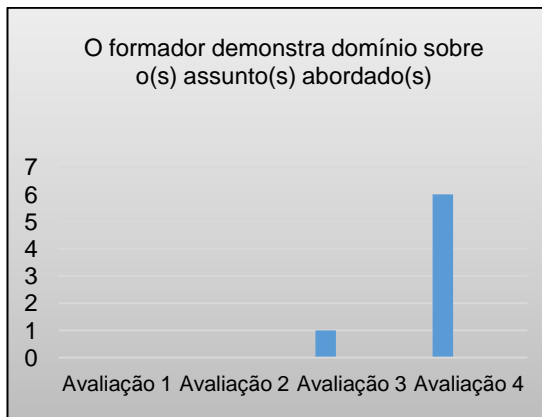
2.2. Apresentação dos resultados obtidos através do questionário de avaliação da formação em serviço:

2.2.1. Avaliação da Ação





2.2.2. Atuação do formador



ANEXO V

ESTUDO DE CASO: MÓDULO II



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Estudo de Caso

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Demência

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Módulo II

Ilda Isabel Moreira Lordelo

Docente: Prof. Aida Fernandes

Aluno: Ilda Lordelo

N.º Aluno: 316613010

Porto, Novembro de 2014

SUMÁRIO

Nota Introdutória	128
1. Avaliação Inicial de Enfermagem	129
1.1. Dados biográficos	129
1.2. Antecedentes Pessoais.....	129
1.3. História familiar/Antecedentes Familiares.....	129
1.3.1 Genograma.....	130
1.3.2 Ecomapa	130
1.4. Processo de transição saúde-doença e história da doença atual	131
1.5. Capacidade Física e para as atividades de vida	132
1.6. Capacidade cognitiva e estado emocional	133
1.7. Estilos de vida	134
2. Análise do caso à luz da Teoria de Médio-Alcance das Transições de Meleis	134
2.1. Tipo de Transição	134
2.2. Padrão de Transição.....	135
2.3. Propriedades das Transições:	135
2.4. Condições de transição:.....	136
3. Enquadramento Teórico da patologia do Estudo de Caso	137
3.1. Demência mista	137
3.1.1. Demência de Alzheimer	137
3.2. Diagnóstico de Demência	139
3.3. Classificação	139
4. Avaliação de vigilância de Enfermagem	141
5. Conceção dos Cuidados	142
6. Atividades interdependentes.....	150
7. Discussão dos resultados	152
8. conclusão	153
9. Referências bibliográficas	154
Anexos do Estudo de Caso.....	155
Anexo A: Escala de Barthel.....	157
Anexo B: Escala de Edmonson.....	159
Anexo C: Escala de Lawton.....	161
Anexo D: Mini Mental State Examination.....	165
Anexo E: Teste do relógio de Shulman.....	171
Anexo F: Escala de depressão geriátrica.....	175

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio, Módulo II, propus-me realizar um Estudo de Caso. O Estágio está a ser desenvolvido no serviço de Psicogeriatrics do Hospital de Magalhães Lemos, no período compreendido entre 15 de Setembro e 8 de Novembro de 2014.

Com este trabalho pretendo dar a conhecer um caso clínico em particular, dum utente internado em regime de Hospital de Dia, com o objetivo principal de reflexão sobre a prestação de cuidados, face às necessidades do utente e sua família.

O Estudo de caso *“é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”* (1)

Por outro lado, deste forma sistematizada pretendo obter e consolidar conhecimentos acerca da aplicação do processo de enfermagem na prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica. *“O Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Assim, ele deve ser compreendido como um meio, e não um fim em si mesmo.”* (2)

Este trabalho tem as seguintes finalidades:

- Dar resposta a um dos objetivos do estágio;
- Refletir acerca da prestação de Cuidados Especializados em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Planear e implementar um plano de cuidados de enfermagem de acordo com o processo de enfermagem.

O trabalho está apresentado da seguinte forma: inicialmente uma apresentação do caso, onde é descrita a colheita de dados realizada, uma análise do caso à luz da teoria das transições de Meleis e um enquadramento teórico acerca da patologia em causa. Após a avaliação inicial estar apresentada, é retratada numa segunda parte as restantes fases do processo de enfermagem, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção e avaliação. Durante o processo vai ser aplicada a linguagem CIPE® versão 2 (3). A metodologia utilizada para a realização do Estudo de Caso é do tipo descritiva e baseada na reflexão crítica. Neste trabalho a referenciação de fontes bibliográficas consultadas foi realizada de acordo com a Norma Portuguesa.

1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

A avaliação inicial é o primeiro passo do processo de Enfermagem. Esta foi realizada de acordo com o documento de Avaliação Inicial de Enfermagem em vigor no Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria, em formato papel (Anexo A). Contudo, a informação foi agrupada em duas tabelas (1,2) de forma a sistematizar a informação recolhida. Os dados recolhidos para a mesma foram obtidos através da consulta do processo clínico do utente, entrevista com o utente, através da aplicação de escalas de avaliação diagnóstica, discussão com os elementos da equipa e entrevista à esposa do utente.

1.1. Dados biográficos

O Senhor M, nasceu no Porto na Foz em 10 de Dezembro de 1946. Tem 67 anos. É o 3^a numa fratria de 4: A, H e M. Completou a 4^a classe, fez exame de admissão e passado uns meses começou a trabalhar numa papelaria, onde sempre trabalhou até à idade da reforma. Casou aos 20 anos com a D. G. mais nova do que ele 2 anos. A esposa trabalhou num salão de cabeleireiro e está reformada por invalidez. Têm quatro filhos: A. casado, trabalha na construção civil; J. casado, trabalha numa confeitaria; M., casado vive na Holanda; N, casado tem café no Porto. O Sr. M. cumpriu serviço militar no Porto, era telefonista no Hospital Militar. Vive com a esposa num apartamento, num 13^o andar. É de religião católica.

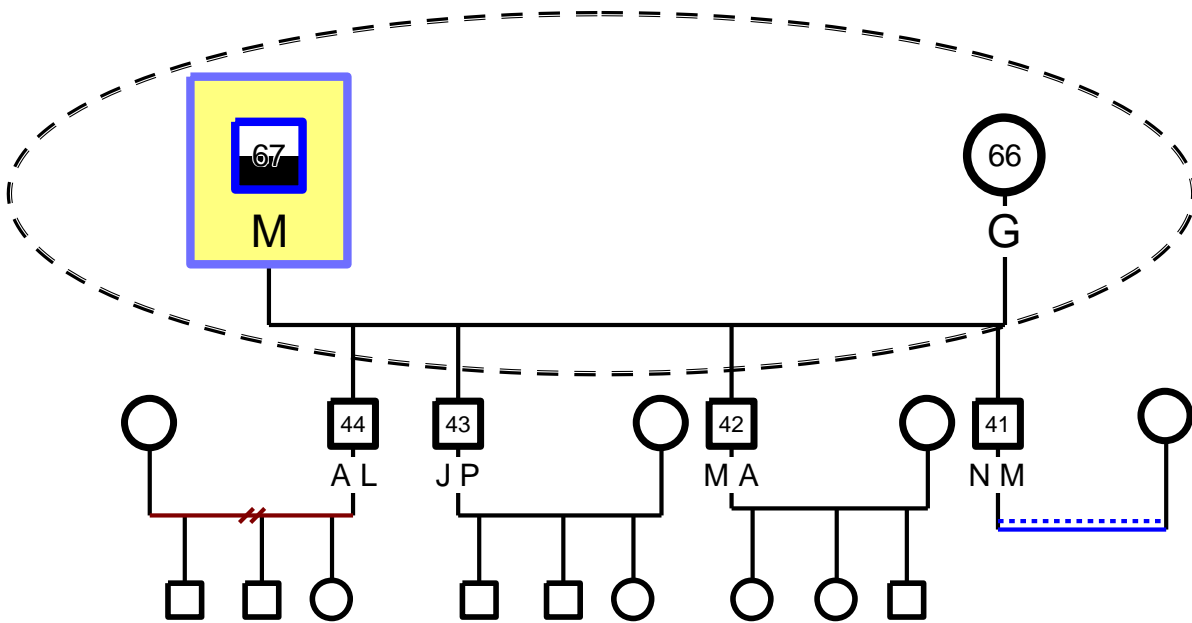
1.2. Antecedentes Pessoais

Tem como antecedentes médicos: fumador, alcoolismo crónico, cancro da laringe em 2001 (recusou cirurgia, fez radioterapia), doença cerebrovascular (primeiro AVC em 2006) DPOC e dislipidemia.

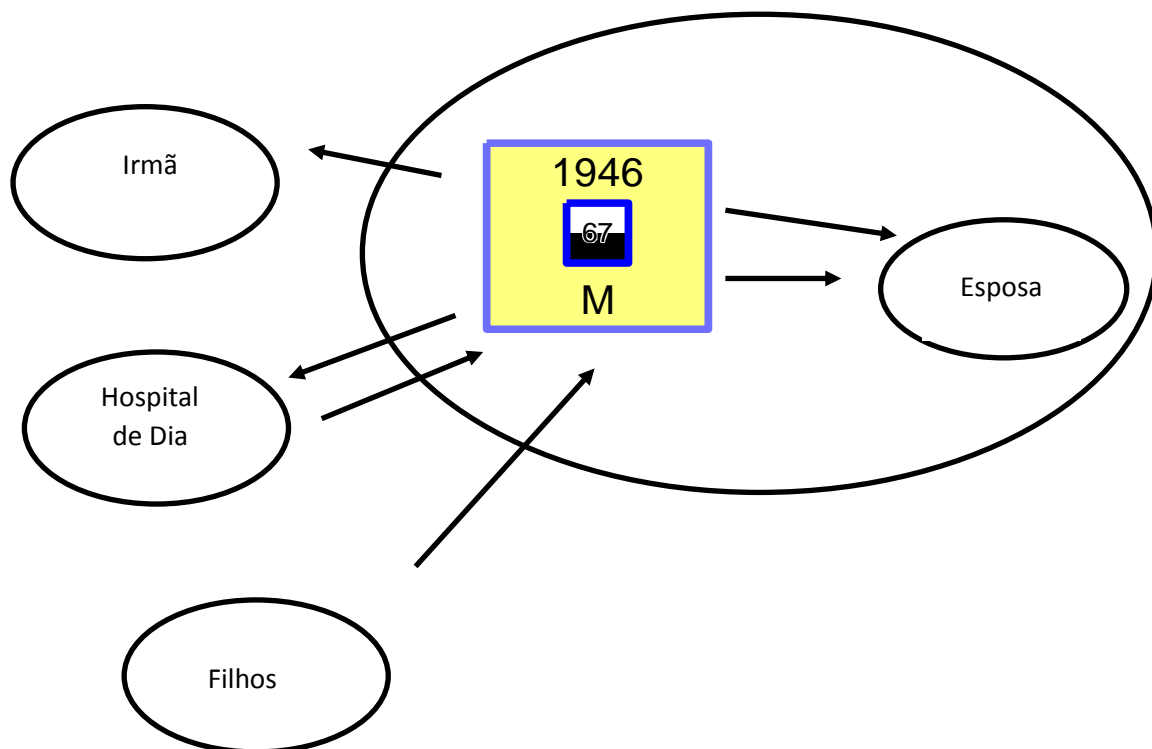
1.3. História familiar/Antecedentes Familiares

Sem história da doença psiquiátrica conhecida, bem como internamentos de familiares em psiquiatria conhecidos.

1.3.1 Genograma



1.3.2 Ecomapa



1.4. Processo de transição saúde-doença e história da doença atual

Os dados da história da doença atual foram obtidos por meio de consulta do processo clínico do utente.

Em Março de 2013 iniciou episódios de confusão noturna “*queria sair de casa*”. Iniciou também sintomatologia depressiva “*em baixo...levanta-se de noite... come pouco...*” e baixa iniciativa. Foi referenciado para psiquiatria pela médica de família. Teve a primeira consulta multidimensional no serviço de Psicogeriatria do Hospital de Magalhães Lemos em Julho de 2013. Nessa consulta não apresentava défices cognitivos mnésicos a valorizar, com défices a nível visuo-construtivo (MMSE 24 pontos, teste do relógio 1 ponto). O doente mantinha autonomia.

Desde esta primeira consulta teve agravamento dos défices. Em Novembro de 2013, em consulta médica a esposa refere agravamento do quadro com inquietação, alucinações visuais e confusão. A esposa refere: “*estava à janela com o cigarro apagado e teimava que estava aceso e vinha à janela e fazia com que tivesse a tirar a cinza.. a conversar com ele já não havia diálogo... dizia que estavam pessoas no teto... olhava para o chão e via coisas e tentava apanhar...*” Deixou de fumar e também de beber nesta altura, porque deixou ter funcionalidade que lhe permitisse sair de casa sozinho.

Em Janeiro de 2014 família relata alterações disruptivas do comportamento e do sono, com agravamento de heteroagressividade e agravamento das perturbações do sono, comportamento de risco com tentativas de fuga. Foi programado seguimento em Hospital de Dia para avaliação multidisciplinar, ajuste de medicação, estimulação e promoção da regularização do ritmo sono/vigília.

Em 28 Agosto de 2014, foi admitido no internamento por apresentar heteroagressividade, alterações do sono, confusão e ideias de ciúme. Teve também episódio de desinibição no hospital de dia. Este internamento teve a duração de 8 dias, tendo sido regularizado o padrão de sono. Regressou ao regime de hospital de dia em 5 de Setembro de 2014.

A esposa assume o papel de principal prestadora de cuidados, e é a própria que acompanha o utente diariamente ao serviço no turno da manhã. Tem o apoio da irmã/cunhado que normalmente vão buscar o Sr. M ao hospital de dia no final do dia.

1.5. Capacidade Física e para as atividades de vida

Sistema imunitário	Alergias desconhecidas
Alimentação	Peso: 53Kg Altura: 1,65m IMC: 19,47 Hábitos alimentares: Cinco refeições por dia, dieta geral picada Alergias alimentares: desconhecidas
Circulação	Tensão arterial: 116/63mmhg Frequência cardíaca: 63bat/min. Pulso cheio e rítmico
Dor	0 - Sem dor
Eliminação	Intestinal: continente fecal, hábitos intestinais uma vez ao dia Urinária: continente (a)
Tegumentos	Pele íntegra, sem feridas ou zonas de pressão.
Mobilidade	Autónomo, história de quedas no domicílio (b) Sem risco de queda.
Autocuidado Higiene	Dependente em grau reduzido, com necessidade de incentivo e de ser assistido (a)
Autocuidado Vestuário	Dependente em grau reduzido (a)
Autocuidado Uso do sanitário	Autónomo (a)
Autocuidado Comer e beber:	Autónomo, com diminuição do apetite (a)
Autocuidado Sono-Repouso	Há referência por parte da esposa de insónia inicial e episódios pontuais de insónia intermédia, segundo a esposa chega a fazer por vezes 2 a 3 levantes durante a noite. Alega por exemplo “ter de vir dormir ao hospital para ir a Lisboa com um técnico”
Acuidade visual	Diminuída, usa óculos
Acuidade auditiva	Sem alterações
Atividades de vida avançadas	Comprometidas

Atividades de vida instrumentais	Comprometidas (c)
----------------------------------	-------------------

- b) Aplicada escala de Barthel com score de 80 (em anexo B)
- c) Aplicada escala de Edmonson com score de 89 (em anexo C)
- d) Aplicada escala de Lawton com score de 30 (em anexo D)

1.6. Capacidade cognitiva e estado emocional

Consciência	Períodos de sonolência
Orientação no tempo	Utente desorientado no tempo (d)
Orientação no espaço	Utente orientado no espaço (d)
Memória	Compromisso da memória imediata e recente, e algumas falhas na memória remota (d)
Cálculo	Mantém capacidade (d)
Alexia e agrafia	Mantém capacidade (d) (e)
Habilidade construtiva	Incapaz (d) (e)
Perceção	Sem alteração
Pensamento	QUANTO AO CURSO: bradipsiquismo e bloqueio -QUANTO À FORMA: sem alteração -QUANTO AO CONTEÚDO: sem alteração
Emoções	Sem alteração
Humor	Eutímico (f)
Comportamento	Adequado
Autoagressão	Sem presença de ideação suicida
Autocontrolo	História de heteroagressividade para com a esposa
Razões para a ação	Religião Católica
Sexualidade	Heterossexual

(d) Aplicada escala Mini Mental State Examination (em anexo E)

(e) Aplicado teste do Relógio de Shulman (em anexo F)

(f) Aplicada escala de depressão geriátrica (em anexo G)

1.7. Estilos de vida

O utente refere ter sido columbófilo muitos anos e que chegou a ter mais de duzentos pombos. Refere gostar de jogar dominó e de ler o Jornal de Notícias. Menciona gostar de ir ao café, tomar um café e fumar um cigarro enquanto a esposa vai à padaria. Gosta de passear, relata já ter ido à Holanda umas 4 ou 5 vezes. Gosta também de ver televisão: jogos de futebol, a telenovela da noite que a esposa acompanha.

Era fumador e tem história de alcoolismo. Terá deixado de beber e fumar em Novembro de 2013.

2. ANÁLISE DO CASO À LUZ DA TEORIA DE MÉDIO-ALCANCE DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Uma transição ocorre sempre que um acontecimento resulta numa mudança nas conceções acerca de si mesmo e do mundo, requerendo, deste modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações (4).

Existem várias transições previsíveis no curso da demência, e os cuidados numa fase inicial são muitas vezes fornecidos por cuidadores familiares. Em fases posteriores, muitas vezes incluem a mudança para outros ambientes de cuidados. Transições importantes para as pessoas com demência e seus familiares e / ou cuidadores incluem o diagnóstico inicial de demência; planeamento avançado de gestão económica e cuidados de saúde; proibição de condução; controle de sintomas comportamentais; mudanças nas rotinas familiares; e preparação para o final da vida. (5)

Em seguida é realizado um enquadramento da situação do utente em estudo, segundo a Teoria das transições de Meleis.

2.1. Tipo de Transição

O senhor M. está a experienciar uma transição do tipo saúde/doença, uma vez que se encontra numa situação de evolução da demência, sendo caracterizado por súbitas mudanças que resultam, neste caso, da passagem de um estado de saúde para um de doença (4). Segundo a EDG, relativamente à progressão da demência, encontra-se no estadio 5, demência moderada.

Uma vez que o Sr M, já se encontra neste estadió da doença, e necessariamente com maior grau de dependência para as atividades de vida, a sua esposa está a vivenciar um processo de transição situacional, para prestadora de cuidados.

2.2. Padrão de Transição

Simples – O senhor M. apresenta uma doença, que lhe condiciona mudanças no seu estado de saúde geral.

2.3. Propriedades das Transições:

Consciencialização:

A consciencialização está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciencialização reflete-se muitas vezes no grau de concordância entre o que a pessoa sabe sobre os processos e as respostas esperadas (4).

Dado que a utente possui a cognição comprometida, neste momento a utente não possui insight para a sua situação de saúde, o que se traduz numa condição dificultadora. O utente, na fase de doença em que se encontra, não possui a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Contudo, esta consciencialização está presente na prestadora de cuidados, que vai descrevendo as alterações disruptivas do comportamento, maior dependência e agravamento das capacidades cognitivas

Envolvimento:

Relacionado com o grau de interesse demonstrado no processo inerente à transição, podendo ser traduzida pela procura de informação, uso de modelos de referência, ou seja preparar-se ativamente para a sua nova situação de saúde (4).

No estadió em que se encontra o utente, o mesmo não possui interesse, uma vez que não tem consciência da sua situação de saúde. A esposa do utente, que se encontra a vivenciar a transição, envolve-se com interesse na prestação de cuidados ao Sr. M, e procura junto dos profissionais de saúde adquirir mais informações da nova situação de saúde do marido.

Mudança e diferença:

Para entender completamente um processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, roturas de relacionamentos e rotinas, ideias, percepções ou identidades (4).

O senhor M., devido à sua situação de agravamento insidioso da sua doença, teve que integrar o Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria. Para a esposa, esta mudança que teve que ser implementada, induziu a diferenças significativas na sua rotina diária, mas por outro lado proporcionou momentos de alívio.

Duração da Transição:

Todas as transições são caracterizadas pelo tempo, existindo um período desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, até aos períodos de instabilidade e confusão para um eventual término, seguido de um período de estabilidade ou um novo recomeço (4).

O utente ainda continua a vivenciar a transição, uma vez que a demência tem carácter progressivo. Contudo, esta transição vai-se manter até agravamento para um novo estadio da progressão da doença.

Pontos Críticos e Eventos:

Pontos críticos estão muitas vezes associados a uma crescente consciência da mudança ou diferença ou ainda a um envolvimento mais ativo ao lidar com a experiência de transição (4). Para a esposa do utente, esta transição teve grandes momentos de vulnerabilidade como: o diagnóstico efetuado, alterações de comportamento do marido com heteroagressividade, alterações do padrão de sono, bem como as alterações da sua rotina.

2.4. Condições de transição:

Inibidores:

Significado: Os significados atribuídos aos eventos desencadeadores de uma transição e ao próprio processo de transição podem facilitar ou restringir transições saudáveis. (4). A utente não tem consciencialização do seu estado. Para a prestadora de cuidados, um fator inibidor é toda uma história de vida problemas conjugais.

Facilitadores:

Pessoais: Apoio por parte da irmã do utente, bem como dos filhos. O fato de não terem dificuldades económicas bem como a preparação e conhecimento da doença aquando do diagnóstico, e do seu carácter crónico e progressivo.

Comunitários: Os recursos comunitários também facilitam ou inibem as transições. (4) O internamento em Hospital de Dia veio facilitar a transição, principalmente para a prestadora de cuidados.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA DO ESTUDO DE CASO

A Demência caracteriza-se pela perda global da função cognitiva que interfere nas atividades da pessoa, tanto na relação social como laboral. O Estado de Demência caracteriza-se por uma diminuição da memória recente e retrógrada conjuntamente com outros défices, como por exemplo: alterações do pensamento abstrato, juízo, coordenação, planificação e organização, linguagem, escrita e cálculo, cuja avaliação é necessária para chegar ao diagnóstico. (5)

Os quatro tipos de Demência mais comuns por ordem de frequência são: a doença de Alzheimer, demência vascular, a demência com corpos de Lewy e demência frontotemporal. (6)

3.1. Demência mista

A um quadro resultante da associação da doença de Alzheimer e do comprometimento cognitivo vascular/demência vascular corresponde a demência mista, que é uma condição ainda mal definida e cuja importância tem-se vindo a afirmar. É uma demência relativamente prevalente, principalmente no idoso. A fisiopatologia é especialmente importante para melhor compreensão da gênese do quadro clínico. A expressão clínica da Demência de Alzheimer é sequenciada e previsível, de acordo com o estadió anatomoclínico. Já a Demência vascular expressa-se de modo variado, na dependência da localização e extensão da(s) lesão(ões) subjacente(s). Assim, as manifestações clínicas da Demência Mista, correspondem às da Demência de Alzheimer associadas às de um determinado quadro de Demência Vascular. O diagnóstico nem sempre é fácil e frequentemente não é considerado. (7)

3.1.1. Demência de Alzheimer

A demência de Alzheimer é caracterizada por um declínio cognitivo progressivo e surge de forma insidiosa. Os avanços tecnológicos em neurociências têm aumentado o conhecimento sobre o funcionamento do cérebro, sem esclarecer se as alterações de deterioração do cérebro atribuídas em grande medida ao envelhecimento, se são a causa do surgimento da doença de Alzheimer. (5)

A doença de Alzheimer caracteriza-se, histopatologicamente, pela perda sináptica maciça e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas,

incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex e o estriado ventral. As características histopatológicas presentes no parênquima cerebral de pacientes portadores da doença de Alzheimer incluem depósitos fibrilares amiloidais localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novelos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação

O fator genético é considerado como preponderante na etiopatogenia da doença de Alzheimer. Cerca de 1/3 dos casos de doença de Alzheimer apresenta familiaridade e se comporta de acordo com um padrão de herança monogênica autossômica dominante. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a substâncias reativas de oxigênio e a aminoácidos neurotóxicos, e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas.. Embora os vários fatores de risco genéticos - APP, PS1 e PS2 - estejam associados à doença de Alzheimer, a presença do alelo do gene apolipoproteína E do tipo 4 (apoE4) demonstrou uma maior associação ao número de placas senis e placas vasculares, além de uma redução da função colinérgica em cérebros de pacientes portadores dessa patologia. (5)

3.1.2. Demência vascular

O termo demência vascular tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de doença cerebrovascular. É mais frequentemente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas, mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos, demência associada a lesões extensas da substância branca, angiopatia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.

A Demência Vascular é a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais, correspondendo a cerca de 10% dos casos, com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos.

Os fatores de risco para a Demência vascular estão relacionados com a idade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, doenças cérebro e cardiovasculares, entre outros.

O diagnóstico deste subtipo de demência baseia-se, atualmente, em critérios específicos que incluem a história clínica, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem. O elemento diagnóstico principal, no entanto, é o estabelecimento de relação causal entre o comprometimento cerebrovascular e o quadro demencial. (8)

3.2. Diagnóstico de Demência

Segundo o DSM-IV (9) para o diagnóstico de demência é necessário preencher os seguintes critérios:

1. Perda de memória, e qualquer uma das seguintes alterações:
 - afasia
 - apraxia
 - agnosia
 - comprometimento das funções executivas
2. Alterações anteriores são graves o suficiente para afetar o desenvolvimento das atividades ocupacionais e/ou sociais, e representam uma deterioração comparativamente à capacidade prévia nestas funções
3. As alterações não ocorrem exclusivamente durante um episódio de *delirium*
4. Um ou vários fatores orgânicos julgados etiologicamente responsáveis pelos transtornos são evidenciados pela anamnese, exame psíquico ou exames complementares.

Na nova classificação do DSM-5, a demência sofre uma nova denominação, de **neurocognitive disorder**.

3.3. Classificação

Na literatura atual têm sido propostas escalas que incluem a perda de funções decorrentes da própria idade e a deterioração observada nas demências. A classificação de Reisberg, denominada Escala de deterioração Global, é de simples aplicação, relativamente específica e explicitamente bem definida. A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg et al (10). Segundo esta classificação a demência é estadiada em sete fases, representados na tabela seguinte:

Estádio	Sinais e sintomas
Estádio 1: sem alterações significativas	<i>Sem evidência objetiva ou subjetiva de déficit cognitivo</i>
Estádio 2: queixas subjetivas de memória	<i>Estadio ainda considerado normal, a pessoa começa com algumas queixas mnésicas relacionadas com os esquecimentos de nomes, local de objetos, conversas/acontecimentos recentes. O doente mantém-se autónomo e estes sintomas passam habitualmente despercebidos à família. Na maioria dos casos, estas queixas são atribuídas à idade.</i>

Estádio 3: défice ligeiro de memória	<i>Verifica-se um agravamento das queixas anteriores com dificuldades no desempenho social ou familiar. A pessoa por vezes esquece os nomes de pessoas próximas, perde-se em lugares familiares, etc. A consciencialização desta problemática pode levar a um fenómeno de negação em que a pessoa minimiza as suas queixas e tenta encontrar uma justificação plausível.</i>
Estádio 4: demência ligeira ou inicial	<i>Os défices tornam-se mais visíveis e facilmente observáveis através da entrevista clínica. Surgem alguns comprometimentos a nível das atividades de vida diária, essencialmente nas atividades instrumentais.</i>
Estádio 5: demência moderada	<i>Com o agravamento dos défices, verificam-se dificuldades ao nível das atividades de vida diária; graves comprometimentos de memória; graves dificuldades de atenção, concentração e orientação; torna-se repetitivo. Frequentemente surgem alterações psiquiátricas e de comportamento.</i>
Estádio 6: demência grave	<i>O doente fica progressivamente e totalmente dependente, necessitando de ajuda na higiene, para vestir-se, para deslocar-se. Tem um discurso fragmentado sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de reconhecer os familiares.</i>
Estádio 7: demência muito grave	<i>De forma progressiva, o doente perde totalmente a linguagem e a marcha, fica incontinente, encontrando-se habitualmente acamado e necessitando de ajuda total ao nível das atividades de vida diária.</i>

4. AVALIAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM

Tendo em conta a avaliação inicial de Enfermagem realizada e uma vez que o utente se encontra em Estadio da Demência moderada, com deterioração cognitiva moderadamente grave, segundo a escala de deterioração Global de Reisberg, podem-se verificar perturbações, às quais é necessário exercer atividades de vigilância de enfermagem.

Foco de atenção: Pensamento
Atividades de Vigilância:
- Vigiar pensamento, relativamente a conteúdo delirante
Dados obtidos:
Pensamento sem alteração relativamente ao conteúdo.

Foco de atenção: Comportamento agressivo
Atividades de Vigilância:
- Vigiar comportamento; - Entrevistar esposa acerca do comportamento do utente no domicílio.
Dados obtidos:
Esposa refere episódios pouco frequentes de alguma hostilidade, contudo sem teor agressivo. Sem episódios de heteroagressividade no decorrer do período de internamento.

Foco de atenção: Padrão de eliminação
Atividades de Vigilância:
- Monitorizar eliminação intestinal; - Vigiar episódios de incontinência urinária e intestinal; - Entrevistar esposa acerca do padrão intestinal e urinário.
Dados obtidos:
Sem alterações na eliminação intestinal. Teve no serviço episódio de incontinência urinária (24/10).

Atividade de vigilância: Tensão Arterial e Frequência cardíaca
Atividades de Vigilância:
- Monitorizar tensão arterial (Turno manhã); - Monitorizar frequência cardíaca (Turno da manhã).
Dados obtidos:
Utente manteve valores de tensão arterial e frequência cardíaca dentro dos seus parâmetros normais.

5. CONCEÇÃO DOS CUIDADOS

Tendo em conta a avaliação efetuada foi elaborado o seguinte planeamento de cuidados, segundo a linguagem da CIPE versão 2 (3).

Foco de atenção: Orientação		
Atividades de Diagnóstico:		
Aplicar Escala Mini-Mental State Examination (MMSE) , em anexo E.		
Diagnóstico:		
Início: 25/09	Orientação alterada	Fim:
Dados relevantes para o diagnóstico:		
Pontuação de 0 nas seguintes questões do MMSE (relacionadas com a alteração temporal):		
<ul style="list-style-type: none"> - Em que mês estamos? - Em que dia do mês estamos? - Em que dia da semana estamos? 		
Crítérios de Resultado/Objetivos		
Melhorar a orientação do utente ou que mantenha o mesmo nível de orientação o máximo tempo possível.		
Intervenções:		Horário
Início: 26/9	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar orientação; - Gerir o ambiente físico; - Executar terapia de orientação para a realidade: <ul style="list-style-type: none"> • No início do turno pela atualização do calendário da sala de convívio • No decorrer do turno • No decorrer do programa individual de estimulação cognitiva - Facilitar comunicação expressiva de emoções 	Todos os turnos
Fim:		Todos os turnos
		Todos os turnos
		Todos os turnos

	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar comunicação expressiva de emoções - Estimular a participação em atividades de Terapia Ocupacional; - Estimular a participação em atividades do programa de Psicomotricidade; - Incentivar a participação em sessão de estimulação cognitiva de grupo; - Realizar atividade de estimulação cognitiva de grupo; - Incentivar a participação em sessão de estimulação cognitiva de grupo; - Realizar atividade de estimulação cognitiva de grupo; - Incentivar o uso de relógio. 	<p>Todos os turnos</p> <p>Todos os turnos</p> <p>Terça e quarta</p> <p>17/10</p> <p>17/10</p> <p>23/10</p> <p>23/10</p> <p>Todos os turnos</p>
Atividades de avaliação:		
<p>Todos os turnos</p> <p>28/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar ao longo do turno a orientação do utente; - Aplicar de novo o MMSE. 	
Resultados Obtidos:		
29/09	Utente mostrou-se desorientado no tempo durante a sessão de Estimulação Cognitiva Individual.	
30/09	Utente orientado no tempo e no espaço, no decorrer da sessão de Estimulação Cognitiva Individual.	
7/10	Utente desorientado no tempo e orientado no espaço.	
13/10	<p>Utente no decorrer da atividade de Estimulação Cognitiva Individual desorientada relativamente ao dia do mês, orientado no espaço.</p> <p>Utente desorientado no tempo e orientado no espaço.</p>	
17/10	Utente desorientado no tempo e orientado no espaço.	
27/10	Aplicado o MMSE:	
28/10	<p>Pontuação de 0 nas seguintes questões do MMSE (relacionadas com a alteração temporal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em que mês estamos? - Em que dia do mês estamos? <p>Pontuação de 0 na seguinte questão do MMSE (relacionada com a alteração espacial):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em que andar estamos? 	

Foco de atenção: Memória		
Atividades de Diagnóstico:		
Aplicar Escala Mini-Mental State Examination (Em anexo E)		
Diagnóstico:		
Início: 25/09	Memória comprometida	Fim:
Dados relevantes para o diagnóstico:		
No Mini-Mental State Examination o utente respondeu acertadamente às perguntas no teste de retenção e em apenas duas no teste de evocação. O utente apresenta com frequência episódios de confabulação.		
Critérios de Resultado/Objetivos		
Manutenção da memória		
Intervenções:		Horário
- Gerir a comunicação;		Todos os turnos
- Estimular a memória segundo programa individual de estimulação cognitiva;		30/09; 21/10
- Incentivar participação em sessão do programa individual de estimulação cognitiva;		30/09; 21/10
- Incentivar a participação em atividades de Terapia Ocupacional;		Todos os turnos
- Incentivar a participação em sessão de estimulação cognitiva de grupo;		17/10/2014
- Realizar atividade de estimulação cognitiva de grupo;		17/10/2014
- Estimular a participação em atividades do programa de Psicomotricidade;		Terça e Quarta
- Incentivar a participação em sessão de estimulação cognitiva de grupo;		23/10/2014
- Realizar atividade de estimulação cognitiva de grupo;		23/10/2014
Atividades de avaliação:		
28/10	- Aplicar o MMSE.	
Resultados Obtidos:		
24/10	Após realização do MMSE, melhoria da memória de evocação (3/3).	

Foco de atenção: Sono		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistar a esposa acerca do padrão de sono do utente no domicílio; - Vigiar padrão de sono. 		
Diagnóstico:		
Início: 25/09	Sono alterado	Fim:
Dados relevantes para o diagnóstico:		
<p>O utente manifesta períodos de sonolência diurnos, e períodos de insónia intermédia no período da noite. Esposa refere que o utente tem 2 a 3 períodos que acorda durante a noite mas quando é orientado para a cama retoma o sono.</p> <p>Esposa refere que no final da tarde o utente está muito sonolento.</p>		
CrITÉRIOS de Resultado/Objetivos		
Que o utente regularize o seu padrão de sono.		
Intervenções:		Horário
- Vigiar sinais de sonolência durante o turno;		Todos os turnos
- Entrevistar a esposa sobre qualidade do sono do utente e sonolência diurna;		Todos os turnos
- Incentivar o utente a participar nas atividades da unidade;		Todos os turnos
- Gerir o ambiente físico;		SOS
- Ensinar a esposa acerca da gestão do ambiente físico no domicílio;		SOS
- Ensinar a esposa acerca da importância de limitar a ingestão de líquidos ao utente no final da tarde e noite;		SOS
- Vigiar efeito da medicação prescrita;		Todos os turnos
- Referir ao médico alterações do padrão de sono;		SOS
Atividades de avaliação:		

- Entrevista com a esposa acerca do padrão de sono no domicílio

- Vigiar padrão de sono

Resultados Obtidos:

19/9	Esposa refere que o utente está muito sonolento no final da tarde e que durante a noite tem sono fragmentado; Sonolento após o almoço. Manteve segundo a esposa 2 episódios de insónia intermédia. Desperto durante o turno.
29/9	Esposa refere que o utente tem estado muito sonolento no final da tarde, e sono fragmentado. Períodos de sonolência durante as atividade que participou.
7/10	Esposa refere preocupação uma vez que o utente esteve sonolento durante todo o fim de semana e acorda durante a noite cerca de 3 vezes, mas quando é orientado para a cama retoma o sono. Utente sonolento durante o turno.
13/10	Esposa refere apenas um despertar durante a noite (período que se pôs de pé em cima da cama), mais desperto no decorrer do turno, sem períodos de sonolência.
21/10	Esposa refere sonolência durante o dia, e que mantém episódios de insónia intermédia.
24/10	Esposa refere que o utente mantém sono fragmentado durante a noite, contudo menos sonolento durante o dia. Utente desperto durante o turno.
3/11	

Foco de atenção: Capacidade para vestir-se		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar Escala de Barthel (em anexo B) - Observação do uso de sanitário. 		
Diagnóstico:		
Início: 25/09	Capacidade para vestir-se comprometida em grau reduzido	
Fim:		
Dados relevantes para o diagnóstico:		
Na escala de Barthel o utente teve pontuação 5 no vestir. O utente necessita de ajuda e incentivo para completar as tarefas no autocuidado vestuário (nomeadamente apertar o botão das calças).		
Critérios de Resultado/Objetivos		
Que o utente mantenha a sua autonomia na realização das atividades de vida diária, nomeadamente na capacidade para vestir-se.		
Intervenções:		Horário
<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no autocuidado vestuário; - Promover autonomia - Supervisionar atividades - Respeitar o ritmo do utente na execução das atividades 		SOS
		Todos os turnos
		Todos os turnos
		Todos os turnos
Atividades de avaliação:		
24/10	Aplicar Escala de Barthel	
Resultados Obtidos:		
13/10	Utente necessita de ser assistido no autocuidado vestuário após uso do WC, contudo é o próprio que solicita ajuda	

Foco de atenção: Alucinação		
Atividades de Diagnóstico:		
Avaliação do comportamento e discurso do utente		
Diagnóstico:		
Início: 13/10	Alucinação	Fim: 3/11
Dados relevantes para o diagnóstico:		
Utente refere: <i>“estão ali fora guardas da gnr com armas em punho... ali debaixo daquela árvore...”</i>		
Critérios de Resultado/Objetivos		
Que o utente não apresente alucinações		
Intervenções:		Horário
- Gerir o ambiente físico;		Todos os turnos
- Gerir a comunicação;		Todos os turnos
- Executar terapia de orientação para a realidade;		Todos os turnos
- Vigiar alucinação;		SOS
- Referir ao médico.		SOS
Atividades de avaliação:		
Todos os turnos	- Avaliar ao longo do turno se o utente manifesta atividade alucinatória.	
Resultados Obtidos:		
15/10	Utente não manifestou aparentemente atividade alucinatória	
17/10	Utente mantém discurso que manifesta presença de atividade alucinatória visual <i>“os guardas da gnr estão ali fora... debaixo da árvore....”</i> Sem presença de atividade alucinatória.	
24/10	Sem presença de atividade alucinatória, dá-se termo ao diagnóstico.	

Foco de atenção: Stress do prestador de cuidados	
Atividades de Diagnóstico:	
Entrevista com a esposa do utente aquando da admissão do utente no turno da manhã.	
Diagnóstico:	
Início: 25/09	Stress do prestador de cuidados
Dados relevantes para o diagnóstico:	
Prestadora de cuidados manifesta sinais de cansaço físico e mental. Refere: <i>“estou muito cansada... não durmo uma noite há muito tempo...”</i>	
Critérios de Resultado/Objetivos	
Termo do diagnóstico e prevenir a saturação no papel de prestadora de cuidados	
Intervenções:	Horário
- Vigiar sinais de saturação no papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Assistir o prestador de cuidados na identificação de vantagens no desempenho do papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Facilitar a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida;	Todos os turnos
- Elogiar envolvimento do prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados;	Todos os turnos
- Facilitar comunicação expressiva de emoções;	Todos os turnos
- Encorajar comunicação expressiva de emoções.	Todos os turnos
- Informar sobre psicopatologia;	Todos os turnos
Atividades de avaliação:	
Turno da manhã	- Avaliar por entrevista aquando da admissão do utente, se a esposa do utente mantém o diagnóstico de Stress do Prestador de Cuidados
Resultados Obtidos:	
3/11	A esposa do utente mantém sinais de cansaço físico e mental. Não foi possível dar termo ao diagnóstico

6. ATIVIDADES INTERDEPENDENTES

Fármaco prescrito	Descrição farmacológica
Quetiapina	<p>Categoria: Antipsicótico.</p> <p>Indicações: Tratamento dos sintomas de desordens psicóticas.</p> <p>Ação: Provavelmente atua como antagonista da dopamina e da serotonina. Também antagoniza os recetores da H1 da histamina e os recetores adrenérgicos alfa. Efeitos terapêuticos: diminuição das manifestações das psicoses</p>
Sertralina	<p>Categoria: Antidepressivo (inibidor seletivo da recaptção da serotonina)</p> <p>Indicações: Usado no tratamento de depressão, crises de pânico, perturbações obsessivo-compulsivas, stress pós-traumático</p> <p>Ação: Inibe a recaptção da serotonina no SNC, potenciando a atividade da serotonina. Tem pouco efeito na noradrenalina e na dopamina. Efeitos terapêuticos: ação antidepressiva</p>
Donepezilo	<p>Categoria: Anti-Alzheimer (inibidor das colinesterases)</p> <p>Indicações: Tratamento da demência leve a moderada associada à doença de Alzheimer</p> <p>Ação: Melhora a função colinérgica por inibição da acetilcolinesterase. Efeitos terapêuticos: Pode atenuar temporariamente alguma da demência associada à doença de Alzheimer, não altera o percurso da doença.</p>
Sinvastatina	<p>Categoria: Antihiperlipidémico (Inibidor da redutase da HMG-CoA)</p> <p>Indicações: Tratamento adjuvante da terapêutica dietética, no tratamento da hipercolesterolemia primária e de dislipidemias mistas.</p> <p>Ação: Inibe a enzima, redutase da 3-hidróxi-3-metilglutaril-coenzima A (CoA) que é responsável por catalisar um passo inicial da síntese do colesterol. Efeitos terapêuticos: Diminuição do colesterol total e das LDL. Aumenta ligeiramente as HDL e diminui o colesterol VLDL e os triglicéridos.</p>
Ácido acetilsalicílico	<p>Classificação: Antiagregante plaquetar</p> <p>Indicações: Profilaxia de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio</p> <p>Ação: Diminui a agregação plaquetária. Efeito terapêutico: Diminuição da incidência de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio.</p>
Ácido fólico	<p>Classificação: Vitamina (hidrossolúvel)</p> <p>Indicações: Prevenção e tratamento de anemias megaloblásticas e macrocíticas.</p> <p>Ação: Necessário para a síntese proteica e para a função dos glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas. Efeitos terapêuticos: Reestabelecimento e manutenção da hematopoiese normal.</p>

Seretaide Diskus	<p>Classificação: Broncodilatador de longa duração de ação</p> <p>Indicações: reduz o número de exacerbações dos sintomas da DPOC</p> <p>Ação: Seretaide contém dois fármacos, salmeterol e propionato de fluticasona: O salmeterol é um broncodilatador de longa duração de ação. Os broncodilatadores ajudam as vias aéreas pulmonares a permanecerem abertas. Isto faz com que seja mais fácil para o ar entrar e sair. Os efeitos duram pelo menos 12 horas. O propionato de fluticasona é um corticosteroide, que reduz a inflamação e a irritação nos pulmões.</p>
-------------------------	---

Das atividades interdependentes fazem parte as prescrições médicas bem como as atitudes terapêuticas. Na tabela seguinte é apresentada a terapêutica prescrita bem como uma descrição da Categoria, Indicações e Ação terapêutica (11).

Na tabela seguinte é realizada uma apresentação da dosagem da terapêutica prescrita, bem como o horário de administração (sendo que em hospital de dia apenas foi administrada a medicação prescrita ao almoço e lanche), data de início e termo de administração.

	Dosagem	Horário	Início	Fim
Quetiapina	25 mg	Pequeno almoço	5/9/2014	16/10/2014
		Almoço	5/9/2014	24/10/2014
		Lanche	5/9/2014	6/10/2014
Quetiapina	50 mg	Deitar	5/9/2014	
Sertralina	50 mg	Jantar	5/9/2014	
Donepezilo	5 mg	Jantar	5/9/2014	
Sinvastatina	20 mg	Jantar	5/9/2014	
Ácido acetilsalicílico	150 mg	Almoço	5/9/2014	
Ácido fólico	5 mg	Almoço	5/9/2014	
Sereteide bomba inalatória	1 inalação	Pequeno almoço	5/9/2014	
		Deitar	5/9/2014	

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta a avaliação inicial do utente, foi traçado um planeamento de cuidados. Este foi implementado no decorrer do estágio, tanto com intervenções de enfermagem de cuidados gerais, como com intervenções de enfermagem especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de âmbito psicoterapêutico.

A intervenção psicoterapêutica foi realizada de forma individual, segundo um programa de intervenção individual de intervenção na cognição. Este demonstrou ganhos, em funções cognitivas, como na memória a curto prazo e na linguagem (espelhados no trabalho Intervenção na Cognição realizado no decorrer deste estágio), retratados nos testes cognitivos aplicados. Também foram realizadas intervenções psicoterapêuticas de grupo.

O utente mostrou uma oscilação do seu estado durante a implementação dos cuidados, nomeadamente a nível da orientação, da perceção, atenção, tendo tido períodos de sonolência diurna, que melhoram de forma substancial após diminuição gradual da dosagem da quetiapina (ficou apenas com 50 mg ao deitar).

Relativamente às atividades de vida diária, teve ligeiro agravamento da dependência, segundo Escala de Barthel por ter apresentado episódio de incontinência. Relativamente às atividades instrumentais, não teve melhoria, tendo mantido dependência severa. Preservou, segundo a escala de depressão geriátrica, depressão ligeira.

Relativamente à intervenção realizada à prestadora de cuidados, mostrou-se insuficiente para a resolução do diagnóstico de Stress do Prestador cuidados. O ideal seria ter efetuado no decorrer da realização do estudo de caso, uma intervenção sistematizada de âmbito psicoeducativo e de apoio à prestadora de cuidados, contudo não foi possível por questões de tempo. Porém, penso que o internamento em regime de Hospital de Dia, apesar de ter como principal objetivo a Estimulação, só por si tem um papel importante no alívio da sobrecarga, bem como prevenção de saturação no papel de prestadora de cuidados.

8. CONCLUSÃO

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu-me consolidar o processo de aprendizagem. A abrangência do estudo de caso foi facilitadora da abordagem de uma grande variedade de situações/problemas que fomentam o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem, enquanto aluna da especialidade de saúde mental e psiquiatria. Por outro lado permitiu na sua realização a reflexão sobre a prática da enfermagem de saúde mental e psiquiatria num serviço de Psicogeriatria.

Este trabalho proporcionou muitos momentos de consideração, relativamente à problemática da demência e as suas implicações no seio duma família.

Penso ter atingido os objetivos propostos para a concretização do estudo de caso. O processo de enfermagem mostrou-se determinante para a qualidade dos cuidados, em todas as suas etapas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PONTE, JOÃO PEDRO. *O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática*. Quadrante, 1994
2. GARCIA TR, NÓBREGA MAML DE. *Processo de Enfermagem: Da Teoria à prática assistencial e de pesquisa*. Rev Enferm Esc Anna Nery. 2009;13(1):188–93.
3. ORDEM DOS ENFERMEIROS – CIPE versão 2: *Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
4. MELEIS, AFAF, ET AL., et al. *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*. Advanced in nursing science. 2000, Vol. 4 (9)
5. ROSE, K., LOPEZ, R., (May 31, 2012) *Transitions in Dementia Care: Theoretical Support for Nursing Roles OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 17, No. 2, Manuscript 4. DOI: 10.3912/OJIN.Vol17No02Man04 Disponível online: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Transitions-in-Dementia-Care.html>
5. TÁRRAGA L. & BOADA M. *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones. ISBN 84-7429-067-84.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Demencia: Uma prioridade de saúde pública (Organização Mundial de Saúde)*. 2013. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1
7. ENGELHARDT, E. *Mixed dementia: from concept to treatment* Rev. bras. neurol;40(4):33-54, out.-dez. 2004.
8. CARAMELLI PAULO, M. *COMO DIAGNOSTICAR AS QUATRO CAUSAS MAIS FREQUENTES DE DEMÊNCIA?*. Rev. Bras. Psiquiatr. [Serial na internet]. 2002 abril [cited 2014 04 de novembro]; 24 (Suppl 1): 7-10. Disponível a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500003&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>.
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª edição. Washington : American Psychiatric Association, 1995
10. REISBERG B. FERRIS SH, DE LEON MJ ET AL. The global deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J Psychiatry* 139, 1136, 1982
11. DEGLIN, H.; APRIL, H – *Guia farmacológico para enfermeiros*. Loures, Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-47-9

ANEXOS DO ESTUDO DE CASO

ANEXO A

ESCALA DE BARTHEL

RESULTADO DA ESCALA DE BARTHEL:

1. Aplicada a 25/09/2014

Alimentação	5
Banho	0
Atividades Rotineiras	0
Vestir-se	5
Intestino	10
Sistema Urinário	10
Uso do sanitário	10
Transferência	15
Mobilidade	15
Escadas	10
Total 80	

2. Aplicada a 28/10/2014


Alimentação	5
Banho	0
Atividades Rotineiras	0
Vestir-se	5
Intestino	10
Sistema Urinário	5
Uso do sanitário	10
Transferência	15
Mobilidade	15
Escadas	10
Total 75	

ANEXO B

ESCALA DE EDMONSON

Escala de Edmonson

Avaliação do risco de queda

Factor de risco	Condições a avaliar	Avaliação (x)
Idade	Menos de 50 anos	
	De 50 a 79 anos	X
	80 ou mais anos	
Estado mental	Totalmente Alerta / Orientado no tempo e espaço	
	Agitado / ansioso	
	Confuso por períodos	
	Confuso / Desorientado	X
Eliminação	Independente, com controle de esfíncteres vesical e intestinal	
	Com cateter vesical / Ostomizado	
	Eliminação com ajuda	
	Eliminação alterada (incontinência, nictúria, poliúria, ...)	X
	Incontinência, mas com independência na deambulação	
Medicação	Sem medicação	
	Medicação cardíaca	
	Medicação psicotrópica (incluindo benzodiazepinas e antidepressivos)	X
	Medicação em SOS (psiquiátrica, analgésica, etc,) administrada nas últimas 24 horas	
Diagnóstico médico	Abuso de substâncias / Abuso de álcool	
	Neurose / Neurose Depressiva	
	Psicoses	
	Depressão major	
	Distúrbios da personalidade	
	Perturbações orgânicas e atraso mental	
	Demência / Delírium	X
Deambulação / Equilíbrio	Independente / Deambulação segura / imobilizado	X
	Uso apropriado de apoios à deambulação (canadianas, andarilho, ...)	
	Vertigens / Hipotensão ortostática / Fraqueza generalizada	
	Deambulação periclitante / necessitado de ajuda e treino de competências na deambulação	
	Deambulação periclitante sem consciência das limitações	
Nutrição	Alimentou-se e ingeriu líquidos nas últimas 24 horas em quantidades insuficientes	
	Sem aparentes problemas de apetite	X
Distúrbios do sono	Sem distúrbios do sono	
	Relato de distúrbios do sono pela família, pelo doente ou pela equipa	X
História anterior de quedas	Sem história anterior de quedas	
	História de quedas nos últimos 3 meses	X
Score total =		89
SEM RISCO DE QUEDA 		

ANEXO C

ESCALA DE LAWTON

Escala funcional de Lawton-Brody

Aplicada a 25/09/14

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	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
	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
	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
	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
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Total		30

O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte:

8 pontos – Independente;

9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;

> 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Validado para a população portuguesa por Sequeira (2007).

Escala funcional de Lawton-Brody

Aplicada a 28/10/14

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	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
	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
	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
	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
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Total		30

O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte:

8 pontos – Independente;

9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;

> 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Validado para a população portuguesa por Sequeira (2007).

ANEXO D

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Data: 26/09/2014

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? ___✓___
Em que mês estamos? ___X___
Em que dia do mês estamos? ___X___
Em que dia da semana estamos? ___X___
Em que estação do ano estamos? ___✓___

Nota: ___2___

Em que país estamos? ___✓___
Em que distrito vive? ___✓___
Em que terra vive? ___✓___
Em que casa estamos? ___✓___
Em que andar estamos? ___✓___

Nota: ___5___

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra ___✓___
Gato ___✓___
Bola ___✓___

Nota: ___3___

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 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. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ___✓___
Gato ___✓___
Bola ___X___

Nota: ___2___

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio ___✓___
Lápis ___✓___

Nota: ___2___

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: ___1___

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: 2

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 lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: 1

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

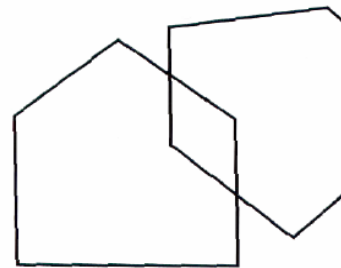
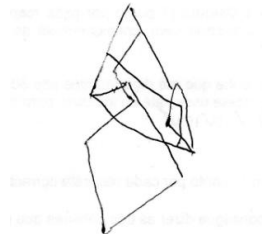
Frase:

Nota: 0

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: 0

TOTAL(Máximo 30 pontos): 23

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Data: 28/10/2014

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? ___✓___
Em que mês estamos? ___X___
Em que dia do mês estamos? ___X___
Em que dia da semana estamos? ___✓___
Em que estação do ano estamos? ___✓___

Nota: __3__

Em que país estamos? ___✓___
Em que distrito vive? ___✓___
Em que terra vive? ___✓___
Em que casa estamos? ___✓___
Em que andar estamos? ___X___

Nota: __4__

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra ___✓___
Gato ___✓___
Bola ___✓___

Nota: __3__

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 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. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ___✓___
Gato ___✓___
Bola ___✓___

Nota: __3__

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio ___✓___
Lápis ___✓___

Nota: __2__

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: __1__

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

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 lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: 1

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

Frase:

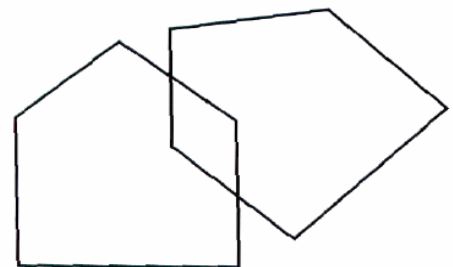
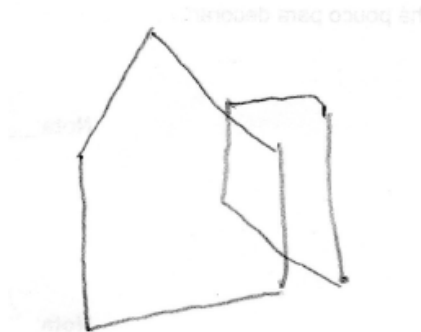
FECHA GATO E BOLA FECHAGATOS
05

Nota: 0

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: 0

TOTAL(Máximo 30 pontos): 25

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

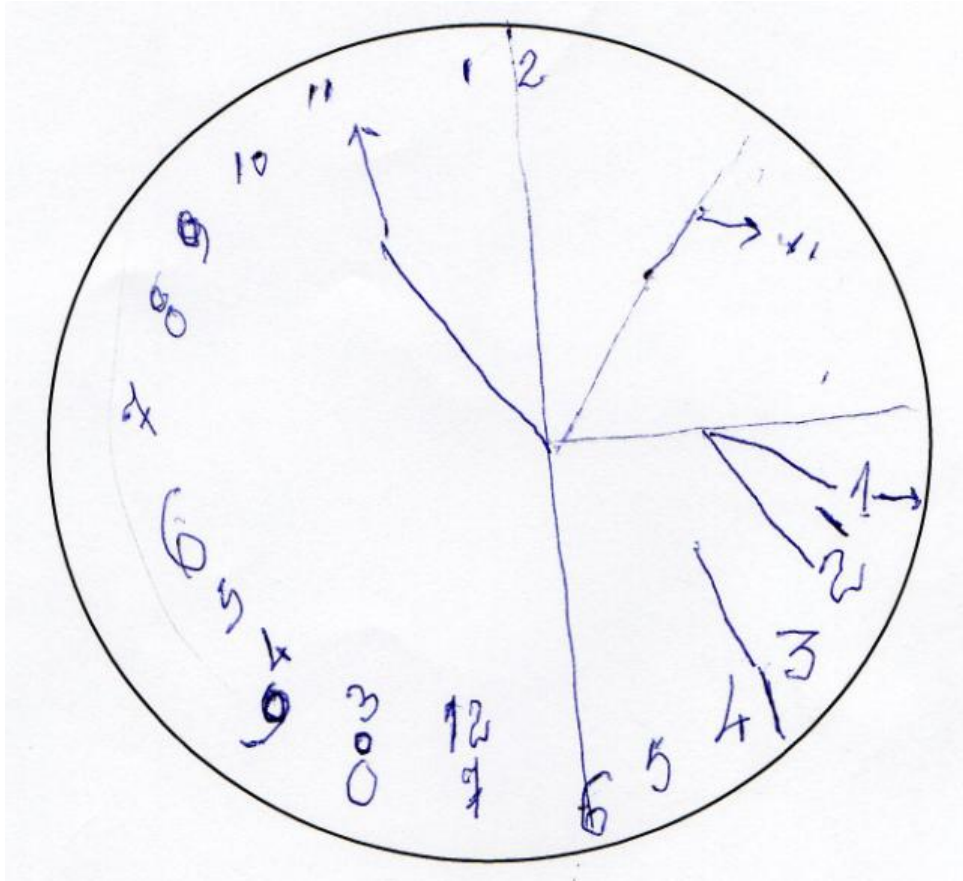
ANEXO E

TESTE DO RELÓGIO DE SHULMAN

Data: 26/09/2014

Teste do Relógio de Shulman

“Este círculo é um relógio. Desenhe todos os números marcando 11 horas e 10 minutos.”

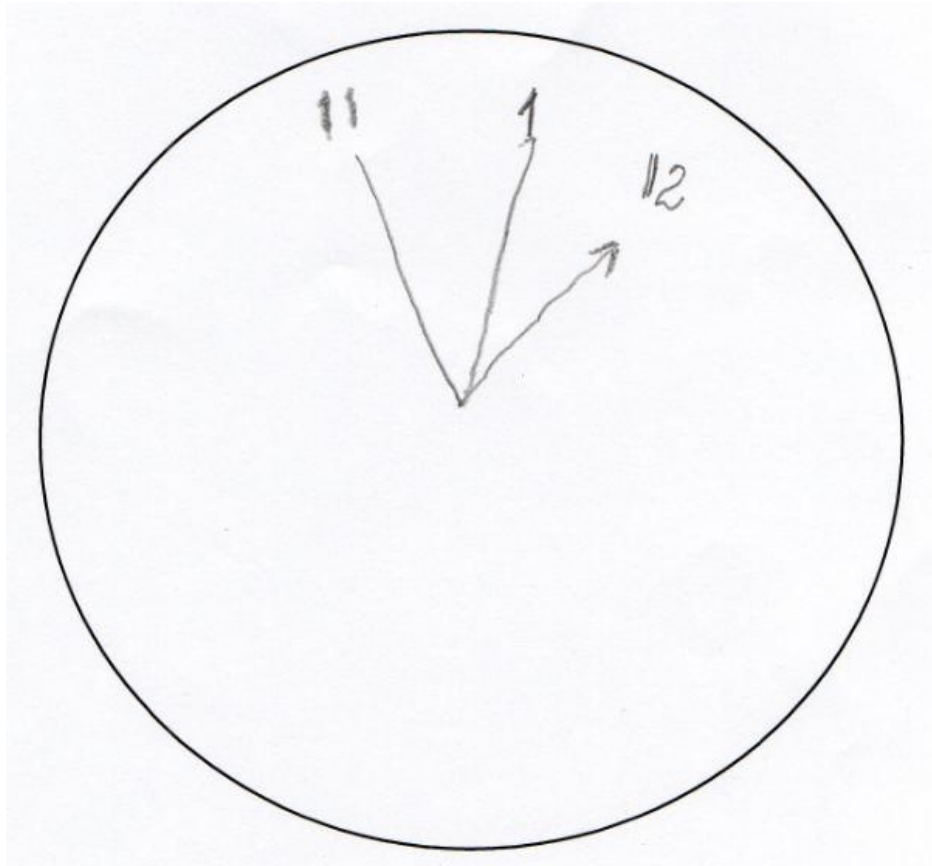


0	Inabilidade absoluta de representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão, esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
5	Relógio perfeito, sem erros

Data: 28/10/2014

Teste do Relógio de Shulman

“Este círculo é um relógio. Desenhe todos os números marcando 11 horas e 10 minutos.”



0	Inabilidade absoluta de representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão, esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
5	Relógio perfeito, sem erros

ANEXO F

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Data: 26/09/2014

Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15
Yesavage et al., 1983; versão breve – Sheik et al, 1986

1. Está satisfeito com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Está bem disposto a maior parte do tempo?	S	N
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
11. Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
12. Sente-se inútil?	S	N
13. Sente-se cheio de energia?	S	N
14. Sente que para si não há esperança?	S	N
15. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N

Total: 7 pontos

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 – 5 = sem depressão >5 = depressão

Tradução: João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), 2008, 2ª Edição.

Data: 28/10/2014

Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15
Yesavage et al., 1983; versão breve – Sheik et al, 1986

1. Está satisfeito com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Está bem disposto a maior parte do tempo?	S	N
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
8. Sente-se muitas vezes desamparado?	S	N
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
11. Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
12. Sente-se inútil?	S	N
13. Sente-se cheio de energia?	S	N
14. Sente que para si não há esperança?	S	N
15. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N

Total: 6 pontos

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 – 5 = sem depressão >5 = depressão

Tradução: João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), 2008, 2ª Edição.

ANEXO VI

BROCHURA *CONVIVER COM A DEMÊNCIA, COMO AJUDAR: MÓDULO I*

UCC DE MATOSINHOS

RECORDE-SE QUE O SEU AMOR E
CARINHO SÃO FUNDAMENTAIS
PARA O SEU FAMILIAR

CON-VIVER COM A DEMÊNCIA

- ⇨ Não se culpe
- ⇨ Cuide de si
- ⇨ Peça ajuda aos seus familiares
- ⇨ Recorra a recursos da comunidade
- ⇨ Conheça os seus limites
- ⇨ Recorra aos serviços de saúde quando necessitar

COMO AJUDAR...



Referências bibliográficas:

NUNES, BEUNA, PMS, JONNA.—Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação. 2ª ed., 2014. ISBN: 9789897520433
TARRAGA, L.; BOADA, M. — *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Glosa Ediciones. ISBN: 84-7129-067-8

O QUE É A DEMÊNCIA?

É o resultado de doenças que afetam o cérebro de forma crónica e progressiva com perturbação das funções mentais incluindo a memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem, juízo crítico, humor e personalidade. Estas perturbações afetam o funcionamento diário da pessoa e interferem com a vida social, a família e o trabalho. O seu curso é progressivo e lento e varia de doente para doente e com as diferentes causas da demência.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COGNITIVAS

Desorientação

Uma das consequências da demência de Alzheimer é a desorientação. O doente sente-se frequentemente desorientado no tempo e no espaço.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Privilegiar as rotinas.
- ⇒ Adaptar o ambiente ao doente.
- ⇒ Evitar que o doente saia de casa sozinho (p.ex: colocar fechaduras difíceis de abrir).
- ⇒ Certificar-se que o doente não sai de casa sem identificação, o endereço e o número de telefone nos bolsos.
- ⇒ Perceber que a confusão aumenta se sair de casa, visitar casas novas ou passar férias noutra casa.

Comunicação

Um outro problema inerente a esta doença é a crescente dificuldade do doente comunicar com os que o rodeiam e em entender o que lhes é dito. A pessoa perde a capacidade de compreender a linguagem falada ou escrita, e as palavras perdem o seu valor enquanto meio de comunicação.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Procurar sinais de depressão: dificuldade em exprimir sentimentos complexos “Estou acabado” “Não quero saber”, choro, ansiedade e sintomas físicos (dores); falta de autoestima; sentimento de culpa desadequado; pensamentos recorrentes de morte e suicídio; alterações do apetite, sono ou energia....
- ⇒ Tentar descobrir eventuais causas.
- ⇒ Dar apoio e compreensão.
- ⇒ Prestar atenção a alterações bruscas de comportamento.

Alucinações e delírio

Alucinação — algo que se ouve, cheira ou sente, que não existe, e que é geralmente desagradável.

Delírio — crença em algo de natureza persecutória e que não é real.

O doente pode ser incapaz de se reconhecer ao espelho, queixar-se que uma sobre-mesa está salgada, de que a televisão quase sem som está muito alta, de que está muito frio num dia de sol quente... porque os danos cerebrais fazem com que confunda e interprete incorretamente o que ouve, sente ou saboreia.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Não questionar as suas crenças, procurar dar explicações e transmitir segurança.
- ⇒ Distrair a sua atenção.
- ⇒ Procure eliminar eventuais causas (espelhos, cantos escuros).

Esconder e perder as coisas

Os objetos escondidos e perdidos são geralmente fonte de grande preocupação para estes doentes .

COMO AJUDAR

- ⇒ Acalmar o doente a procurar o objeto desaparecido.
- ⇒ Desvalorizar as acusações.
- ⇒ Para evitar providenciar cópias de alguns objetos.
- ⇒ Diminuir os esconderijos possíveis .

Insónia

A insónia pode tornar o doente muito aborrecido para os cuidadores, especialmente se se acordar as pessoas da casa que precisam de dormir para ir trabalhar no dia seguinte.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Evitar que durma de dia, mantendo-o distraído e ocupado.
- ⇒ Definir um tom calmo, sossegado à noite para incentivar o sono. Mantenha as luzes apagadas, e eliminar ruídos ;
- ⇒ Tentar manter uma hora semelhante para deitar em todas as noites. Desenvolver uma rotina de dormir pode ajudar.
- ⇒ Limitar a cafeína
- ⇒ Usar luzes de presença no quarto, hall, ou casa de banho e se o escuro se mostrar assustador ou desorientador.

Deambulação

Alguns doentes andam sempre às voltas, outros saem de casa e podem perder-se. Raramente deambulam sem destino, mas geralmente esquecem-se do que iam fazer e são incapazes de o explicar.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Tomar a casa mais segura (reforçar os fechos das portas para evitar que o seu familiar saia de casa, tirar os tapetes para evitar que o doente caia...)
- ⇒ Certifique-se de que a pessoa carrega algum tipo de identificação ou usa uma pulseira médica.

Tristeza e depressão

Embora se entenda que o doente se sinta triste, desanimado e sem interesse por nada (devido a perda de capacidades, dependência, pessimismo em relação ao futuro,...), é importante ter em conta que este estado pode desencadear uma depressão.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Fazer rastreio de eventuais problemas de audição e de visão.
- ⇒ Adotar uma atitude positiva (sorrisos, olhares e gestos de carinho)
- ⇒ Procurar falar com o doente num sítio sem ruídos (p. ex.: desligar a televisão).
- ⇒ Usar frases curtas e simples.
- ⇒ Falar lentamente e com clareza, num tom de voz natural, agradável e tranquilizante.
- ⇒ Repetir várias vezes a mensagem.

Memória

Nem todos os doentes perdem a capacidade de memória ao mesmo ritmo. A perda de memória é gradual e mais visível ao nível da memória para factos recentes. A memória "das coisas antigas" tende a perder-se mais tardiamente.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Recorrer a sinais e mensagens escritas.
- ⇒ Encorajar o uso de uma agenda ou de um diário.
- ⇒ Adaptar o ambiente e evitar as mudanças.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NAS ATIVIDADES BÁSICAS DO DIA-A-DIA

Com o avançar da doença, o seu familiar pode sentir dificuldades na realização de tarefas simples do dia-a-dia, por exemplo, na higiene pessoal e alimentação.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Encorajar o doente a fazer as coisas sozinho, ajudando-o só quando necessário.
- ⇒ Explicar e demonstrar passo a passo a execução das tarefas.
- ⇒ Preparar e organizar tudo o que é necessário para a tarefa, para que o doente a execute depois.
- ⇒ Evitar fazer contínuas chamadas de atenção para os erros e reforçar quando o doente faz corretamente.

Vestir/Despir

- ⇒ Limitar a escolha às roupas mais adequadas.
- ⇒ Usar peças de vestuário e calçado simples (sem muitos botões, fechos e atilhos).
- ⇒ Dispor a roupa pela ordem que deve ser usada.
- ⇒ Cuidados pessoais
- ⇒ Tentar manter os objetos pessoais necessários visíveis e sempre no mesmo lugar.
- ⇒ Encorajar o doente a barbear-se diariamente, substituindo as lâminas por máquina de barbear.
- ⇒ Certificar-se que as unhas das mãos e dos pés estão a ser cortadas e os dentes lavados.

Banho

- ⇒ Testar a temperatura da água numa parte do corpo do doente, no caso de doentes com alterações sensitivas.
- ⇒ Lavar o cabelo em momento diferente do resto do corpo.
- ⇒ Utilizar um tapete de cor para facilitar a avaliação da profundidade da água (não deve ser de cor muito escura).

Alimentação

- ⇒ Sentar o doente à sua frente, para que ele o tente imitar.
- ⇒ Dar preferência aos pratos inquebráveis e a alimentos que possam ser comidos à mão.

Mobilidade

- ⇒ Impedir que o doente saia sozinho para a rua
- ⇒ Certificar-se que se faz acompanhar de identificação, para o caso de se perder.
- ⇒ Recreação e Lazer
- ⇒ Estimular a Participação em atividades que proporcionem bem estar (passear, dançar, etc)

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO

A adoção de comportamentos estranhos ou pouco habituais pode ser um dos sinais iniciais da doença. Estes comportamentos devem-se à confusão e desorientação do doente e podem agravar-se com a evolução da doença, dificultando o seu relacionamento com os outros.

Agressividade

Os doentes têm muitas vezes comportamentos agressivos, quer físicos quer verbais (mais comum) em relação ao cuidador e sem razões aparentes. A agressividade é causada mais pela doença do que pela própria pessoa, e esmo pessoas dóceis podem tornar-se agressivas com a evolução da doença.

COMO AJUDAR...

- ⇒ Manter a calma e transmitir tranquilidade;
- ⇒ Distrair o doente (desviar-lhe a atenção para outras coisas: televisão, alguma coisa que ele goste de fazer...)
- ⇒ Evitar ralar e aplicar castigos (não tem consciência de que foi agressivo e esquece-se dos comportamentos que tem)
- ⇒ Evitar confrontar ou prender a pessoa, não esquecer a sua própria segurança.
- ⇒ Pedir ajuda ao médico/enfermeiro quando o comportamento é muito frequente.
- ⇒ Para evitar este comportamento tentar perceber o que pode ter mudado na vida do doente e identificar as causas da ansiedade manifesta.

Inquietação e nervosismo

Traduz-se num estado de grande irritabilidade (o doente anda de um lado para o outro, mexe em tudo...)

COMO AJUDAR

- ⇒ Manter a calma e falar baixo.
- ⇒ Não se aproximar demasiado para que o doente não se sinta ameaçado.
- ⇒ Dar ao doente algo que lhe mantenha as mãos ocupadas (lenço, terço...)
- ⇒ Dar-lhe ocupações úteis (pôr a mesa, descascar batatas, varrer...)

ANEXO VII

ATIVIDADES REALIZADAS: MÓDULO III



Atividades realizadas: Módulo III

Fórum Sócio Ocupacional de Vila do
Conde

DINÂMICAS DE GRUPO

Fundamentação

No decorrer do estágio foram realizadas algumas dinâmicas de grupo, com recurso a técnicas psicoterapêuticas e psicossociais. *“O objetivo fundamental dos jogos psicológicos em grupo é o de proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de ativar 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, 2007).

Assim, em grupo, é possível trabalhar e estimular, de forma temporária e particular, três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotivo-afetiva, a cognição e a dimensão experiencial. (Manes, 2007)

O grupo psicoterapêutico é geralmente formado por no máximo quinze pessoas, divididas possivelmente de maneira igual entre homens e mulheres. (Manes, 2007)

Os utentes do Fórum constituem um grupo heterogéneo, com múltiplas patologias, sendo a mais frequente esquizofrenia. Já estão presentes em muitos dos utentes alterações cognitivas, que são frequentes com o decorrer da doença mental.

As alterações cognitivas são características centrais na esquizofrenia. Elas permanecem relativamente estáveis durante todo o curso da doença, não sendo secundárias a outros sintomas ou a efeitos colaterais de psicofármacos. Estão diretamente ligadas a prejuízo funcional e a pior qualidade de vida dos pacientes (Junior, 2010).

As atividades realizadas pretenderam a promoção da competência social através do desenvolvimento ou aprendizagem de um repertório de habilidades sociais eficaz, quando muitas vezes por exemplo nos doentes psicóticos o problema se coloca ao nível das relações interpessoais ou nas perturbações depressivas ou de personalidade, quando o problema se apresenta ao nível do comportamento social. (Loureiro, 2013)

Aprender a relacionar-se e a comportar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio. (Loureiro, 2011)

Assim, foram planeadas algumas dinâmicas de grupo, com o objetivo de:

- Treino de competências sociais;
- Estímulo da relação interpessoal;
- Treino da assertividade;

- Treino de resolução de problemas,
- Estimulação cognitiva.

As mesmas pretendem dar continuidade ao plano de atividades realizadas no Fórum pela EEESMP e pela Terapeuta Ocupacional.

Referências bibliográficas:

- JUNIOR, Breno de Castro Ferreira et al - Alterações cognitivas na esquizofrenia.: atualização *Rev. psiquiatr. Rio D'us. Sul* [online]. 2010, vol.32, n.2 [cited 2015/01/24], pp. 57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0.101-8.108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000200006>.
- LOUREIRO, CÂNDIDA. Treino de Competências Sociais: Uma estratégia em Saúde Mental, Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol. 9, n.9 (2013). ISSN 1647-2160
- LOUREIRO, CÂNDIDA. Treino de Competências Sociais: Uma estratégia em Saúde Mental, Concetualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol. 6, n.6 (2011). ISSN 1647-2160
- MANES, Sabina – *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores sócio-culturais....* Lisboa: Paulus Editora, 2007. ISBN:978-972-30-1252-1

DINÂMICA DE GRUPO

Auto apresentação e “Abecedário”

Objetivos:

- Promover a auto apresentação dos participantes da sessão para conhecimento recíproco no primeiro encontro de grupo;
- Realizar estimulação cognitiva, com treino de memória e da atenção;
- Promover as relações interpessoais e a capacidade de trabalhar em grupo;
- Promover o treino da assertividade.

Data e horário: 12/11/2014, 13h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: cadeiras dispostas em círculo.

Metodologia: ativa

Avaliação:

- Observação do comportamento e desempenho dos utentes durante a realização da atividade;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Bibliografia

MANES, Sabina – *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores sócio-culturais...* Lisboa: Paulus Editora, 2007 ISBN:978-972-30-1252-1

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade;• Solicitar que os participantes se sentem em círculo;• Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	1. Auto apresentação O dinamizador apresenta-se em primeiro lugar e convida os participantes a fazerem o mesmo. Devem dizer o nome e tudo o que desejam acerca de si: idade, local de residência, etc...	10 minutos
	2. Atividade “Abecedário” No início da sessão são explicadas as regras do jogo aos participantes: um utente começa por dizer para si o abecedário, e outro utente quando desejar diz “stop”. Os utentes começam por dizer palavras começadas pela letra selecionada por categorias: cidades, países, objetos, nomes, etc. Quando houver saturação de palavras, é repetido o abecedário.	45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	5 minutos

Avaliação da atividade: Dos utentes presentes no Fórum todos aceitaram participar na atividade de grupo. No início todos se autoapresentaram, o que proporcionou um conhecimento recíproco.

Relativamente à atividade “*abecedário*”, a mesma foi sugerida pelos próprios utentes, sendo esta, segundo alguns deles, a atividade preferida. Participaram com agrado na mesma, na sua maioria demonstraram boa capacidade cognitiva, com resposta rápida. Dois dos utentes necessitaram de mais tempo para a resposta, necessitando por vezes de alguma ajuda.

Os participantes demonstraram comportamento adequado e assertivo. Um dos utentes que participou já apresenta compromisso da atenção e concentração, e por vezes levantava-se. Após a indicação verbal para se sentar o mesmo mantinha-se no seu lugar.

No final da atividade os utentes referiram que gostaram de participar, e que gostavam de realizar a mesma mais vezes.

DINÂMICA DE GRUPO

Jogo das cadeiras / história em cadeia

Objetivos:

- Realizar estimulação cognitiva, com treino de memória e da atenção;
- Promover as relações interpessoais e a capacidade de trabalhar em grupo;
- Promover a criatividade;
- Promover o treino da assertividade.

Data e horário: 27/11/2014, 10h00

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade; • Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão. 	5 minutos
Desenvolvimento	<p>6. Jogo das cadeiras</p> <p>São colocadas cadeiras dispostas em círculo, com as costas voltadas para o centro e com menos 1 cadeira de que os participantes. O jogo inicia-se com uma música e devem circular na sala em redor das cadeiras. Quando a música é interrompida têm de procurar uma cadeira e assim é excluído um participante. O jogo termina até ficar uma pessoa e uma cadeira.</p>	20 minutos
	<p>7. História em teia</p> <p>Colocar as cadeiras em círculo e sugerir que se conte uma história com o contributo de todos. É utilizada uma bola para passar a palavra ao próximo. Não é permitido passar a bola sem contribuir para o decurso da história. Todos os participantes devem repetir o que já foi dito da história que foi criada, bem como contribuir para a mesma.</p>	45 minutos

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	5 minutos
------------------	---	--------------

Avaliação da atividade: Na atividade participaram a totalidade dos utentes presentes no Fórum. Relativamente à atividade das cadeiras os utentes referiram que já tinham realizado a mesma em outras ocasiões. Só um dos utentes referiu que não gostava desta atividade, contudo no final, como foi um dos vencedores mostrou satisfação e referiu ter gostado de participar.

Relativamente à segunda atividade, da história com o contributo de todos, os utentes referiram no final que gostaram muito de participar, e consideraram que tinha permitido trabalhar a memória, e que a tinha um grau de dificuldade. Dada a satisfação demonstrada, a pedido dos utentes foi realizado um intervalo, e após o mesmo foi retomada a mesma. Assim, a atividade estendeu-se além do tempo previsto, tendo-se prolongado até à hora de almoço.

DINÂMICA DE GRUPO

Gestualidade

Objetivos:

- Promover a criatividade;
- Promover a expressão corporal;
- Estimular a perceção tátil e a comunicação não verbal;
- Promover as relações interpessoais e a capacidade de trabalhar em grupo;
- Promover o treino da assertividade.

Data e horário: 17/11/2014, 13h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: cadeiras dispostas em círculo.

Metodologia: ativa

Avaliação:

- Observação do comportamento dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Bibliografia:

Adaptado de Gestualidade de Laura Taradel: MANES, Sabina – *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores sócio-culturais...* Lisboa: Paulus Editora, 2007, pág. 146. ISBN:978-972-30-1252-1

Avaliação da sessão: Os utentes presentes participaram todos na atividade proposta. No início alguns dos utentes manifestaram alguma inibição em realizar a mímica, que com o decorrer da atividade se foi desvanecendo.

No final todos referiram satisfação em terem participado. Considera-se que foram atingidos os objetivos propostos.

DINÂMICA DE GRUPO

Dar-me a conhecer

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade;• Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	O dinamizador reúne o grupo em círculo e convida os participantes a individualmente representarem sob a forma de gestos/mímica, objetos, animais, profissões, etc. para que o grupo identifique.	50 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	5 minutos

Objetivos:

- Promover a interação social;
- Estimular a linguagem através da escrita;
- Melhorar a consciência dos utentes acerca de si mesmos, através da interação com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento;
- Desenvolvimento de melhores habilidades interpessoais e sociais;
- Melhorar a comunicação entre os membros do grupo.

Data e horário: 21/11/2014, 13h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: cadeiras dispostas em redor de uma mesa, questionários, material de escrita

Metodologia: ativa

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade; Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão; Solicita-se ao grupo que se organize em pares para posterior discussão das respostas ao questionário. 	5 minutos
Desenvolvimento	1. Preenchimento do questionário (em anexo IX) É fornecido o questionário para que seja preenchido de forma individual.	10 minutos
	2. Leitura das respostas Solicita-se aos utentes que leiam as suas respostas.	20 minutos
	3. Análise em pares Depois de todo o questionário preenchido, solicitar que cada par troque de questionário entre si, devendo cada um comentar as 3 respostas que mais a surpreenderam ou que desconheciam na outra pessoa (par respetivo)	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação individual da atividade; Agradecer a participação dos utentes na atividade. 	5 minutos

Avaliação:

- Observação do comportamento dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Avaliação da atividade: Todos os utentes aceitaram participar na atividade que lhes foi proposta. Face às limitações cognitivas presentes em alguns destes utentes, não foi possível realizar a atividade apenas em 55 minutos como previsto, tendo alguns utentes necessitado de alguma ajuda. A mesma decorreu apenas até ao preenchimento o questionário. Assim, foi planeado com os utentes o término da atividade para a sexta-feira seguinte, de forma a que os mesmos utentes estivessem presentes e fosse dada continuidade à mesma. Assim, no dia 28/11/2014, de tarde, foi dada continuidade aos pontos 2 e 3.

Os utentes referiram no final da mesma, que esta proporcionou que se conhecem-se melhor, como por exemplo, funções que os colegas já tivessem desempenhado ou que tivessem frequentado o ensino superior.

Esta proporcionou momentos de reflexão acerca de si mesmos, com promoção da autoestima, e a consciencialização de qualidades e de momentos positivos que ocorreram nas suas vidas bem como perspetivar objetivos para o futuro.

É de realçar que a maioria dos utentes referiu que o melhor que lhes tinha acontecido era terem vindo para o Fórum. No final da mesma referiram que tinham gostado de participar.

DINÂMICA DE GRUPO

“Abecedário”

Objetivos:

- Realizar estimulação cognitiva, com treino de memória e da atenção;
- Promover as relações interpessoais e a capacidade de trabalhar em grupo;
- Promover o treino da assertividade.

Data e horário: 27/11/2014, 13h30; 13/01/2015, 13h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: cadeiras dispostas em círculo.

Metodologia: ativa

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade;• Solicitar que os participantes se sentem em círculo;• Apresentação da dinâmica e dos objetivos da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	<p>Atividade “Abecedário”</p> <p>No início da sessão são explicadas as regras do jogo aos participantes: um utente começa por dizer para si o abecedário, e outro utente quando desejar diz “stop”.</p> <p>Os utentes começam por dizer palavras começadas pela letra selecionada por categorias: cidades, países, objetos, nomes, etc.</p> <p>Quando houver saturação de palavras, é repetido o abecedário.</p>	45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	5 minutos

Avaliação:

- Observação do comportamento e desempenho dos utentes durante a realização da atividade;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Avaliação: Nos dois dias em que foi realizada a atividade abecedário todos os utentes aceitaram participar na atividade de grupo. Participaram com agrado na atividade, na sua maioria demonstraram boa capacidade cognitiva, com resposta rápida. Os utentes que tinham mais dificuldades, o grupo na sua maioria respeitava e era proporcionado mais tempo para a resposta, e se necessário era dada ajuda. Os participantes demonstraram comportamento adequado e assertivo, com exceção de uma utente que interviu muitas vezes quando os colegas estavam a responder, e foi advertida por várias vezes pelos outros utentes e pela dinamizadora.

No final da atividade os utentes referiram que gostaram de participar.

DINÂMICA DE GRUPO

A zona de penumbra

Objetivos:

- Promover a interação social;
- Refletir sobre a presente situação emotiva;
- Refletir sobre os objetivos de vida;
- Refletir acerca do caminho que têm que percorrer para atingir os objetivos de vida definidos;
- Promover aquisição de estratégias para a resolução de problemas.

Data e horário: 8/01/2015, 10h30

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: cadeiras dispostas em círculo, folhas de papel, material escrita

Metodologia: ativa, interrogativa

Avaliação:

- Observação do comportamento e comunicação verbal e não verbal dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Avaliação:

- Observação do comportamento e comunicação verbal e não verbal dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade; • Convida-se os utentes a sentarem-se em círculo à volta da mesa; • Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão. 	5 minutos
Desenvolvimento	Entrega a cada membro uma caneta e uma folha de papel, pedindo que a dividam em 3 partes. Na primeira parte, escreve o estado de espírito do momento. Na segunda parte, como quer estar no futuro – objetivos. Na terceira parte, o que pode fazer para concretizar os objetivos definidos para o futuro. Cada uma das três partes pode ser representada com um desenho, uma frase, um provérbio, um slogan, etc.	20 minutos
	O animador solicita os autores a exprimirem as dificuldades que encontraram na realização dos seus trabalhos. Seguidamente, e uma vez que os trabalhos são anónimos, é pedido aos participantes que fechem os olhos para que o animador possa trocar as folhas e distribuí-las ao acaso, tendo o cuidado de não entregar ao autor a sua própria folha. Depois, convidam-se os membros do grupo a exprimirem as suas apreciações e comentários acerca dos trabalhos que lhes couberam.	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação individual da atividade; • Agradecer a participação dos utentes na atividade. 	5 minutos

Avaliação da atividade: Todos os utentes participaram na atividade proposta. Estes no final da mesma, referiram terem gostado de participar na atividade realizada.

Contudo, durante a realização da mesma, foi possível verificar que alguns utentes tiveram dificuldade em após a definição dos objetivos, arranjar estratégias para a concretização dos mesmos, tendo alguns utentes necessitado de alguma orientação.

A maioria teve um comportamento adequado durante a atividade, com exceção de um utente, com alterações residuais da esquizofrenia, com acatisia e com discurso de repetição, que não conseguiu desenvolver a atividade. Um utente com analfabetismo, necessitou de ajuda para o desenvolvimento da atividade, contudo cumpriu com os objetivos propostos.

DINÂMICA DE GRUPO

Ensaio da peça de teatro sobre Higiene Oral

Objetivos:

- Realizar estimulação cognitiva, com treino de memória e da atenção;
- Promover as relações interpessoais e a capacidade de trabalhar em grupo;
- Promover o treino da assertividade;
- Estimular a criatividade;
- Promover a aquisição de competências;
- Promover a adesão à higiene oral.

Datas: 05/01/2015; 07/01/2015; 14/01/2015; 21/01/2015

Dinamizadores das sessões: Enf^a Ilda Lordelo e Enf^a Márcia Sousa

Material: cadeiras, mesa, guião (em anexo X)

Metodologia: ativa

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade;• No primeiro dia atribuição de papéis conforme personagens presentes no guião.	5 minutos
Desenvolvimento	Representação da peça de teatro conforme guião. Avaliação contínua da prestação das personagens pela dinamizadoras e pelos utentes que se encontram a assistir à peça.	50 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	5 minutos

Avaliação:

- Observação do comportamento dos utentes durante a realização da peça;
- Participação dos utentes;
- Apreciação individual da sessão.

Avaliação das atividades:

Foram realizadas no decorrer do estágio 4 ensaios da peça de teatro de Higiene Oral. Nem todos os utentes quiseram participar como personagens, alguns optaram por ficar como figurantes.

Houve 5 utentes que recusaram participar, contudo no decorrer dos ensaios, ficaram a assistir, tendo sido sempre solicitados para dar opinião acerca da prestação dos colegas personagens e figurantes.

No decorrer dos ensaios foi necessário alterar as personagens, uma vez que alguns utentes demonstraram menor capacidade de reter o texto.

No final dos quatro ensaios os utentes ainda não se encontram devidamente preparados para a representação final no dia 25/02/2015, contudo vai ser dada continuidade aos mesmos, que serão dinamizados pela equipa multiprofissional.

RELAXAMENTO

Fundamentação

As técnicas de relaxamento têm as suas origens bem recuadas no tempo, da Índia Antiga, ligadas a uma das mais famosas escolas filosóficas clássicas do hinduísmo – o Yoga, tendo como finalidade contribuir para alcançar a harmonia do ser e a concentração do pensamento.

Atualmente, as técnicas de relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções úteis pelos seus efeitos benéficos em diversas patologias psiquiátricas. Nas últimas décadas surgiram várias técnicas de relaxamento, entre as quais se destaca o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson. A sua aplicação verificou-se benéfica pelo que é hoje amplamente utilizada em instituições de saúde, principalmente em doentes de foro psiquiátrico. O recurso a técnicas de relaxamento é cada vez mais utilizado para redução dos níveis de ansiedade que os doentes psiquiátricos geralmente apresentam. (Oliveira, 2012)

O relaxamento é normalmente usado em referência aos músculos, significando alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contração que acompanha a tensão muscular (Payne et al, 2000).

Ryman citado por Payne (2001) define relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. (Payne et al, 2000)

O relaxamento combina aspetos físicos e psicológicos, como são as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress. Segundo as teorias fisiológicas os sistemas do corpo associados aos estados de stress e relaxamento incluem o Sistema Nervoso Autónomo, Sistema Endócrino e Musculatura Esquelética. Relativamente às teorias psicológicas relacionadas com o relaxamento são descritas três tipos de teorias, que são descritas em seguida:

Teoria Psicanalítica: Os métodos psicológicos de relaxamento estão associados a esta teoria. Entre as técnicas de relaxamento a nível psicológico, podemos evidenciar a técnica de imaginação dirigida e o treino autogénico de Schultz;

Teoria Comportamental: Em oposição, a teoria comportamental diz respeito a ações observáveis. Entre as técnicas de relaxamento comportamentais destaca-se o relaxamento de Jacobson e o treino muscular progressivo de Jacobson. Esta desvaloriza tudo o que se passa na mente e vê o comportamento humano como uma resposta condicionada pelos acontecimentos do meio;

Teoria Cognitiva/Comportamental: Por último, a perspetiva cognitiva-comportamental defende que a mudança comportamental ocorre através da reestruturação de pensamentos

conscientes dado que o comportamento é controlado pelo diálogo interno que desenvolvemos. (Oliveira, 2012)

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson consiste num trabalho realizado ao longo dos principais grupos musculares, criando e libertando a tensão. Como resultado o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular. (Payne, 2000) Existem adaptações a esta técnica, que englobam diferente número de grupos musculares, consoante o tempo de duração da sessão.

O relaxamento muscular progressivo é uma intervenção de enfermagem potencialmente eficaz na redução da ansiedade em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia, dependendo da qualidade do seu estado mental aquando da realização da intervenção. O treino do relaxamento muscular progressivo é a intervenção útil, pois está comprovado que reduz os níveis de ansiedade num conjunto de transtornos psiquiátricos. (Che et al, 2009)

Referências bibliográficas:

CHEN ET AL - **Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia** *J Clin Nurs.* agosto de 2009; 18 (15): 2187-96. Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x/pdf> doi: 10,1111 / j.1365-2702.2008.02773.x.

OLIVEIRA, Paulo et al- **Papel do relaxamento na redução da insónia e ansiedade.** Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental ISBN 978-989-96144-4-4 Da investigação à prática clínica, Porto, dezembro de 2012

PAYNE, R. A.; DONAGHY, M.; BELAMY, S. – **Técnicas de Relaxamento**, 2ª ed., Loures, Lusociência, 2000

SESSÃO DE RELAXAMENTO

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Objetivos:

- Promover o relaxamento;
- Promover o bem-estar físico e mental;
- Diminuir a ansiedade e a tensão muscular;
- Promover a abstração de pensamentos negativos;
- Libertação de tensões e stress acumulado;
- Diminuição da frequência cardíaca e da tensão arterial.

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo

Material: computador, colchões, guião, vela aromática.

Metodologia: expositiva

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos participantes e motivar a participação na atividade de relaxamento; • Gerir o ambiente de modo a promover um ambiente tranquilo: • Remover mobiliário de modo a proporcionar espaço; • Diminuir ruídos externos (fechar a porta); • Diminuir luminosidade (apagar as luzes); • Escolher um som ambiente agradável. • Reunir o material necessário. • Motivar para a participação das pessoas. • Explicar a atividade e os objetivos: • Incentivar os utentes a posicionar-se na posição de sentados de forma confortável. 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos parâmetros vitais (tensão arterial e frequência cardíaca); • Realização de técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente, com auxílio do guião. 	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação dos parâmetros vitais (tensão arterial e frequência cardíaca); • Avaliação individual da atividade; • Agradecer a participação dos utentes na atividade. 	5 minutos

DATA E HORÁRIO: 05/12/2014, 10H30

Avaliação objetiva:

Utentes	Antes		Depois	
	TA	Fc	TA	Fc
2	92/61	84	96/74	93
4	113/76	66	124/88	63
5	131/87	79	138/86	86

7	107/75	92	106/77	89
8	96/68	79	98/65	74
10	133/95	77	101/70	70
12	101/70	77	114/76	82
17	130/91	77	125/93	99
18	123/77	69	120/82	80
19	128/62	81	106/63	85
21	99/69	102	96/70	96

Após uma análise à avaliação objetiva realizada, pela monitorização dos parâmetros vitais antes e após a sessão de relaxamento, pode-se constatar que houve diminuição da frequência cardíaca em 5 dos 11 utentes que participaram na sessão. Relativamente aos valores de tensão arterial houve diminuição dos dois valores de sistólica e diastólica em apenas 2 utentes, e em um dos parâmetros tensionais em 6 utentes.

Avaliação subjetiva: A totalidade dos utentes presentes no fórum participaram com agrado na atividade de relaxamento. Durante a realização do relaxamento foi notória a descontração e a adesão à atividade, sendo que apenas três utentes não cumpriram as indicações efetuadas. Os utentes referiram na sua avaliação individual à atividade terem conseguido seguir as instruções dadas, tendo demonstrado as sensações de tensão e posterior relaxamento vivenciadas durante a atividade. “Gostei muito deste relaxamento” (sic), “Assim deitado consegui relaxar melhor...” (sic). Referiram estar mais calmos e relaxados, e com sensação de bem estar, e manifestaram vontade de repetir este tipo de relaxamento.

DATA E HORÁRIO: 19/12/2014, 10H30

Avaliação objetiva:

Utentes	Antes		Depois	
	TA	Fc	TA	Fc
2	100/66	75	108/71	68

4	118/86	70	130/96	69
5	129/89	81	131/91	85
7	98/72	83	107/69	75
10	104/64	76	100/63	69
12	106/74	83	96/60	80
14	92/52	72	93/67	74
17	119/77	61	118/81	77
18	114/70	76	115/81	80
19	118/70	79	120/77	82
20	107/91	72	106/66	85
21	98/70	102	109/71	70

Após uma análise à avaliação objetiva realizada, pela monitorização dos parâmetros vitais antes e após a sessão de relaxamento, pode-se constatar que houve diminuição da frequência cardíaca em 6 dos 12 utentes que participaram na sessão. Relativamente aos valores de tensão arterial houve diminuição dos dois valores de sistólica e diastólica em apenas 3 utentes, e em um dos parâmetros tensionais em 2 utentes.

Avaliação subjetiva: A totalidade dos utentes presentes no fórum participaram com agrado na atividade de relaxamento. Durante a realização do relaxamento foi notória a descontração e a adesão à atividade, sendo que apenas três utentes não cumpriram as indicações efetuadas. Os utentes referiram na sua avaliação individual à atividade terem conseguido seguir as instruções dadas, tendo demonstrado as sensações de tensão e posterior relaxamento vivenciadas durante a atividade. Referiram estar mais calmos e relaxados, e com sensação de bem estar, e manifestaram vontade de repetir este tipo de relaxamento.

DATA E HORÁRIO: 05/01/2014, 10H30

Avaliação:

- Participação dos utentes na sessão;
- Avaliação objetiva através da análise dos valores de tensão arterial (TA) e frequência cardíaca antes e depois da sessão;

- Avaliação subjetiva da sensação de bem-estar após o relaxamento com expressão de emoções e sentimentos.

Avaliação objetiva:

Após uma análise à avaliação objetiva realizada, pela monitorização dos parâmetros vitais antes e após a sessão de relaxamento, pode-se constatar que houve diminuição da frequência cardíaca em 4 dos 10 utentes que participaram na sessão. Relativamente aos valores de tensão arterial houve diminuição dos dois valores de sistólica e diastólica em apenas 4 utentes, e em um dos parâmetros tensionais em 3 utentes.

Utentes	Antes		Depois	
	TA	Fc	TA	Fc
2	121/73	61	107/82	89
4	137/76	74	118/89	78
5	134/90	92	125/77	92
6	118/68	62	123/92	97
7	104/76	84	108/69	94
10	95/71	96	112/85	89
11	134/85	85	116/85	104
12	111/83	101	97/76	87
15	119/95	106	108/79	92
18	116/77	85	117/80	91

Avaliação subjetiva:

A totalidade dos utentes presentes no fórum participaram com agrado na atividade de relaxamento.

Durante a realização do relaxamento foi notória a descontração e a adesão à atividade, sendo que apenas três utentes não cumpriram as indicações efetuadas. Os utentes referiram na sua avaliação individual à atividade terem conseguido seguir as instruções dadas, tendo referido as sensações de tensão e posterior relaxamento vivenciadas durante a atividade. “Hoje acordei tenso e fez-me muito bem, fiquei mesmo relaxado” (sic), “Consegui relaxar...” (sic). Referiram

estar mais calmos e relaxados, e com sensação de bem estar, e manifestaram vontade de repetir este tipo de relaxamento.

Os utentes fizeram a técnica deitados em colchões, com exceção para a utente 12 que fez a técnica sentada, uma vez que referiu dores lombares. Este fato não interferiu na técnica uma vez que tanto objetiva como subjetivamente a avaliação foi positiva. Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções que perturbaram o decorrer da sessão (toque de telemóvel por duas vezes e tosse intensa de um utente), contudo estas foram ultrapassadas, tendo os utentes focado a sua atenção novamente na sessão de relaxamento.

De uma forma geral o grupo referiu que conseguiu diminuir a sensação de tensão, referindo que se encontravam mais relaxados. Assim, considera-se que os objetivos foram atingidos.

No final da avaliação à atividade foi incentivado a que os utentes individualmente falassem como decorreram as festas de Natal e Passagem de Ano, tendo este sido um momento de expressão de sentimentos.

ATIVIDADES RECREATIVAS/LAZER E DE EXPRESSÃO PESSOAL

Dentro das atividades de ocupação terapêutica são relevantes, entre os domínios já referidos, as atividades de recreação e de lazer e as atividades de expressão pessoal, que podem ser clinicamente relevantes e decisivas para a reabilitação psicossocial. Podem-se incluir atividades de prazer, alegria e bem-estar, habitualmente feitas por que se quer, e não porque as temos de fazer. As atividades de expressão corporal incluem atividades de música, drama, jogos, artes plásticas, entre outras. (Melo-Dias, 2014)

Conforme as apetências de cada um, no fórum há alguns utentes que ocupam os seus tempos livres a desenhar, outros a jogar damas, outros a realizar tapetes de artesanato, a ler, etc... Face ao exposto, foram planeadas algumas atividades de grupo, tendo em conta as preferências dos utentes e de forma a dar continuidade a atividades já iniciadas pelos mesmos. Face à temporada em que foi realizado o estágio, a época natalícia proporcionou o planeamento e realização de algumas atividades como:

- Decoração do Fórum com enfeites natalícios, no dia 9/12/2014;
- Continuidade da elaboração de elementos de artesanato alusivos à época natalícia, que foram posteriormente entregues aos parceiros da Comunidade (Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Biblioteca Municipal, Centro de Memória, etc.) e serviços do Hospital de Magalhães Lemos;
- Elaboração de postais de Natal que foram posteriormente entregues aos vizinhos da Rua do Fórum, como é habitual todos os anos nesta época (9/12/2014 e 15/12/2014);
- Ensaios para representação do grupo na Festa de Natal no Hospital de Magalhães Lemos (ao longo do estágio);
- Participação na Festa de Natal.

Para além destas foram planeadas e realizadas outras atividades:

- Karaoke (15/01/2015);
- Festejo do aniversário dos utentes do Fórum, com elaboração de um postal alusivo com dedicatória de todos os utentes que é entregue no dia de aniversário, e confeção de um bolo de aniversário com respetivo cântico de parabéns em grupo;
- Elaboração de adereços para peça de teatro de Higiene Oral (20/01/2015).

Nas mesmas, houve uma participação com satisfação da totalidade dos utentes presentes no Fórum, e proporcionaram momentos de bem-estar, de ocupação de tempos livres, mas também tiveram outros objetivos no processo terapêutico dos utentes, como:

- a aquisição de competências e o treino de mobilidade na comunidade;
- aumento da autonomia e do “*empowerment*”;
- a expressão de sentimentos, emoções e vivências singulares;
- melhorar a coordenação, a postura e o tônus muscular;
- diminuir a ansiedade;
- estimular o relacionamento interpessoal e reduzir comportamentos problemáticos.

SESSÕES PSICOEDUCATIVAS

SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Como lidar com o seu familiar... a importância de aceitar a doença mental

Objetivo geral

Ajudar os familiares dos utentes do fórum a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano.

Objetivos específicos:

- Informar sobre aspetos da doença mental
- Encorajar a família para a importância que ocupam no processo de recuperação do seu familiar
- Reduzir o impacto negativo da doença mental
- Reduzir a sobrecarga associada ao cuidar do familiar
- Prevenir a recaída do utente
- Otimização das competências dos familiares para o cuidar
- Permitir a expressão de sentimentos

Data: 22/12/2014, 10h30

Dinamizadores da sessão: Enf^a Ilda Lordelo e Enf^a Márcia Sousa

Material: mesas e cadeiras em redor da mesma, guião da sessão, panfletos informativos

Metodologia: expositiva, interrogativa e ativa

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes.• Apresentação dos dinamizadores e dos objetivos da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	4. O que é a doença mental	10 minutos
	5. Sintomatologia	10 minutos
	6. Tratamento e sua importância	10 minutos
	7. Recaída e sinais de alerta	10 minutos
	8. Importância da alimentação saudável, atividade física, sono reparador, rotinas....	10 minutos

	9. Alterações cognitivas na doença mental e como lidar com elas	10 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese dos conteúdos abordados• Entrega de panfleto psicoeducativo com conteúdos abordados na sessão• Questionar os familiares dos utentes acerca da pertinência da sessão bem como da sua continuidade Agradecer a participação dos familiares dos utentes na sessão.	5 minutos

Avaliação:

- Observação da atenção dos familiares dos utentes durante a realização da sessão;
- Participação dos intervenientes;
- Apreciação individual da sessão.

Avaliação da sessão: Participaram na sessão psicoeducativa 12 familiares de utentes do fórum sócio ocupacional, sendo que dois dos presentes os seus filhos neste momento já não frequentam esta unidade, mas por terem manifestado interesse em participar, foi-lhes realizado o convite que aceitaram prontamente.

Os participantes eram na sua grande maioria pais ou mães dos utentes que frequentam/frequentaram o fórum, tendo participado também uma irmã de um utente.

Mostraram-se muito atentos e participativos durante a sessão, o que também constituiu uma dificuldade em expor os conteúdos previstos na sessão. Este fato levou a que a sessão se prolongasse mais do que o esperado, tendo tido a duração de cerca de 100 minutos.

Os pais aproveitaram esta sessão para expor as suas dificuldades e constrangimentos, mostrando-se por vezes emocionados quando falavam da situação de doença dos filhos.

No final da sessão referiram a importância da repetição destas reuniões de pais, tendo ficado acordado entre todos um almoço convívio para a Páscoa.

Após terem lido o panfleto psicoeducativo que foi fornecido no final da sessão, referiram que iriam levar o mesmo para outros familiares que têm dificuldade em compreender a doença mental e o comportamento associado.

SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Adesão ao Regime Terapêutico: Para uma vida melhor

Objetivos:

- Reconhecer a importância da medicação;
- Reconhecer a importância da adesão à medicação;
- Prevenir as recaídas;
- Promover o insight para a doença mental.

Data e horário: 15/01/2015, 10h30

Dinamizador da sessão: Enfª Ilda Lordelo

Material: computador, cadeiras dispostas em círculo, apresentação em PowerPoint (em anexo XII)

Metodologia: ativa

Conteúdos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento dos participantes e solicitar a participação na atividade;• Apresentação do dinamizador, do tema e dos objetivos da sessão.	5 minutos
Desenvolvimento	Conceito de doença crónica	5 minutos
	Função da medicação	5 minutos
	Como me sinto com a medicação?	5 minutos
	Porque preciso de tomar a medicação?	5 minutos
	Prevenção de recaídas	5 minutos
	Efeitos secundários da medicação	5 minutos
	Importância da medicação	5 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação individual da atividade;• Preenchimento de questionário de avaliação acerca dos conteúdos abordados na sessão;• Agradecer a participação dos utentes na atividade.	15 minutos

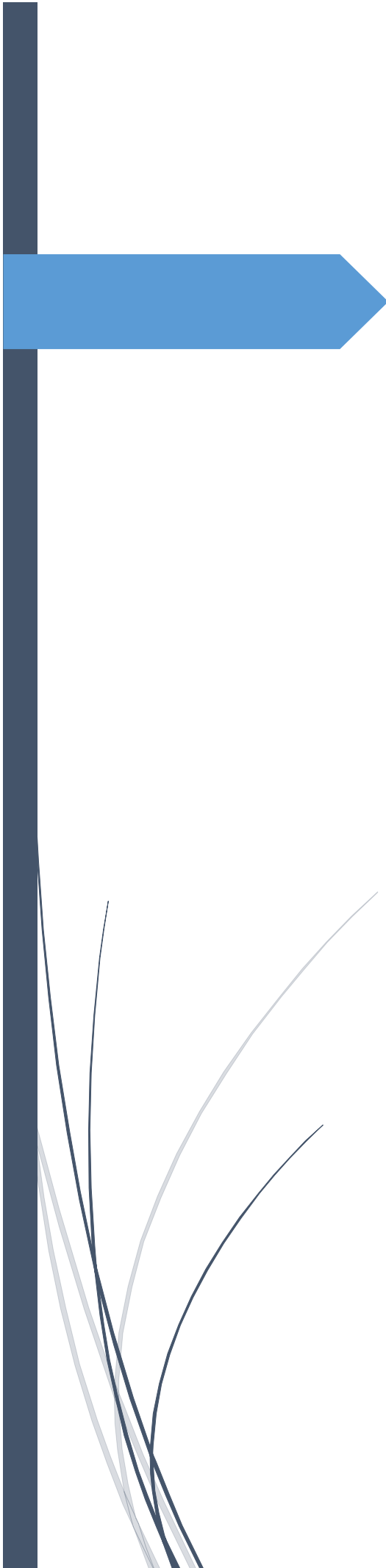
Avaliação da atividade: Todos os utentes presentes no Fórum aceitaram participar na sessão, tendo tido uma adesão de 100%. Os utentes mostraram-se atentos e participativos no decorrer da mesma. Deram exemplos práticos, que proporcionaram a assimilação dos conhecimentos com maior facilidade.

No final da mesma referiram terem gostado de participar, que tinham apreendido novos conhecimentos. No final da mesma, foram preenchidos os questionários previstos, para a avaliação da sessão, que mostrou que os utentes interiorizaram os conteúdos abordados. Os resultados são apresentados em anexo.

-

ANEXO VIII

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO: MÓDULO II



Atividades terapêuticas de grupo: Módulo II

Psicogeriatría

Ilda Lordelo

UC

Planificação de Atividade Terapêutica de Grupo I

Título: Atividade de grupo de estimulação cognitiva

Local: Sala de Atividades do Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria

Data e horário: 23/10/2014, 11h15

Duração: 50 a 70 minutos

Destinatários: Utentes internados em regime de internamento parcial em Hospital de Dia no dia 23/10/2014, com Demência em estadio ligeiro/ moderado:

- N.
- T.
- A.
- G.

Dinamizadores da sessão: Enfª Ilda Lordelo e Enfº Vítor Coutinho

Objetivo geral:

- Estimular as capacidades cognitivas e motoras dos utentes do Hospital de dia.

Objetivos específicos:

- Promover a interação entre os participantes;
 - Promover a orientação espaço-temporal;
- Estimular a memória recente e retrógrada;
- Estimular a linguagem verbal;
- Estimular a atenção e concentração;
- Estimular a coordenação motora;
- Estimular o reconhecimento do próprio corpo;
 - Potenciar a praxia fina;
- Promover o relaxamento.

Material:

- Cadeiras dispostas em círculo;
- Crachás com nomes dos utentes participantes;
- Bastões;
- Bola;
- Rádio;
- Cd com música para as diferentes atividades.

Fundamentação Teórica

Os utentes com demência beneficiam de intervenções psicoterapêuticas, já comprovado em estudos realizados com evidência demonstrada. As intervenções dirigidas ao cuidado das pessoas com demência estão destinadas a manter as capacidades preservadas do indivíduo, melhorando a sua situação funcional em cada estadio da demência. (FRANCÉS, 2003) Estão descritas que as intervenções de estimulação promovem a melhoria da qualidade de vida da pessoa com défice cognitivo ou demência, o nível de autonomia pessoal, a capacitação de competências e habilidades (cognitivas, funcionais e sociais) ainda preservadas, e retardam o processo de deterioração e o fortalecimento da autoestima. (GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2002)

Assim, baseada na intervenção realizada no serviço de Psicomotricidade, foi planeada uma atividade de grupo, que incluísse um grupo homogéneo de utentes com demência em estadio leve a moderado. Não foi realizada nenhuma avaliação diagnóstica relativa ao estadiamento uma vez que este já se encontra apresentado no processo clínico dos utentes.

Com a introdução da atividade pretende-se a orientação para a realidade. A Terapia de Orientação para a realidade tem como objetivo reduzir a desorientação e confusão decorrente do défice cognitivo, fornecendo informações verbais e visuais, sempre adaptadas a cada pessoa, de modo a que haja referência a diferentes aspetos relacionados com a orientação temporal, espacial, pessoal e situacional. (GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2002) Na segunda atividade proposta, pretende-se que os utentes evoquem memórias remotas com recurso à técnica de reminiscência. A técnica de reminiscência é uma técnica terapêutica é definida como uma recordação verbal ou silenciosa de sucessos da vida de uma pessoa, sendo que em terapia de grupo estimula-se os participantes a falar de eventos passados. (WOODS ET AL, 1992) A estimulação motora e da atividade é efetuada de seguida com um aquecimento e exercício com bastões, com o objetivo de estimular a coordenação motora, as praxias, o reconhecimento do corpo. A intervenção psicomotora reflete o seu trabalho no princípio de que corpo e mente não podem ser elementos dissociados, tratando cada pessoa na sua particularidade e unicidade através de uma leitura compreensiva do seu corpo, não focando um ou outro elemento específico mas o corpo como um todo (FAMILUME, 2004)

No final é promovido um relaxamento, com uma adaptação do Relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Este autor defende que uma mente calma reflete um corpo liberto de tensão, uma musculatura descontraída seria automaticamente acompanhada da tranquilização dos pensamentos e redução da atividade simpática. (PAYNE, 2000)

Referências Bibliográficas:

FAMILUME, M. A.. Una experiencia psicomotriz com adultos. Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales n.º15 (2004), pp. 35-42.

GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS - Estimulación cognitiva: Guia y material para la intervención. Governo del Prinsipado de Asturias: Consejería de Assuntos Sociales, 2002. AS/3.190-2002

PAINE, Rosemary – *Técnicas de Relaxamento: Um Guia prático para profissionais de saúde*. Lusodidacta: Loures, 2000. ISBN: 972-8383-41-X

FRANCES, BARANDIARÁN, MARCELLAN, MORENO – *Estimulation psicocogoscitiva en las demências*. Na Sist Navar. 2003; 26 (3): 405-422
 WOODS, PORTNOY, HEAD, JONES - *Care Giving in Dementia: Research and Applications*. Jones & Meise, ed. Routledge, 1992.

Conteúdos	Atividades	Tempo previsto
Introdução	1. Integração <ul style="list-style-type: none"> Realizar o acolhimento dos utentes; Comunicar os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a participação de todos; O dinamizador apresenta-se dizendo o seu nome e pede a todos que se apresentem; Realizar orientação para a realidade; Entrega de crachá com nome do participante. 	10 minutos
	2. Exercício “Qualidade e momento feliz” O dinamizador pede que cada participante pense numa qualidade e num momento feliz da sua vida. Em seguida, pede que cada um diga o seu nome, a sua qualidade e “momento feliz”, por exemplo, “eu sou a Joana, sou simpática e o momento mais feliz da minha vida foi o dia do meu casamento...”	10 minutos
Desenvolvimento	3. Aquecimento <ul style="list-style-type: none"> Os utentes sentam-se em cadeiras dispostas em círculo; Realizar aquecimento dos segmentos articulares e musculares; Os utentes recebem recebem um bastão; Realizar vários exercícios de aquecimento com recurso a bastão por imitação dos movimentos realizados pelo dinamizador. 	15 minutos
	4. Dinâmica de grupo: Palavras de ou começadas por... <ul style="list-style-type: none"> Explicar ao grupo como vai decorrer esta atividade; Pedir a um utente que retire de uma caixa uma pequena cartolina com uma letra ou uma categoria de palavras (cidades/países, cores, frutos, etc); Passar/atirar a bola a um elemento do grupo; A bola deve passar por todos os elementos do grupo em roda, e quem tiver a bola deve dizer nomes de ou palavras começadas por... 	25 minutos
	5. Relaxamento: Relaxamento muscular de Jacobson adaptado	10 minutos

Guião:

Dinamizador: Vou ler algumas frases em voz alta e enquanto o faço, gostaria que se concentrassem numa frase de cada vez ao mesmo tempo que inspiram e expiram.

Procurem uma posição confortável, numa cadeira, tirem os óculos se considerarem conveniente....

Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados durante o treino...

Tente respirar na barriga e não no peito.

Ilda Lordelo
Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mão e antebraço: Imagine que tem um limão inteiro na sua mão. Agora esprema-o com força... tenta espremer o sumo todo (10 seg)... Sinta a tensão na sua mão e no seu braço enquanto espreme. Agora deixe cair o limão e relaxe... Sinta o contraste entre a tensão e o relaxamento... (20 seg)

Braços e ombros: Vamos agora... vamos concentrar nos nossos braços e ombros... Imagine-se que está a espreguiçar... Estique os braços para a frente, levante-os para cima e espreguiça e estiva o mais possível... Sinta a tensão e contração dos seus braços e ombros... (10 seg) Agora deixe cair suavemente os braços... Muito bem... Vai espreguiçar-se outra vez o mais que conseguir... Repare na tensão e na força que está presente nos seus braços... (10 seg) E deixe cair novamente os braços ... Agora relaxe... sinto como é bom estar relaxado... repare como é agradável, quente e confortável... (20 seg)

Ombros e pescoço: Vamos agora prestar atenção aos nossos ombros e pescoço. Tente puxar os ombros até às orelhas e puxar a cabeça para dentro dos ombros, como se fossemos uma tartaruga a esconder a cabeça para dentro da casa... sinta a tensão no ombro e pescoço...(10 seg) e agora relaxe... contraia novamente puxando os ombros até às orelhas e a cabeça para dentro dos ombros (10 seg) Ok, pode relaxar agora... Repare como é melhor estar relaxado do que tenso... sinta como é bom... Sente-se bem...

Maxilar: Agora vamos imaginar que estamos a trincar uma maçã muito rija. Que custa muito a mastiga-la... Trinque-a com toda a sua força. Deixe os músculos do pescoço ajudarem-lhe. (10 seg) Agora relaxe.... Deixe o seu maxilar cair e descontraí... Repare como é agradável deixar o maxilar solto... (20 seg). Ok, vamos agora mais uma vez. Agora vai trincar a maçã toda. Trique-a com toda a sua força (10 seg) Agora deixe-se relaxar o mais possível ... Sente-se bem... (20 seg).

Cara e nariz: Estamos relaxados e em paz... Agora vamo-nos concentrar os músculos da cara. Imagine que está a fazer uma careta a alguém e contrai os músculos da cara, nariz, bochechas, olhos e sobrancelhas. Faça uma careta com muita força...Sinta a contração dos músculos da cara (10 seg) e relaxe... sinta a sensação agradável de descontração...(20 seg)Faça mais uma vez

	uma careta, com Força! Sinta as rugas... toda a tensão da cara (10 seg) e volte a relaxar... Sinta a sua cara lisa, macia, agradável e relaxada... Sente-se bem... Está em paz e relaxado....
Conclusão	Síntese da sessão em conjunto com os utentes. 5 minutos
Avaliação	<p>A avaliação das atividades de musicoterapia e de massagem sensorial são realizadas individualmente de acordo com a observação dos seguintes itens e sua respetiva classificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação • Satisfação • Interação • Expressão de sentimentos <p>Indicador de adesão: N.º utentes que participaram na atividade dos previstos/n.º de utentes previstos para a atividade x 100.</p>

Avaliação da atividade através de grelha de observação:

UTENTES	N.	T.	A.	G.
QUALIDADE E MOMENTO FELIZ				
Participação	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou quando motivado</i>	<i>Participou mas necessitou de orientação</i>	<i>Participou com agrado</i>
Satisfação	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou algum sinal de satisfação</i>	<i>Demonstrou algum sinal de satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>
Interação	<i>Interação espontânea</i>	<i>Só fala quando estimulado</i>	<i>Só fala quando estimulado</i>	<i>Interação espontânea</i>
Expressão de sentimentos	<i>Adequada</i>	<i>Presente</i>	<i>Limitada</i>	<i>Presente</i>
AQUECIMENTO				
Participação	<i>Participou ativamente sem necessidade de motivação</i>	<i>Participou ativamente sem necessidade de motivação</i>	<i>Participou ativamente quando motivado</i>	<i>Participou ativamente sem necessidade de motivação</i>

Satisfação	<i>Demonstrou satisfação durante toda a atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação durante toda a atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação a maior parte da atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação durante toda a atividade</i>
Interação	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>
Expressão de sentimentos	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>
DINÂMICA DE GRUPO: PALAVRAS DE OU COMEÇADAS POR...				
Participação	<i>Participou ativamente sem necessidade de motivação</i>	<i>Participou ativamente quando motivado</i>	<i>Participou mas necessitou de orientação</i>	<i>Participou ativamente sem necessidade de motivação</i>
Satisfação	<i>Demonstrou satisfação durante toda a atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação a maior parte da atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação a maior parte da atividade</i>	<i>Demonstrou satisfação durante toda a atividade</i>
Interação	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>
Expressão de sentimentos	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>
RELAXAMENTO				
Participação	<i>Participou com agrado (apesar dos défices auditivos impedirem a compreensão total das ordens dadas)</i>	<i>Participou</i>	<i>Pouca resposta, não cooperou</i>	<i>Participou ativamente</i>
Satisfação	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou algum sinal de satisfação</i>	<i>Demonstrou algum sinal de satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>
Interação	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>	<i>Ausente</i>	<i>Adequada</i>
Expressão de sentimentos	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>	<i>Limitada</i>	<i>Adequada</i>

Avaliação da atividade pelo indicador de adesão:

A atividade foi avaliada pelo indicador previsto inicialmente. Dos quatro utentes identificados para a atividade, dentro dos critérios preestabelecidos (utente com demência em estadios ligeiro/moderado) internados em regime de internamento parcial em Hospital de Dia, no dia da realização da atividade, todos os utentes aceitaram participar.

Indicador de processo de Adesão:

$$\frac{N.º \text{ utentes que participaram na atividade dos previstos}}{N.º \text{ de utentes previstos para a atividade}} \times 100 = 4/4 = 100\%$$

Os utentes encontravam-se motivados e este momento foi positivo, e que proporcionou momentos de interação em grupo. No geral a participação na atividade foi positiva, contudo os doentes em estadios moderado da demência, tal como era esperado, tiveram maior dificuldade em realizar algumas das atividades propostas necessitando de maior incentivo e orientação.

Na atividade “*Qualidade e momento feliz*” partilharam histórias pessoais ricas evocando por exemplo o nascimento dos filhos e as viagens pela Europa que um utente teve oportunidade de fazer durante a vida adulta.

Na atividade “*Palavras de ou começadas por...*” o grupo na sua maioria já demonstrou défices importantes na memória, dificultando a realização do exercício. Foi necessário, em algumas situações, a intervenção dos dinamizadores para realizar a orientação necessária.

Na atividade de relaxamento foi notório o défice auditivo do utente N. que o impossibilitou de seguir todas as indicações dadas pela dinamizadora da sessão. O utente A, teve uma incapacidade total de seguir as indicações dadas pela dinamizadora, pelo défice de atenção e compreensão dado o estadios da demência em que se encontra. Contudo, no final todos referiram que estavam mais relaxados, quanto mais não seja pelo gestão do ambiente físico que foi realizada, como o escurecimento da sala, aromaterapia bem como pela música ambiente que foi introduzida durante a atividade.

O envolvimento esteve presente e alguns mantiveram-se, por momentos, mais atentos que o seu padrão habitual. Foi notória a dificuldade de concentração, compreensão e de coordenação motora de um destes utentes.

Planificação de Atividade Terapêutica de Grupo II

Título: “A música e a dança para estimular o corpo e a mente”

Local: Sala de Convívio do Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria

Data e horário: 30/10/2014, 11h00

Duração: 70 minutos

Destinatários: Utentes internados em regime de internamento parcial no Hospital de Dia, no dia 30/10/2014

Dinamizador da sessão: Enf^a Ilda Lordelo com a colaboração das alunas de enfermagem.

Objetivo geral:

- Estimular as funções cognitivas e motoras dos utentes do Hospital de dia.

Objetivos específicos:

- Promover a interação entre os participantes;

- Promover a orientação espaço-temporal;
- Potenciar a motricidade fina;
- Potenciar a praxia fina;
- Estimular a memória recente e retrógrada;
- Estimular a linguagem verbal;
- Estimular a atenção e concentração;
- Estimular a coordenação motora;
- Estimular o reconhecimento do próprio corpo
- Promover o relaxamento.

Material:

- Quadro existente na sala de convívio com calendário;
- Mesa com cadeiras dispostas em redor da mesma;
- Bolas sensoriais;
- Instrumentos musicais (“tambores” e pauzinhos de madeira);

- Rádio;
- Cd com música para as diferentes atividades.

Fundamentação Teórica

Os utentes internados em regime de Hospital de Dia, todos com processo demencial, encontram-se em diferentes estadios do quadro patológico, desde o estadio leve ao grave. Os que se encontram com défices cognitivos leves ou moderados participam, normalmente, de forma bidiária nas atividades de Terapia Ocupacional do serviço. Os que se encontram em estadio mais avançado, não são intervenientes deste tipo de intervenção.

No grupo de utentes, internados no dia da atividade proposta, foram identificados os seguintes diagnósticos:

- Orientação diminuída;
- Memória comprometida;
- Atenção diminuída;
- Capacidade para socializar diminuída;
- Atividade psicomotora diminuída/Hipoatividade;
- Comunicação diminuída/comprometida;
- Capacidade sensorial diminuída;
- Perceção comprometida;
- Agitação.

Sendo assim, planeia-se uma atividade psicoterapêutica que englobe todos os utentes internados em hospital de dia. Contudo a heterogeneidade do grupo, exige que a atividade tenha uma vertente recreativa, de forma a proporcionar um momento de partilha, que promova a interação entre os utentes, a promoção do bem estar, mas não descurando a intervenção cognitiva e motora.

Um dos objetivos iniciais desta atividade é a promoção da orientação. A Terapia de Orientação para a Realidade, consiste em utilizar medidas de suporte ambiental e temporal, que promovam a reorientação do doente no espaço e tempo em que está inserido, minimizando-se desta forma fatores que contribuam e/ou promovam a confusão e a desorientação. (PATTON, 2006).

De forma a alcançar a heterogeneidade do grupo, é planeada uma intervenção com uma vertente sensorial. *“..a estimulação multisensorial tornou-se uma abordagem cada vez mais popular de cuidar e é utilizado em vários centros em toda a Europa”* (BAKER *et. al*, 2003) Vários estudos publicados sugerem que a terapia multisensorial pode ter um efeito benéfico nos doentes com demência nomeadamente nos problemas comportamentais, pode levar ao aumento da felicidade, prazer e relaxamento, maior atenção

ao meio ambiente, melhor comunicação, diminuição das alterações de comportamento e melhoria da autoestima (BAILON ET AL, 2002). A musicoterapia é uma das estratégias de intervenção sensorial, e pode ser implementada através da audição de músicas, através do canto, do uso de instrumentos, bem como da dança. O uso da música em idosos com Demência é possível porque a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música podem permanecer muito tempo depois que as outras formas de memória tenham desaparecido. O seu uso tem efeitos duradouros, melhora o humor, o comportamento e a função cognitiva, estes persistem por horas ou dias depois de terem sido desencadeados pela mesma. (ALBUQUERQUE ET AL, 2012) Assim, as músicas selecionadas são músicas dos anos 60, que evoquem nos utentes sentimentos e recordações do seu passado, recorrendo à terapia por reminiscência. A terapia de Reminiscência tem sido aplicada a pessoas com deterioração cognitiva ou demência, mostrando-se muito adequada para a perda de memória, essencialmente remota, que se mantém normalmente intacta nas fases avançadas da doença. (GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2002). A última atividade programada, também no âmbito da estimulação sensorial, foi a *massagem sensorial com bola*, de forma a promover o reconhecimento do corpo e o relaxamento.

Referências Bibliográficas:

ALBUQUERQUE MCS, NASCIMENTO LO, LYRA ST, FIGUEREDO TREZZA MCS, BRÊDA MZ - *Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):404-13.

BAILLON, DIEPEN & PRETTYMAN - Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric treatment* vol. 8 (2002), pp. 444-452. DOI: 10.1192/apt.8.6.444

BAKER, et al - Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced nursing*. vol. 5. N.º 43 (2003). pp. 465-477.

GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS - Estimulación cognitiva: Guia y material para la intervención. Gobierno del Principado de Asturias: Consejería de Asuntos Sociales, 2002. AS/3.190-2002

PATTON, D. - *Reality orientation: its use and effectiveness within older person mental health care*. *Journal Of Clinical Nursing*, 2006; Vol. 15 (11), pp. 1440-9.

Conteúdos	Atividades	Tempo previsto
Introdução	<p>1. Apresentação do grupo e atividade de orientação para a realidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o acolhimento dos utentes; • Comunicar os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a participação de todos; • O dinamizador apresenta-se dizendo o seu nome e pede 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. Pedir a colaboração de um dos utentes para atualizar o quadro com o calendário para auxiliar; • Repetir com todos os utentes a informação relativa ao tempo; • Questionar sobre informação relativa ao espaço (instituição, serviço e piso); 	10 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir com todos os utente a informação relativamente ao espaço; • Repetir novamente toda a informação relativamente ao tempo e espaço. 	
Desenvolvimento	<p>2. Musicoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audição musical de onze músicas que evocam o passado dos utentes presentes; • Incentivo ao uso de instrumentos musicais (maracas e pauzinhos) com repetição/desenvolvimento de ritmos, o canto da música e o canto da letra (através da leitura); • Após a audição da música e da realização dos exercícios solicitados, incentivar aos utentes a identificação do cantor pelo reconhecimento do seu nome escrito em pequenos cartazes bem pela identificação da sua fotografia; • De pé, incentivar os utentes à repetição de movimentos e gestos, com criação de ritmos, incentivando a dança. 	50 minutos
	<p>3. Massagem com bola sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente (introduzir música de relaxamento de fundo para um ambiente calmo e silencioso, reduzir luminosidade); • Providenciar uma bola sensorial a cada utente; • Explicar como vai decorrer a atividade <i>Massagem com bola sensorial</i>; • Os utentes são incentivados a pressionar a bola sensorial em várias partes do corpo (sobre as costas, braços, ombros, pescoço e mãos do utente); • É realizada a exemplificação pelo dinamizador. 	10 minutos
Conclusão	Síntese da sessão em conjunto com os utentes.	2 minutos
Avaliação	<p>- A avaliação das atividades de musicoterapia e de massagem sensorial são realizadas individualmente de acordo com a observação dos seguintes itens e sua respetiva classificação em grelha de observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação • Satisfação • Interação • Expressão de sentimentos <p>- Indicador de adesão: N.º utentes que participaram na atividade dos previstos/n.º de utentes previstos para a atividade x 100.</p>	

Avaliação da atividade através da grelha de observação

UTENTES	N.	T.	A.	O.	F.	Ot.	J.
MUSICOTERAPIA							
<i>Participação</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou mas necessitou de orientação</i>	<i>Participou apenas com incentivo</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado necessitando de orientação</i>	<i>Participou apenas com incentivo</i>
<i>Satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Não demonstrou satisfação</i>
<i>Interação</i>	<i>Interação espontânea</i>	<i>Interação espontânea</i>	<i>Interação espontânea</i>	<i>Interação pouco presente</i>	<i>Interação espontânea</i>	<i>Interagiu quando incentivada</i>	<i>Interagiu apenas quando solicitado</i>
<i>Expressão de sentimentos</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>
MASSAGEM COM BOLA SENSORIAL							
<i>Participação</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>	<i>Participou com agrado</i>
<i>Satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>	<i>Demonstrou satisfação</i>
<i>Interação</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>
<i>Expressão de sentimentos</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Adequada</i>	<i>Limitada</i>

Avaliação da atividade pelo indicador de adesão:

A atividade foi avaliada pelo indicador previsto inicialmente.

Indicador de processo de Adesão:

$$\frac{\text{N.º utentes que participaram na atividade dos previstos}}{\text{N.º de utentes previstos para a atividade}} \times 100 = 7/7 = 100\%$$

Dos sete utentes identificados para a atividade, internados em regime de Hospital de Dia, todos aceitaram participar. Foi notória durante a atividade a expressão de sentimentos como a felicidade e a saudade, expressos através dos sorrisos e aplausos, mesmo por alguns utentes em estado grave. Os utentes ainda com capacidade de comunicar verbalmente expressaram satisfação durante a realização da mesma. Contudo, foi através da comunicação não verbal que a maioria dos utentes expressou os seus sentimentos. Considera-se que os efeitos da musicoterapia foram benéficos na sua globalidade, pois proporcionaram aos idosos a sensação de bem-estar, relaxamento, distração e recordações agradáveis. A criação de ritmos e gestos, tanto na audição das músicas, pelo uso dos instrumentos musicais, como pela estimulação de movimentos corporais sequenciais pela dança, proporcionou a estimulação da memória, da coordenação motora, da atenção, concentração, bem como estimulação motora. Também o reconhecimento do cantor da música pela identificação da sua fotografia e do seu nome escrito, proporcionou a estimulação da linguagem bem como da memória remota.

Na última atividade, *massagem sensorial com bola*, estava previsto que o dinamizador executasse a exemplificação, e que a mesma fosse realizada de forma individual. Contudo no decorrer da atividade, pela dificuldade da compreensão, como por défice auditivo de alguns utentes, foi necessário improvisar outra estratégia. Uma vez que esta foi realizada em colaboração com as alunas de enfermagem, foram os próprios profissionais a realizar a massagem. E desta forma, foram proporcionados verdadeiros momentos de relaxamento. A avaliação desta atividade em geral é muito positiva.

ANEXO IX

TRABALHO *INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO*: MÓDULO II



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenção na Cognição

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Módulo II

Ilda Isabel Moreira Lordelo

Docente: Prof. Aida Fernandes

Aluno: Ilda Lordelo

N.º Aluno: 316613010

Porto, Novembro de 2014

SUMÁRIO

Nota Introdutória.....	233
1. Estimulação cognitiva e sua intervenção na demência.....	234
2. Objetivos da Intervenção na Cognição.....	235
3. Avaliação inicial de Enfermagem.....	235
4. Desenho do Programa Individual de Intervenção na Cognição.....	236
5. Planificação das sessões do programa individual de estimulação cognitiva.....	238
6. Avaliação do programa	246
7. Conclusão.....	248
8. Referências bibliográficas	249

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na unidade curricular “*Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*”, foi elaborado o presente trabalho, cujo objetivo é operacionalizar uma intervenção que foi planeada, no âmbito da Estimulação Cognitiva.

Este integra-se no Módulo II, que decorre no Hospital de Dia do serviço de Psicogeriatria do Hospital de Magalhães Lemos, EP.

Esta intervenção enquadra-se numa necessidade detetada durante a elaboração de um Estudo de Caso, no decorrer do mesmo estágio.

Este inicia-se por uma abordagem teórica sobre a Estimulação Cognitiva, seguida do planeamento do Programa Psicoterapêutico Individual. O mesmo contém a planificação das sessões, bem como os dados obtidos. De seguida é apresentada a avaliação do Programa. Para terminar é apresentada uma nota conclusiva.

1. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SUA INTERVENÇÃO NA DEMÊNCIA

A demência está se a tornar um problema de saúde importante pela sua carga social e num futuro imediato, os planos de saúde da comunidade europeia vão ser dirigidos para os doentes com demência (1) Face à cronicidade desta doença, e à ineficácia da farmacologia em impedir a progressão da demência, desde os anos 60, que têm isso implementas novas estratégias com objetivo terapêutico para combater esta doença neurodegenerativa.

As chamadas terapias não-farmacológicas, que visam as pessoas com comprometimento cognitivo ou demência, são um exemplo claro do redireccionamento da intervenção em pessoas em envelhecimento, sendo colocado ênfase no aumento da qualidade de vida e no bem-estar. (2)

Nos dias de hoje, testemunha-se uma tendência eclética dentro do cenário das intervenções não-farmacológicas em pessoas com comprometimento cognitivo, sendo frequentemente encontrados programas de intervenção que combinam diferentes abordagens e contribuições. Contudo, sempre com objetivos comuns no sentido da melhoria da melhoria da qualidade da vida da pessoa com défice cognitivo ou demência, pela promoção da autonomia pessoal, capacitação de competências e habilidades (cognitivas, funcionais e sociais) que ainda estão preservadas, retardar o processo de deterioração e o fortalecimento da autoestima e melhoria do humor (2).

Dentro deste panorama de terapias não-farmacológicas encontra-se a estimulação cognitiva ou também denominada Psicoestimulação. Esta pode ser definida como conjunto de atividades e estratégias de intervenção neuropsicológica destinadas a reforçar a neuroplasticidade da pessoa com défice cognitivo, estimulando principalmente funções preservadas e processos cognitivos. (2) A Neuroplasticidade baseia-se na capacidade plástica do cérebro e nos seus mecanismos de neuroproteção e aprendizagem através da repetição (3). Pessoas com demência mantêm uma certa capacidade de neuroplasticidade, um potencial de plasticidade cognitiva, de aprendizagem ou de capacidade de reserva que podem ser desenvolvidos e estimulados a fim de modificar e otimizar a sua adaptação ao meio, especialmente nos estadios leve e moderado, onde o processo neurodegenerativo não está tão avançado. (1)

Assim, a Estimulação Cognitiva é dirigida mais especificamente ao funcionamento cognitivo em pessoas com défice cognitivo ou demência, com o objetivo de melhorar as habilidades e capacidades cognitivas ainda preservadas, assim como retardar o processo de deterioração. (2)

2. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO

Face ao explanado, no Estudo de Caso realizado a um utente com Demência em estadio moderado, foi detetada uma necessidade de Intervenção na Cognição. Assim, pretende-se com esta intervenção:

- Melhoria das funções cognitivas do utente;
- Retardar o processo de deterioração.

3. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Os dados recolhidos estão descritos na avaliação inicial de enfermagem realizada no estudo de caso relativo ao utente M, doente alvo da intervenção cognitiva. Em seguida são apresentados sob a forma de uma tabela, os dados de forma resumida, os de maior importância para a planificação e implementação deste programa.

Na avaliação efetuada com o objetivo de intervir de forma terapêutica, deve-se ter em conta as características anteriores da pessoa, como o nível educacional e intelectual. Esta deve permitir conhecer para além dos défices e a deterioração do paciente, também o seu grau de dano e, portanto, o estadio da doença. Da mesma forma, também deve detetar precisamente quais os recursos residuais que o utente preserva, que estará por um lado relacionado com o estadio e por outro com a condição do indivíduo, abrindo o leque de possibilidades terapêuticas e desta forma facilitar estratégias mais personalizadas (1).

Nome	M	
Idade	67 anos	
Patologia	Demência etiologia múltipla	
Estadio	Estadio moderado segundo a escala de estadiamento de Reisberg	
Escolaridade	4ª classe	
Mini Mental State Examination	Total: 23	
	Orientação temporal	2/5

	Orientação espacial	5/5
	Retenção	3/3
	Atenção e Cálculo	5/5
	Evocação	2/3
	Linguagem	6/8
	Habilidade Construtiva	0/1
Teste do Relógio	1 (o desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave)	
Escala de Barthel	80 (dependência)	
Índice de Lawton	30 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)	

4. DESENHO DO PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO

Face ao estadio em que o doente se encontra, estadio moderado da demência, segundo a Escala de Deterioração Global de Reisberg, Tárraga & Boada, mencionan que a estimulação cognitiva nesta fase deve ser dirigida aos aspetos básicos da cognição, tais como: a atenção, orientação temporal e espacial, a memória, sem abandonar os aspetos cognitivos mais instrumentais como a linguagem, a perceção visual e a capacidade práxica. A leitura continua a ser uma das capacidades residuais do paciente, na qual a psicoestimulação de deve apoiar para facilitar as tarefas (1).

Contudo, face ao diagnóstico individual que foi efetuado, optou-se por introduzir no programa a área das funções executivas, uma vez que é uma área deficitária, bem como o cálculo, que apesar de se manter preservado na avaliação realizada no MMSE vai ser objeto de estimulação, com o objetivo de manter a preservação desta função.

Relativamente à frequência das sessões, estima-se de forma apropriada intervalos que variam de um mínimo de três sessões por semana para uma frequência diária. Relativamente à estruturação das sessões as mesmas deverão ter uma duração de cerca de 60 minutos, cada sessão deverá ser dedicada a uma função cognitiva, e deve iniciar-se e terminar com atividades de orientação (2).

A orientação será uma temática em todas as sessões de intervenção, recorrendo à técnica de orientação para a realidade. Esta compreende um conjunto de intervenções mediante as quais

a pessoa se torna consciente do tempo (orientação temporal) e do espaço (orientação espacial), e é uma técnica essencial no tratamento das demências. (1)

Desta forma foi elaborado um programa de intervenção dirigido a áreas como a memória, atenção, praxias, funções executivas, cálculo e linguagem. A atenção e a memória serão áreas que vão merecer mais investimento, com duas sessões. As sessões mereceram alterações relativamente à data de realização, estando na tabela seguinte representada a versão final do programa de intervenção.

SESSÃO/DATA	TEMÁTICAS DAS SESSÕES
25/09/2014	- Sessão de avaliação das capacidades cognitivas pela aplicação de escalas (MMSE, Barthel, Lawnton, Teste do relógio)
29/09/2014	- Sessão intervenção na atenção
30/09/2014	- Sessão intervenção na memória
9/10/2014	- Sessão intervenção na linguagem
13/10/2014	- Sessão intervenção nas praxias
15/10/2014	- Sessão intervenção na atenção
17/10/2014	- Sessão intervenção nas funções executivas
21/10/2014	- Sessão intervenção na memória
24/10/2014	- Sessão intervenção no cálculo
28/10/2014	- Sessão de reavaliação das capacidades cognitivas/funcionais pela aplicação de escalas (MMSE, Barthel, Lawnton, Teste do relógio)

Posto isto, foi elaborada a planificação das sessões de estimulação da cognição. Após o estabelecimento dos objetivos de cada sessão, foram planeados alguns exercícios de estimulação cognitiva, com recurso a exercícios já elaborados ou adaptados dos seguintes manuais:

- “Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação Cognitiva” (4);
- “Volver a Empezar: *Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer*” (1);
- “*Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer*” (5)

5. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DO PROGRAMA INDIVIDUAL DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

SESSÃO N.º 1 – INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a atenção mediante a apresentação de estímulos visuais; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa; <p>Reforçar a orientação da pessoa</p>	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatria</p> <p>Data: 29/09/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação da atenção, como: • Exercícios de rastreio espacial de algarismos, letras, formas, palavras, etc., • Exercícios de procura de diferenças, • Exercício de atenção alternante. • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<p>Agradecer a participação e finalizar a sessão;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AValiação da Sessão	<p>A hora da sessão teve que ser adiada para as 15h por circunstâncias do serviço. Estava desorientado no tempo e orientado no espaço.</p> <p>O Sr. M. no início da sessão mostrou-se comunicativo, afável e demonstrou interesse na realização dos exercícios propostos. Demonstrou facilidade na realização dos exercícios de rastreio espacial. Nos exercícios propostos de procura de diferenças e de atenção alternante demonstrou mais dificuldade tendo necessitado de ajuda. No final da atividade também mostrou-se mais sonolento, o que comprometeu a atenção e compreensão.</p>	

SESSÃO N.º 2 – INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA

SESSÃO N.º 2 – INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória imediata mediante a apresentação de estímulos visuais e auditivos; • Estimular a memória recente, através da apresentação de estímulos verbais e visuais; • Otimizar a memória remota, através da apresentação de estímulos visuais; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa. • Reforçar a orientação da pessoa. 	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatria</p> <p>Data: 30/09/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação da memória, como: • de memória recente e processo de evocação imediata e diferida de imagens com material visual, • de memória recente e processo de evocação imediata e diferida com material verbal, • de memória imediata através da repetição de palavras. • de memória remota com mnemônicos material visual • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AValiação DA SESSÃO	<p>A sessão foi novamente adiada para o início da tarde (13h30-14h30), para que o utente pudesse participar na sessão de psicomotricidade. O utente realizou os exercícios propostos com agrado, contudo necessitou de algum incentivo e de mais tempo de que o previsto. No final da sessão encontrava-se sonolento, o que não permitiu a realização de todos os exercícios previstos.</p>	

SESSÃO N.º 3 – INTERVENÇÃO NA LINGUAGEM		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximizar as capacidades linguísticas preservadas; • Otimizar a expressão verbal; • Manter e estimular a compreensão verbal; • Promover o estímulo e fluência verbal; • Exercitar o binómio leitura-escrita. • Estimular a linguagem escrita; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa. • Reforçar a orientação da pessoa. 	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatría</p> <p>Data: 9/10/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação da linguagem, como: • redação de texto por cópia; • de vocabulário e léxico por complementação de palavras; • redação de palavras por evocação categorial, antónimos, e palavras relacionadas; • ditado. • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AValiação da Sessão	<p>O Sr. M. mostrou-se muito satisfeito na realização da atividade proposta. Realizou os exercícios de forma rápida no início da sessão, e de forma correta não tendo necessitado de ajuda. Mostrou dificuldade nos exercícios de evocação categorial. No final da sessão, tal como nas últimas sessões, ficou mais sonolento.</p>	

SESSÃO N.º 4 – INTERVENÇÃO NAS PRAXIAS

SESSÃO N.º 4 – INTERVENÇÃO NAS PRAXIAS		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a motricidade fina, como um pré-requisito para a motricidade intencional; • Promover a produção de atos motores voluntários; • Manter a mecânica da escrita como um exercício de práxis gráfico; • Estimular as habilidades visuo-construtivas; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa; • Reforçar a orientação da pessoa. 	Utente: Sr. M. Duração: 45-60 minutos Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatría Data: 13/10/2014 Horário: 11h – 11h45 Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação das praxias, como: • motricidade fina com exercícios de coordenação visual e linear; • de praxis construtiva pela construção de parte de desenhos, simetrias; • de praxis construtiva por desenhos por cópia. • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AVALIAÇÃO DA SESSÃO	<p>O Sr. M. esteve desorientado no tempo em relação ao dia da semana, orientado relativamente ao mês e dia do mês bem como no espaço. Afável, contudo esteve sonolento no decorrer da atividade, e com dificuldade em manter a atenção e concentração durante os exercícios propostos. Os exercícios de cópia mais simples realizou de forma correta, nos de maior complexidade necessitou de orientação e de alguma ajuda. Os exercícios sequenciais propostos não conseguiu realizar de forma autónoma, tendo necessitado de ajuda.</p>	

SESSÃO N.º 5 – INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a atenção mediante a apresentação de estímulos visuais com exercícios de maior dificuldade do que na sessão n.º 1 ; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa. 	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatría</p> <p>Data: 15/10/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação da atenção, como: • Exercícios de rastreio espacial de algarismos, letras, formas, palavras, etc., • Exercícios de procura de diferenças. • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AValiação DA SESSÃO	<p>Utente mais desperto do que nas últimas duas sessões (foi suspensa terapêutica prescrita do almoço, a quetiapina). Os exercícios realizados de rastreio espacial de 1 algarismo, letra ou símbolo (mas de maior complexidade do que na última sessão relativa à atenção), foram realizados de forma rápida, sem necessitar de ajuda. Os de rastreio espacial de mais do que 2 itens, teve maior dificuldade tendo necessitado de orientação. O exercício de sopa de letras foi realizado em cerca de 50%, de forma correta. No final da atividade o Sr. M. referiu estar cansado, e dado termo à atividade. Sendo assim, não foi realizado o exercício previsto de diferenças.</p>	

SESSÃO N.º 6 – INTERVENÇÃO NAS FUNÇÕES EXECUTIVAS		
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Estimular as funções executivas e o raciocínio; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa. • Reforçar a orientação da pessoa. 		Utente: Sr. M. Duração: 45-60 minutos Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatría Data: 17/10/2014 Horário: 11h – 11h45 Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação das funções executivas, como: <ul style="list-style-type: none"> • sequências de ação; • associação de palavras; • sequências lógicas: séries numéricas, de letras e de imagens; • flexibilidade; • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AVALIAÇÃO DA SESSÃO	<p>O utente estava no início da sessão desorientado no tempo, orientado no espaço. Utente realizou os exercícios propostos de flexibilidade de forma correta, contudo necessitou de orientação e alguma ajuda inicial. Nos exercícios propostos de sequências de imagens, números e de ação, demonstrou maior dificuldade, necessitou de apoio à sua realização, tendo sido propostos apenas alguns dos exercícios previstos. Teve alguns períodos de discurso confuso, contudo manteve-se desperto na realização de toda a atividade.</p>	


SESSÃO N.º 7 – INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória mediante apresentação de exercícios com um grau superior de dificuldade do que na sessão n.º 2; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa. • Reforçar a orientação da pessoa. 	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatria</p> <p>Data: 21/10/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação da memória, como: • de memória recente e processo de evocação imediata e diferida de imagens com material visual, • de memória recente e processo de evocação imediata e diferida com material verbal, • de memória imediata através da repetição de palavras, • de memória remota com mnemônicos material visual • de memória remota recorrendo a <i>técnica da reminiscência</i>, estimulando a recordação de eventos passados, através de estímulos visuais que apelaram a momentos históricos e de estímulos verbais através de questões relacionadas com a o seu passado (casamento e viagens à Holanda) • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Agendar a nova sessão com o utente, potenciando a orientação no tempo; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AVALIAÇÃO DA SESSÃO	<p>Utente desperto, colaborante e afável no decorrer da atividade. Realizou os exercícios propostos com satisfação, e em geral de forma acertada. Referiu ter gostado particularmente do jogo da memória.</p> <p>Nos exercícios que apelaram à <i>Reminiscência</i>, falou com agrado das suas recordações, tendo relacionado de forma correta as imagens apresentadas com os momentos/personagens históricas. Em relação ao 25 de Abril referiu “estava no hospital... estávamos todos com expectativa... eram armas por todo o lado”. Relativamente ao dia do seu casamento, relatou-o com satisfação, de forma emocionada: “Fui-me casar a Lisboa, na igreja de Campolide ao pé de Santa Apolónia... tenho lá muita família... o vestido da minha esposa era branco...”.</p>	

SESSÃO N.º 8 – INTERVENÇÃO NO CÁLCULO		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preservar o reconhecimento numérico; • Reforçar os conceitos de número e operações numéricas; • Favorecer a discriminação de quantidades; • Otimizar a discriminação dos números; • Favorecer os níveis de atenção em material não-verbal; • Potenciar a orientação espacial, temporal e da pessoa; • Reforçar a orientação da pessoa. 	<p>Utente: Sr. M.</p> <p>Duração: 45-60 minutos</p> <p>Local: Gabinete B do hospital de dia do serviço de Psicogeriatría</p> <p>Data: 24/10/2014</p> <p>Horário: 11h – 11h45</p> <p>Material utilizado: exercícios impressos e material de escrita</p>	
	ATIVIDADES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o utente, realizar Terapia de Orientação para a realidade; • Comunicar quais os objetivos da sessão e como irá decorrer, apelando a sua participação; 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de exercícios de estimulação do cálculo, como: • sequências de números; • operações aritméticas; • resolução de problemas matemáticos; • reconhecimento de moedas com resolução de problemas matemáticos com recurso a dinheiro; • Adequar a dificuldade do exercício de acordo com a resposta do utente; 	45 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a participação e finalizar a sessão; • Avaliar em conjunto com o utente as sessões realizadas; • Avaliar a sessão e efetuar o registo. 	2 minutos
AValiação DA SESSÃO	<p>O utente estava orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente e desperto no decorrer da atividade. Mostrou satisfação durante a realização dos exercícios propostos. Mostrou facilidade em realizar operações aritméticas de somar e subtrair simples, bem como de multiplicar, e incapacidade de realizar operações de divisão. Os problemas matemáticos apenas foram resolvidos de forma correta os de menor complexidade. Ainda demonstrou capacidade de reconhecimento de todas as moedas, tendo resolvido os problemas matemáticos de menor complexidade.</p> <p>Quando questionado acerca das sessões realizadas referiu “<i>foram momentos bem passados...</i>”.</p>	

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Após a realização das sessões previstas de intervenção de estimulação cognitiva, tal como previsto, foi realizada entrevista com o utente, e foram reaplicadas as escalas com objetivo de reavaliar as capacidades cognitivas, bem como para as atividade de vida diárias e instrumentais. Nas tabelas seguintes, são apresentados os dados obtidos, com recurso a comparação dos resultados obtidos antes do programa de estimulação e após o seu término.

Data		25/09/2014	
Mini Mental State Examination	Total: 23		
	Orientação temporal		2/5
	Orientação espacial		5/5
	Retenção		3/3
	Atenção e Cálculo		5/5
	Evocação		2/3
	Linguagem		6/8
	Habilidade Construtiva		0/1
Teste do Relógio	1 (o desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave)		
Escala de Barthel	80 (dependência)		
Índice de Lawton	30 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)		



Data		28/10/2014	
Mini Mental State Examination	Total: 25		
	Orientação temporal		3/5
	Orientação espacial		4/5
	Retenção		3/3
	Atenção e Cálculo		5/5
	Evocação		3/3
	Linguagem		7/8
	Habilidade Construtiva		0/1
Teste do Relógio	1 (o desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave)		
Escala de Barthel	75 (dependência)		
Índice de Lawton	30 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)		

Ao realizar uma análise aos resultados obtidos, após a realização das oito sessões de estimulação cognitiva, pode-se constatar que o utente teve uma melhoria do score obtido no MMSE, de 2 pontos. Esta verificou-se na memória de evocação e na linguagem. Na orientação, relativa ao tempo e espaço, manteve na totalidade o mesmo score, contudo o utente teve uma melhoria de 1 ponto na orientação temporal, e por conseguinte menos um ponto nas questões relativas à orientação espacial.

Relativamente ao teste do relógio manteve a mesma avaliação, bem como na avaliação funcional associada às atividades de vida instrumentais pela escala de *Lawton* (já se encontrava no score máximo). Relativamente à dependência para as atividades de vida diária (*Barthel*), o utente teve o agravamento de 5 pontos no score.

Estes resultados demonstram ganhos em algumas funções cognitivas, após a intervenção efetuada, verificando-se melhoria a nível da memória a curto prazo e da linguagem, espelhadas nos testes cognitivos utilizados. Tendo em conta a intervenção efetuada outras funções cognitivas poderão ter tido uma influência importante neste resultado, nomeadamente a atenção, função também alvo de intervenção, nomeadamente em duas sessões.

Contudo, a nível funcional o utente teve um ligeiro agravamento de dependência para as atividades de vida diária (porque apresentou episódios de incontinência urinária).

Contudo, segundo a escala de estadiamento, o utente mantém-se no estadio moderado.

É de realçar que o utente, no período em que foi realizada a intervenção, teve uma participação em outras atividades com o objetivo de estimulação que foram realizadas no Hospital de Dia, nomeadamente atividades de Terapia Ocupacional, Programa de Psicomotricidade, bem como outras atividades de grupo. É também de salientar, que ao longo das sessões realizadas o utente mostrou-se progressivamente mais desperto. Este fato, à partida, está relacionado com as alterações de terapêutica que foram realizadas (diminuição da dosagem de quetiapina), por o utente se encontrar sonolento.

Estes fatores atrás referidos, podem também ter tido influência na melhoria da função cognitiva do utente, alvo da Intervenção na Cognição efetuada.

7. CONCLUSÃO

Esta intervenção demonstrou ganhos na cognição do utente, nomeadamente na memória a curto prazo e na linguagem.

Como limitações durante a implementação desta intervenção psicoterapêutica, aponto o fato de por questões de organização do serviço nem sempre foi possível realizar a atividade no horário previsto no turno da manhã, podendo a sonolência do utente estar relacionada com o fato da mesma ser efetuada no final do almoço; por outro lado, não foi possível, por questões de horário de estágio, realizar no mínimo as três sessões semanais preconizadas por alguns autores.

Mesmo sem as condições ideais, esta intervenção demonstrou ganhos na cognição, as sessões decorreram sem intercorrências e com a participação com satisfação do utente.

Desta forma foi atingido, o objetivo proposto, tendo sido possível, com esta intervenção psicoterapêutica, a melhoria das funções cognitivas, apesar de outros fatores poderem ter tido influência neste resultado final. Por outro lado, esta intervenção, contribuiu também para retardar a progressão da doença, uma vez que é um dos objetivos da Intervenção Cognitiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **TÁRRAGA L. & BOADA M** - *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones. ISBN 84-7429-067-8
- (2) **GOVERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS** - *Estimulación cognitiva: Guia y material para la intervención*. Governo del Prinipado de Asturias: Consejería de Assuntos Sociales, 2002. AS/3.190-2002
- (3) **ROA, L. M. L.** - *Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación*. REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD, ano 2012, Vol. 14(2)
- (4) **NUNES, BELINA; PAIS, JOANA** — *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação*. Lidel: 2ª ed., 2014. ISBN 9789897520433
- (5) **GIL P., YUBERO R., MORÓN L.** – *Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer*. Madrid: Editorial Just in Time, 2005