



**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 Psiquiatria.

Sílvia Liliana Lopes Peixoto

março de 2014





**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 Psiquiátria.

Por Sílvia Liliana Lopes Peixoto  
Sob orientação da Professora Aida Maria da Silva Fernandes

março de 2014



## Resumo

“A forma de encarar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, desde a exclusão e a encarceração à abordagem na comunidade” (FAZENDA, 2006:8). Tem-se verificado que nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. A abordagem comunitária enfatiza a importância da reabilitação psicossocial.

A sequência da realização dos módulos de estágio foi previamente planeada e apresenta como fio condutor a reabilitação psicossocial.

Todas as intervenções implementadas ao longo do estágio apresentam particularidades e focos de atuação distintos, no entanto o objetivo comum é transversal: pretendeu-se potenciar o percurso de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental através da aquisição de novas competências que promoveram a sua autonomia. Com o programa de estimulação cognitiva conseguiu-se obter uma melhoria em todas as funções exercitadas. Através dos programas de Treino do autocuidado de higiene e arranjar-se e do treino de gestão eficaz e uso do dinheiro observou-se uma evolução significativa na aquisição e melhoria de competências e consequentemente na autonomia das utentes. Com a consulta de enfermagem conseguiu-se organizar e planear uma intervenção dirigida à individualidade, potencialidade e expectativa de cada pessoa com vista à melhoria dos cuidados fornecidos e, o mesmo se verificou na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental no âmbito de apoio domiciliário e do acompanhamento individual realizado a cada pessoa no seu contexto familiar.

Em todo este processo o trabalho do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria revela-se fundamental uma vez que as pessoas que necessitam de cuidados de saúde nesta área obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas desta especialidade.

**Palavras – Chave:** Reabilitação Psicossocial, Enfermagem



## Abstract

"A way of seeing and treating mental illness has evolved over time, since the exclusion and incarceration to the community approach " (FAZENDA, 2006:8).

It has been observed that in recent times, the model of mental health care, changed the institutional focus of the person with mental illness to one focused on community care. The community approach emphasizes the importance of psychosocial rehabilitation.

The result of the completion of the internship modules was previously planned and presented as thread psychosocial rehabilitation.

All interventions implemented during the stage show peculiarities and distinct foci of activity , however the common goal is to cross : we sought to enhance the route of psychosocial rehabilitation of persons with mental illness through the acquisition of new skills that promoted their autonomy. With the program of cognitive stimulation we were able to achieve an improvement in all the functions exercised. Training programs through self-care and hygiene get up and training of effective management and use of the money we observed a significant increase in the acquisition and improvement of skills and consequently the autonomy of users. With the nursing consultation was managed to organize and plan an intervention aimed at individuality, potentiality and expectation of every person to improve the care provided, and the same was found in providing skilled nursing care in mental health support within home and personal monitoring conducted every person in their family context.

Throughout this process the work of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry become vital since people who need health care in this area when gain in health care by specialist nurses in this specialty.

**Key – Words:** Psychosocial Rehabilitation, Nursing



## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora Professora Aida Maria da Silva Fernandes pelas orientações e ajuda durante a construção do presente Relatório.

Aos meus tutores nos diferentes módulos de Estágio pelo apoio, simpatia e orientação prestadas.

À minha família pelo apoio e paciência durante todo este percurso e à minha colega e amiga que me acompanhou em toda esta caminhada Carla Azevedo.

Agradeço ainda a todas as pessoas não mencionadas que, de algum modo, contribuíram, mesmo de forma indireta, para a concretização deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado!



**Se deres um peixe a um homem faminto, vais alimentá-lo por um dia. Se o ensinares a pescar, vais alimentá-lo toda a vida.**

(Lao-Tsé)



## **Siglas**

BELS - Basic Everyday Living Skills

C.A.S.A. - Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

CSBJ - Casa de Saúde do Bom Jesus

EESMP - Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

EPS - Educação para a Saúde

GIS - Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental

MMSE - Mini Mental State Exam

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEC - Programa de Estimulação Cognitiva

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

PTACHA - Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se

PTGEUD - Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UVA - Unidades de Vida Apoiada

UVP - Unidade de Vida Protegida

## **Lista de Abreviaturas**

Cit. - Citado

Consult. - Consultado

n.º - número

S. - São

Stª - Santa



## Índice

0 - Introdução .....	15
1 – Fundamentação Teórica.....	19
2 – Da Conceção á Prática.....	25
2.1. – Objetivos Transversais aos Módulos de Estágio.....	27
2.1.1. - Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio.....	27
2.1.2. - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria .....	33
2.2. – Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio.....	37
2.2.1. - Executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da Unidade de S. José .....	37
2.2.2. - Implementar um Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se às utentes da Unidade de Vida Protegida que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial .....	41
2.2.3. - Implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro às utentes da Unidades de Vida Apoiada que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial .....	45
2.2.4. - Implementar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no GIS .....	49
2.2.5. - Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido” .....	52
2.3. – Competências Desenvolvidas .....	56
3 – Conclusão .....	59
4 – Bibliografia.....	63
4.1 – Bibliografia da Legislação .....	67

Anexos.....	69
Anexo I_ Programa de Estimulação Cognitiva .....	71
Anexo II_ Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva .....	129
Anexo III_ Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro .....	139
Anexo IV_ Resultados do Programa de Treino do Autocuidado higiene e Arranjar-se.....	183
Anexo V_ Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro .....	193
Anexo VI_ Resultados do Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro .	235
Anexo VII_ Consulta de Enfermagem .....	245
Anexo VIII_ Estudo Caso .....	295
Índice dos Gráficos	
Gráfico 1_ Avaliação Final do PEC .....	40
Gráfico 2_ Resultados da Participante 1_PTACHA .....	44
Gráfico 3_ Resultados da participante 5_PTGEUD .....	49

## 0- Introdução

A elaboração do presente Relatório de Estágio surge no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na unidade curricular de Relatório, relativo ao período de Estágio compreendido entre 13 de maio de 2013 a 01 de fevereiro de 2014.

Este documento pretende traduzir o processo de concretização do projeto de estágio, que foi realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde. Para tal, apresenta os seguintes objetivos: avaliar todo o percurso realizado, apresentar todas as intervenções implementadas e executadas nos diferentes módulos de estágio, refletir sobre os cuidados prestados realizados durante os estágio, refletir sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatra (EESMP), dar cumprimento a uma exigência curricular e constituir um documento de avaliação para a obtenção de grau Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia adotada para a elaboração deste Relatório de Estágio foi do tipo descritiva, baseada na pesquisa bibliográfica e cibernética subjacente e pertinente assim como na observação da prática clínica. A sua elaboração segue as normas de elaboração fornecidas pela UCP e as referências utilizadas seguem a norma NP 405. De facto, este documento reflete todo o trabalho realizado nos diferentes locais de estágio, sendo revelador das práticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, sendo esta a sua principal vantagem. O principal obstáculo encontrado na construção deste trabalho correspondeu à dificuldade sentida na organização de toda a informação disponível.

“A forma de encarar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, desde a exclusão e a encarceração à abordagem na comunidade” (FAZENDA, 2006:8).

Tem-se verificado que nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. A abordagem comunitária enfatiza a importância da reabilitação psicossocial, da integração social e do apoio às famílias e ainda a participação das pessoas com doença mental e familiares no planeamento e avaliação dos serviços.

A sequência da realização dos módulos de estágio foi previamente planeada e apresenta como fio condutor a reabilitação psicossocial. A escolha deste caminho surgiu porque a reabilitação psicossocial apresenta, na atualidade, um fator cada vez mais importante para a prestação de cuidados uma vez que, os serviços de saúde mental precisam de oferecer uma assistência que promova o treino de habilidades que estimulem a autonomia e a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental.

Trata-se de um processo gradual, dinâmico e específico. Pretende-se que a pessoa com doença mental potencie a sua aprendizagem, promovendo uma maior autonomia e independência, refletindo-se numa melhoria constante do seu estado de saúde. A participação do EESMP permite responder de forma otimizada às necessidades da pessoa através da implementação de intervenções sistemáticas e sustentadas na evidência.

Dada a pertinência da reabilitação psicossocial, a escolha dos locais de estágio foi planeada no sentido de evoluir ao nível da autonomia das pessoas com doença mental, bem como pensar num percurso de reabilitação, com início numa unidade médio/longo internamento, seguindo para uma unidade de treino de competências e finalizando na comunidade.

Em primeiro lugar foi realizado o Módulo II - desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto - que decorreu na Unidade de S. José da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ). Esta unidade está vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental com vista à melhoria da qualidade de vida. Sendo que, na maioria das vezes, é esta unidade que referencia as pessoas com doença mental para a unidade de reabilitação da mesma instituição. É uma unidade de médio/longo internamento, com lotação de 78 utentes provenientes de várias regiões de Portugal.

Em seguida foi realizado o Módulo I - “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”, no serviço de reabilitação da CSBJ. O serviço de reabilitação engloba o projeto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), sendo este serviço composto por uma residência de treino (Unidade de Vida Protegida - UVP) e três apartamentos terapêuticos (Unidade de Vida Apoiada - UVA). O Serviço de Reabilitação tem a capacidade para 20 utentes, a UVP tem lotação de 8 utentes e as 3 UVA's têm lotação para 13 utentes. Atualmente as unidades do Projecto CASA são habitadas por 16 utentes do sexo feminino.

Esta unidade está vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com vista à obtenção de maior autonomia, melhoria da qualidade de vida e integração na comunidade, sendo estes os principais pressupostos para a escolha deste local de estágio.

E, por último, o Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros), decorreu em contexto comunitário e foi desenvolvido no GIS. Esta foi uma ótima oportunidade de reconhecer as principais necessidades e dificuldades que as pessoas com doença mental enfrentam no seu próprio domicílio. Este local de estágio permitiu seguir a linha norteadora definida – reabilitação psicossocial – e possibilitou o contacto com duas das tipologias de respostas definidas pelos cuidados continuados integrados em saúde mental nomeadamente a unidade sócio-ocupacional e a equipa de apoio domiciliário.

Para uma melhor leitura e compreensão, o Relatório de Estágio foi dividido nos seguintes capítulos: Introdução, Fundamentação Teórica, Da Conceção à prática, Conclusão, Bibliografia e Anexos. Na Introdução foi feito o enquadramento de todo o trabalho desenvolvido, a definição dos objetivos, as vantagens e as dificuldades sentidas na elaboração deste documento. O corpo de trabalho é dividido em dois sub-capítulos fundamentais intitulados por “Fundamentação Teórica” e ainda por “Da conceção à prática”. Na fundamentação procedeu-se ao enquadramento da saúde mental, da sua epidemiologia não esquecendo a importância da reabilitação psicossocial.

No ponto dois intitulado “Da concepção à prática” inicia-se com a justificação dos diferentes campos de estágio e com a sequência da realização dos módulos de estágio. Na continuação deste capítulo foram abordados os “Objetivos Transversais aos Módulos de Estágio”, os “Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio” e ainda as “Competências Desenvolvidas”. Nestes itens foram apresentados os objetivos e as intervenções, comuns e específicas, implementadas em cada campo de estágio assim como as devidas conclusões e reflexões de todos os cuidados prestados.

Em seguida foi realizada uma conclusão de todo o relatório assim como foi apresentada a bibliografia utilizada. Para terminar este documento procede-se à descrição de todos os Anexos, nestes foram colocados todos os documentos considerados pertinentes, desenvolvidos ao longo do Estágio, que permitem uma melhor caracterização das atividades desenvolvidas.

## 1 – Fundamentação Teórica

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), Saúde Mental não é apenas a ausência de doença mental, mas sim “um estado de bem-estar em que o indivíduo tem noção das suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade”.

O conceito de saúde mental não pode ser entendido como apenas a ausência da doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim, a perceção e consciência dos mesmos, e a possibilidade de os modificar e intervir sobre eles, de forma a solucioná-los. Não é um conceito simplista, mas deve envolver a pessoa no contexto biopsicossocial em que está inserida, bem como, na fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares.

Algumas características para abordar a saúde mental prendem-se com a capacidade de disfrutar da vida, a resiliência (capacidade de fazer frente à adversidade e lidar com situações imprevistas ou novas), o equilíbrio (manter um equilíbrio entre tempo passado sozinho e socialmente, entre trabalho e vida pessoal, entre sono e tempo acordado) e a flexibilidade (capacidade de modificar as expectativas consoante as situações). Numa perspetiva holística, a saúde mental “inclui a capacidade do individuo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica ” (SÁ, 2010:15)

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. (OMS, 2001)

Com base no documento “Portugal Saúde Mental em números 2013”, do programa nacional para a saúde mental, pode-se constatar que estudos epidemiológicos recentes mostram que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral tornaram-se a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo.

O documento citado revela que os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos. Ainda acrescenta que 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e com dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%), sendo as perturbações depressivas a 3.<sup>a</sup> causa de carga global de doença (1.<sup>a</sup> nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1.<sup>a</sup> a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas de suicídio e parasuicídio. Na Europa, os problemas de saúde mental respondem por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde, sendo o suicídio um das 10 principais causas de morte prematura.

Dada esta realidade, é consensual afirmar que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (como o desemprego, o absentismo, as baixas por doença, o apoio a familiar doente), têm grande impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde

Este facto, por si só, ilustra de forma evidente a importância que as políticas de saúde mental assumem no contexto das políticas gerais de saúde. O reconhecimento desta situação levou à criação e aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) em 24 de janeiro de 2008.

O Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do World Mental Health Survey Initiative, comprovou a importância do PNSM uma vez que em Portugal existe “uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa” (...) “um elevado número de pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental” e muitas pessoas

“continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção”. (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2012:3).

Um dos objetivos do PNSM 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

“A forma de encarar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, desde a exclusão e a encarceração à abordagem na comunidade” (FAZENDA, 2006:8). Tem-se verificado que nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária, em que esta abordagem dá cada vez mais importância à permanência da pessoa na sua comunidade residencial “com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.” (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016, 2008:22).

Esta abordagem comunitária veio propor uma nova forma de tratar as pessoas com doença mental, sem as afastar da sua família e das suas redes de pertença. Os internamentos passaram a ter uma duração limitada, pois o seu objetivo é ultrapassar a fase mais aguda da doença, fazer um diagnóstico e instituir um plano terapêutico, seguindo-se o acompanhado em ambulatório.

Este modelo de tratamento implica várias mudanças e apresenta princípios bem definidos, tais como: “(...) a existência de uma rede de serviços que prestam cuidados diferenciados (...)” integrados no Serviço Nacional de Saúde. Esta integração permitirá proporcionar a continuidade de cuidados em articulação com os diversos serviços da comunidade, uma vez que o objetivo do “tratamento já não é apenas a eliminação dos sintomas, mas também a melhoria da qualidade de vida e da integração social e profissional” (FAZENDA, 2006:11).

A abordagem comunitária enfatiza a importância da reabilitação psicossocial, da integração social e do apoio às famílias e ainda a participação das pessoas com doença mental e familiares no planeamento e avaliação dos serviços.

A Reabilitação Psicossocial baseia-se na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Trata-se de um conceito

abrangente que contempla várias dimensões, sendo a mesma definida ao longo do tempo por diversos autores. A definição de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001) inclui todas estas vertentes:

A Reabilitação Psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.

De acordo com o Decreto Lei n.º 8 de 2010, de 28 de Janeiro, Reabilitação Psicossocial é definida como sendo o processo de “desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade”.

O objeto da reabilitação não é o "doente", mas sim a "Pessoa" que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros. É a Pessoa doente que está em causa, no seu todo e não apenas a sua parte doente ou perturbada.

O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental. Procura compensar as incapacidades através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, e também através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência.

As premissas fundamentais presentes num processo de reabilitação psicossocial são: a pessoa, a rede social de suporte e a equipa profissional de reabilitação. A reabilitação psicossocial pretende o envolvimento ativo da pessoa, o desenvolvimento de competências e o desenvolvimento de recursos no ambiente, o tratamento psicofarmacológico, aumento das competências da pessoa com doença mental, melhorias comportamentais nos ambientes da sua escolha, utilização de uma variedade de tratamentos e técnicas e o envolvimento da família.

Deste modo, são estratégias de reabilitação psicossocial: técnicas de motivação que ajudem as pessoas a lidarem com o meio em vez de sucumbirem a este; valorização dos aspetos saudáveis em vez da redução de sintomas e melhoria de habilidades para fazer algo num meio específico até mesmo na presença de incapacidades residuais.

A bibliografia revela que os programas de reabilitação psicossocial, são eficazes na reabilitação psiquiátrica. A eficiência da reabilitação encontra-se relacionada com vários fatores, entre os quais, a adesão ao tratamento, a consciencialização da doença por parte da pessoa e da família e o acesso a tratamentos estruturados.

Nas últimas décadas o interesse dos profissionais de saúde mental pela reabilitação psicossocial aumentou, assim como a atenção dos organismos internacionais. O decreto-lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro preconiza a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, adaptadas às características de grupos etários específicos, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados e com os serviços locais de saúde mental, passando a prestação de cuidados de saúde mental a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Esta rede permite o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental. Estas respostas são: unidades de convalescença; residências: de treino de autonomia, de apoio máximo, de apoio moderado e autónomas; unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário.



## 2 – Da Conceção á Prática

A realização do Estágio iniciou-se com a planificação prévia do tipo de intervenção a realizar nos diferentes Módulos, de forma a aprofundar os conhecimentos e a desenvolver competências no âmbito da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste contexto foi realizado um Projeto de Estágio, que orienta e dá significado a objetivos de desenvolvimento e capacitação profissional. Um projeto pode ser definido como um “processo de planeamento e realização de um conjunto organizado de acções, com vista a atingir determinados objectivos”. (FERNANDES, 1999:236)

A conceção do projeto de estágio teve em consideração diferentes dimensões que permitiram detetar necessidades, revelar possibilidades de intervenção e perspetivar mudanças entre o contexto atual e aquilo que se pretendia alcançar com a implementação das intervenções. Projeto “não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto”. (BARBIER, 1993:52)

A sequência da realização dos módulos de estágio foi previamente planeada e apresenta como fio condutor a reabilitação psicossocial. A escolha deste caminho surgiu porque a reabilitação psicossocial apresenta, na atualidade, um fator cada vez mais importante para a prestação de cuidados uma vez que, os serviços de saúde mental precisam de oferecer uma assistência que promova o treino de habilidades que estimulem a autonomia e a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental.

Trata-se de um processo gradual, dinâmico e específico. Pretende-se que a pessoa com doença mental potencie a sua aprendizagem, promovendo uma maior autonomia e independência, refletindo-se numa melhoria constante do seu estado de saúde. A participação do EESMP permite responder de forma otimizada às necessidades da pessoa

através da implementação de intervenções sistemáticas e sustentadas na evidência.

Dada a pertinência da reabilitação psicossocial, a escolha dos locais de estágio foi planeada no sentido de evoluir ao nível da autonomia das pessoas com doença mental, bem como pensar num percurso de reabilitação, com início numa unidade médio/longo internamento, seguindo para uma unidade de treino de competências e finalizando na comunidade.

Em primeiro lugar foi realizado o estágio referente ao Módulo II que decorreu na Unidade de S. José da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ). Esta escolha para primeiro local de estágio justifica-se com a necessidade de acompanhar todo o processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental e nada melhor do que ter iniciado todo o percurso de reabilitação numa unidade de médio/longo internamento como é o caso da Unidade de S. José. Esta unidade está vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental com vista à melhoria da qualidade de vida. Sendo que, na maioria das vezes, é esta unidade que referencia as pessoas com doença mental para a unidade de reabilitação da mesma instituição.

Em seguida foi realizado o estágio relativo ao Módulo I que se desenvolveu na Unidade de Reabilitação da CSBJ. Seguindo os mesmos objetivos, esta unidade está vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com vista à obtenção de maior autonomia, melhoria da qualidade de vida e integração na comunidade, sendo estes os principais pressupostos para a escolha deste local de estágio.

O último estágio, referente ao Módulo III, decorreu em contexto comunitário e foi desenvolvido no GIS. Esta foi uma ótima oportunidade de reconhecer as principais necessidades e dificuldades que as pessoas com doença mental enfrentam no seu próprio domicílio. Este local de estágio permitiu seguir a linha norteadora definida – reabilitação psicossocial – e possibilitou o contacto com duas das tipologias de respostas definidas pelos cuidados continuados integrados em saúde mental nomeadamente a unidade sócio-ocupacional e a equipa de apoio domiciliário.

## 2.1. – Objetivos Transversais aos Módulos de Estágio

Na planificação de todo o estágio foram delineados, para os diferentes módulos, objetivos gerais e objetivos específicos, planeadas atividades e estratégias a desenvolver assim como se procedeu à definição dos indicadores de avaliação para todas as intervenções planeadas. Todos estes elementos foram definidos de forma a contemplar as competências do enfermeiro EESMP.

Neste subcapítulo são abordados os objetivos comuns aos três contextos de estágio assim como são apresentadas as principais conclusões e reflexões.

### 2.1.1. - Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio

Com a definição deste objetivo pretendeu-se sobretudo conhecer as unidades de estágio através do reconhecimento da sua estrutura física, dinâmica organizacional e funcional de forma a simplificar o processo de integração na equipa multidisciplinar. Para a operacionalização deste objetivo geral foi necessário e fundamental proceder à definição dos respetivos objetivos específicos. Os objetivos específicos delineados foram: **realizar visita à estrutura física das unidades de estágio e consultar documentos oficiais existentes relacionados com a orgânica e funcionalidade da Instituição/Unidade.**

Para a concretização destes objetivos específicos, e conseqüentemente do objetivo geral, foram programadas e desenvolvidas um conjunto de atividades, sendo estas: realização de entrevistas informais à enfermeira chefe/tutora da Instituição/Unidade; visita às instalações; caracterização da estrutura física da unidade; caracterização do conteúdo funcional da Unidade/Instituição junto do responsável e da equipa multidisciplinar; conhecimento e análise dos protocolos de colaboração, com outras instituições; identificação dos projetos existentes e respetiva população alvo. Para a avaliação destes objetivos recorreu-se à caracterização da estrutura física, dos recursos humanos e funcionalidade das unidades de estágio.

Em todos os locais de estágio, a concretização destes objetivos específicos decorreram de forma eficaz. Para tal, foi fundamental uma boa integração junto das diferentes equipas multidisciplinares que se mostraram sempre disponíveis para esclarecimentos sobre a estrutura física, organizacional e dinâmicas de cada unidade de estágio.

O estágio referente ao desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto, Módulo II, foi realizado na unidade de S. José da CSBJ. A escolha deste local de estágio justifica-se pelo facto desta unidade estar vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com vista ao desenvolvimento da autonomia e melhoria da qualidade de vida. Sendo que, na maioria das vezes, é esta unidade que referencia as utentes para a unidade de reabilitação da mesma instituição.

Esta é uma unidade de médio/longo internamento, que se encontra quase sempre na sua lotação máxima. São 78 utentes provenientes de várias regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. A idade das utentes encontra-se entre os 21 e os 87 anos. A comparticipação do internamento é abrangida, na sua maioria, pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo três comparticipados pelo regime da ADSE. Atualmente há duas utentes que estão em regime de internamento compulsivo.

São diversos os diagnósticos médicos de entrada das utentes. De acordo com o Relatório de Atividades da Unidade de S. José relativo ao ano de 2012, pode-se constatar que o diagnóstico atual mais frequente refere-se a “Psicose Esquizofrénica”.

A equipa Multidisciplinar é constituída por: 1 Irmã Religiosa responsável pela unidade, 2 psicólogas, 1 assistente social, 7 auxiliares de enfermagem diurna, 2 auxiliares de enfermagem noturnas, 3 médicos (2 psiquiatras e 1 neurologista/clinico geral), 1 terapeuta ocupacional, 1 ajudante de ocupação, 1 enfermeira-chefe, 6 enfermeiros prestadores de cuidados gerais, 1 nutricionista, 1 professor de educação física e 1 assistente espiritual.

Nesta unidade, foi importante conhecer a estrutura física *in loco* proporcionada pela enfermeira chefe. Nesta visita às instalações foi possível conhecer os espaços que constituem a unidade, desde os quartos até salas de convívio, e ainda identificar os locais onde as intervenções delineadas poderiam ser

implementadas. Através deste reconhecimento teve-se consciência de que não se trata de uma mera unidade de saúde com objetos comuns e impessoais em todas as divisões, trata-se de um espaço pertencente às pessoas que estão institucionalizadas. Um desses exemplos são os quartos, que apesar de serem partilhados, estão “recheados” de objetos pessoais e decorativos pertencentes a cada pessoa o que traduz um espaço agradável e de cariz familiar.

Relativamente à dinâmica da unidade, pode-se realçar os procedimentos utilizados para a prática do autocuidado de higiene.

“Normalmente” os cuidados de higiene são feitos exclusivamente no período da manhã, mesmo tratando-se de pessoas independentes, com a justificativa da inexistência de recursos financeiros e humanos, rentabilização dos recursos humanos existentes, melhoria da gestão económica, entre outros. Nesta unidade verifica-se uma mudança de pensamento e comportamento, todas as pessoas que preferem tomar banho no final da tarde podem fazê-lo o que demonstra uma abordagem holística no verdadeiro sentido da palavra. Este aspeto pode ser visto como secundário ou mesmo irrelevante, mas mostra-se fundamental num processo de recuperação. Se pensarmos que uma pessoa pode preferir realizar os cuidados de higiene antes de regressar ao leito porque no seu domicílio assim o fazia, o simples facto de tomar banho neste horário deixa de ser um aspeto insignificante e passa a ser importantíssimo para todo o processo de recuperação.

Outra característica desta unidade é a realização semanal da “reunião comunitária”. Ocorre sempre no período da manhã e está disponível para todas as pessoas que queiram participar, é dirigida por um elemento da equipa multidisciplinar (que não é sempre o mesmo) e tem a duração de 20 minutos. Com esta intervenção as pessoas institucionalizadas conseguem fazer sugestões de mudança e melhoria o que as faz comprometer com a organização e funcionalidade da unidade e promover a responsabilização em todo o processo de recuperação.

O estágio pertencente à “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”, Módulo I, foi realizado no serviço de reabilitação da CSBJ. O serviço de reabilitação da CSBJ engloba o projeto C.A.S.A., sendo este serviço composto por uma residência de treino (Unidade de Vida Protegida - UVP) e três apartamentos terapêuticos (Unidade de

Vida Apoiada - UVA). O Serviço de Reabilitação tem a capacidade para 20 utentes, a UVP tem lotação de 8 utentes e as 3 UVA's têm lotação para 13 utentes. Atualmente as unidades do Projecto CASA são habitadas por 16 utentes do sexo feminino.

Para conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional foram realizadas visitas às instalações da residência St.<sup>a</sup> Teresa, que se situa dentro do perímetro da CSBJ, assim como foi necessário a deslocação aos apartamentos terapêuticos que estão inseridos na comunidade.

Para além da visita às instalações, nos primeiros momentos de estágio foram consultados documentos oficiais da unidade, nomeadamente, o Plano de Atividades 2012, para identificar de forma global as atividades planeadas e implementadas nestas unidades.

Com o projeto C.A.S.A. pretende-se obter uma mudança (apoiada) que potencie a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental sendo os seus principais objetivos: (i) Assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional (tanto na Unidade como na comunidade), quer na vertente laboral; (ii) a reintegração comunitária de doentes hospitalizados, que pelas suas características poderão reingressar na vida comunitária; evitando-se desta forma o prolongamento do internamento que poderia levar a uma cronicização da sua evolução; (iii) integração na comunidade de doentes já vinculados ao programa, tanto a nível laboral, atividades de lazer, entre outros.

A UVP tem como objetivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, habilitando-as assim, para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos.

A UVA é uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal. As mesmas favorecem, para estes fins, o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais.

A equipa multidisciplinar é composta por: 3 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 monitoras, 1 professor de educação física, 1 assistente espiritual, 1 médicos (1 psiquiatra e 1 médico de medicina interna).

Desde do seu início já passaram por estes espaços residenciais 43 utentes (28 +16 atuais): 50% das utentes foram reintegradas na família/ comunidade; 42% regressaram a unidades de longo internamento e 63% destas residentes receberam formação profissional. Estes valores provam a importância e a pertinência deste tipo de unidades.

A escolha deste local de estágio justifica-se por apresentar objetivos distintos das unidades de longo internamento, onde existe uma filosofia do cuidar diferente por parte de todos os técnicos que compõem a equipe multidisciplinar. Observa-se uma cultura de promoção de autonomia constante evidenciada em todas as rotinas desde a confeção de alimentos, lavagem da roupa, realização de compras, acesso a serviços na comunidade e realização de reuniões comunitárias onde as pessoas institucionalizadas têm um papel bastante importante em todo o processo de reabilitação.

O último estágio foi realizado no GIS, referente ao Módulo III, tendo como pressuposto o desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros).

O GIS existe desde 2009, situa-se na comunidade e pertence à CSBJ. Destina-se a pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde. Apresenta como objetivos: (i) ampliar a informação e acessibilidade à rede de serviços na comunidade; (ii) articular e coordenar os recursos disponíveis, proporcionando a continuidade de cuidados; (iii) proporcionar as condições necessárias ao processo de reabilitação psicossocial; (iv) integrar na comunidade as pessoas com Doença Mental Grave; (v) apoiar os cuidadores informais na gestão das dificuldades sentidas.

Esta unidade disponibiliza um conjunto de serviços integrados de reabilitação psicossocial promovidos por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente: Consultas da Especialidade, USO, Formação e Integração Profissional e Apoio Domiciliário.

A equipa multidisciplinar é constituída por: 1 coordenadora (enfermeira), 2 enfermeiras, 1 assistente social, 4 psicólogas, 1 médica psiquiatra, 1 terapeuta ocupacional, 2 ajudantes de ocupação e 1 assistente administrativa.

Esta unidade comunitária é constituída por duas das tipologias de resposta incluídas no decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, sendo elas a USO (Bento Menni) e Equipa de Apoio Domiciliário (ConSentido). São precisamente estas tipologias de resposta comunitária que, neste estágio, formam o foco de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A USO é um serviço que disponibiliza programas específicos de reabilitação psicossocial, nomeadamente as seguintes intervenções: atividades ocupacionais, treino de atividades de vida diária, treino de atividades instrumentais de vida diária e psicoeducação.

Em janeiro de 2014, a USO apresentava um total de 37 utentes inscritos em atividades ocupacionais e atividades de reabilitação, sendo que a maioria das referenciações foi realizada pelo próprio utente seguido da referenciação por via institucional. Todos os utentes são de nacionalidade Portuguesa e, a maioria 33 utentes, têm residência fixa em Braga. A média de idades situa-se nos 44 anos sendo a idade máxima de 69 anos e a mínima de 23 anos. Em termos de escolaridade o mais comum é o 2º ciclo, o estado civil mais significativo é o solteiro e como situação profissional 65% são reformados.

Na USO todas as intervenções estão organizadas por “tempos”, cada tempo equivale a uma manhã ou uma tarde. A maioria dos utilizadores (16) frequenta de “1 a 3 tempos” e 14 utilizadores de “4 a 7 tempos”. Apenas 7 utilizadores estão inscritos de “8 a 10 tempos”.

O Apoio Domiciliário (ConSentido) é a unidade móvel prestadora de cuidados especializados e individualizados a pessoas com doença mental, no domicílio, sendo os seus destinatários pessoas adultas com doença mental grave e residentes no concelho de Braga. Como principais intervenções apresenta a articulação no acesso a cuidados médicos e outros da especialidade; facilitação do acesso a atividades ocupacionais; psicoeducação, treino de atividades de vida diária, treino de atividades instrumentais de vida diária, intervenção em crise.

Contactar com as pessoas no seu próprio domicílio dá-nos a real perspetiva das necessidades não satisfeitas que apresentam. Como exemplo salienta-se a adesão ao regime terapêutico que por vezes fica prejudicada com a dificuldade que as pessoas apresentam em aceder a serviços de saúde ou não terem recursos económicos para a compra dessa mesma medicação. Esta fraca adesão

também é influenciada pela falta de informação tanto da pessoa como dos seus cuidadores, por crenças erróneas relativamente aos efeitos e importância da medicação prescrita ou ainda por não saberem corretamente qual é o seu guia de tratamento. Ao falarmos, neste foco em particular, tomamos consciência da real importância que o enfermeiro tem e na ajuda que pode ser em todo o processo de reabilitação psicossocial não só para a pessoa que acompanha mas também para os seus cuidadores.

Todo o processo de integração foi facilitado uma vez que toda a organização e estrutura já me eram conhecidas o que contribuiu para a deteção eficaz de necessidades de intervenção em enfermagem. De realçar que apesar de se conhecer a estrutura física, a equipa multidisciplinar e a dinâmica das intervenções foi possível ter um “olhar” diferente relativamente às intervenções que aqui se fazem o que permitiu detetar necessidades de intervenção de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria.

### **2.1.2. - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria**

Ao definir o trajeto de todos os módulos de estágio tornou-se fundamental delinear um objetivo geral, e respetivos objetivos específicos, que orientasse toda a intervenção no âmbito da enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiatria. O objetivo geral delineado foi: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria**. Através deste objetivo conseguiu-se alcançar um corpo de conhecimentos que permitiu realizar intervenções de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria.

Para complementar este objetivo geral foi imprescindível definir os objetivos específicos correspondentes. Os objetivos específicos transversais a todos os módulos de estágio, introduzidos neste objetivo geral, são: **integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem nas unidades de estágio e refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no**

**âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria.** Os restantes objetivos específicos fazem referência a intervenções de enfermagem específicas executadas em cada módulo de estágio e que por este motivo serão abordados apenas no subcapítulo seguinte intitulado “Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio”.

**“Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem nas unidades de estágio”** foi dos primeiros objetivos específicos e transversais a serem alcançados com sucesso nos diferentes campos de estágio. A integração nas equipas multidisciplinares ocorreu sem dificuldades e para tal foi fundamental utilizar as seguintes atividades e estratégias: integração na equipa multidisciplinar, no seu método de trabalho; prestação de cuidados diretos aos utentes e familiares; colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar; promoção da participação ativa das utentes no seu processo de tratamento; colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição/unidade; realização de entrevistas informais à equipa multidisciplinar e participação na dinâmica do serviço e no trabalho de equipa.

Através deste processo de integração ficou-se a conhecer, em todos os locais de estágio, as equipas multidisciplinares que trabalham em conjunto para responder às necessidades não satisfeitas manifestadas pelas pessoas. A principal conclusão e reflexão retirada desta experiência é que a existência de uma equipa multidisciplinar “saudável” é fundamental para qualquer organização de saúde. Foi notória uma articulação e cooperação entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares que trabalham para um objetivo comum – o bem-estar das pessoas assistidas. Um destes exemplos é a elaboração do plano individual de intervenção, no qual os profissionais de saúde trabalham e colaboram entre si e, juntamente com a pessoa assistida planeiam objetivos comuns.

Outro exemplo que se pode apontar é a realização de reunião de equipa uma vez por mês onde são discutidos os casos clínicos mais pertinentes.

Ao longo do estágio teve-se a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados, percebendo deste modo quais as necessidades e focos carentes de intervenção em Enfermagem. De uma forma continua e fundamentada foram definidas intervenções em enfermagem que se enquadram nas necessidades das

pessoas cuidadas o que contribuiu para o desenvolvimento das competências do EESMP.

Todas as intervenções planeadas e executadas tiveram como orientação as fases do processo de enfermagem. O processo de Enfermagem consiste num método sistematizado de prestar cuidados e apresenta as seguintes etapas: colheita de dados/apreciação dos dados, diagnóstico/identificação dos problemas, planeamento de atividades, execução das atividades planeadas e avaliação das atividades executadas.

Tal como Peplau já defendia na sua teoria das relações interpessoais, para uma Enfermagem eficiente, é necessário que o enfermeiro estabeleça com o doente (pessoa) um relacionamento de ajuda ou terapêutico, o que implica que o enfermeiro trate o doente como uma pessoa importante e que tem um valor inerente. Peplau, com o seu trabalho, mudou para sempre o carácter da Enfermagem ao conceptualizar o doente como parceiro no processo de Enfermagem.

De acordo com esta teórica, a Enfermagem envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum, sendo seu objetivo educar o doente e família identificando os problemas e as soluções. Neste sentido, para Peplau são essenciais três aspetos para a relação interpessoal ser estabelecida: o enfermeiro, o doente e os seus respetivos contextos de vida. As interações terapêuticas entre a enfermeira e o doente têm como finalidade esclarecer os problemas do doente, estabelecer metas mutuamente aceitáveis e resolver esses problemas.

Um aspeto também importante no relacionamento interpessoal e que Peplau fala é o de reconhecer a entidade do doente e torná-lo ativo no tratamento. Na prática clínica pode-se constatar que a teoria de Peplau é perfeitamente aplicável, tendo em conta que, o principal pressuposto desta teoria são as interações entre a enfermeira e a pessoa. Esta teoria foi muito importante para a definição das intervenções realizadas ao longo de todos os módulos.

Para desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde mental e psiquiatria é fundamental que exista um processo de reflexão sobre os cuidados prestados, sendo este o último objetivo específico transversal a todos os módulos de estágio.

Este é um dos objetivos mais importantes de todo este percurso, os enfermeiros que não refletem criticamente, sobre a prática, tornam-se parte do problema. Só se torna possível evoluir na prestação de cuidados, quer sejam cuidados gerais ou cuidados de especialista, através de uma análise crítica e reflexiva dos cuidados prestados progredindo assim nos diferentes saberes que acompanham o enfermeiro: o saber-saber, saber-fazer, saber-ser e o saber-estar. Considera-se que a aquisição e aplicação de novos conhecimentos, a consolidação de conhecimentos anteriormente adquiridos e ainda a articulação da teoria com a prática clínica são fundamentais para a evolução dos cuidados prestados.

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental enfatiza que o avanço do conhecimento requer que o enfermeiro especialista incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2011), o Enfermeiro Especialista deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

Além disso, o Enfermeiro Especialista detém a competência de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com doença mental ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a melhorar e recuperar a saúde.

A reflexão dos cuidados prestados foi visível em todos os módulos de estágio através de análises crítico-reflexivas elaboradas quinzenalmente assim como na elaboração dos diferentes portfólios que demonstraram uma evolução na prestação e análise de cuidados executados.

Para esta reflexão e conseqüente evolução na prestação de cuidados foi importante ter participado nas “III Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiatria – Cuidar em Hospitalidade” que se realizaram no dia 12/07/2013 nas instalações da CSBJ. O tema apresentado foi “Programa de Treino de Medicação” e ainda “Saúde Mental no Feminino”. Para além desta experiência teve-se a oportunidade de participar num workshop dinamizado pela Encontrar+se para a comemoração do “Dia Mundial da Saúde Mental”. Este decorreu nos dias 10 e 11 de outubro com o tema principal: “Implementação do modelo de recovery e empowerment nos serviços de saúde mental. Desafio e Oportunidades”. Considera-se que estes são momentos importantes de aprendizagem e reflexão que permitem obter uma evolução constante na prestação de cuidados.

## **2.2. – Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio**

Neste subcapítulo são abordados os objetivos específicos dos módulos de estágio assim como são apresentadas as principais conclusões e reflexões. Estes objetivos específicos complementam o objetivo geral: “Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria”.

### **2.2.1. - Executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da Unidade de S. José**

A implementação e a execução do programa de estimulação cognitiva (PEC) surgiram a partir da observação da prática clínica e da necessidade verbalizada pela equipa multidisciplinar da unidade de S. José. Para a sua definição foi necessário utilizar estratégias como pesquisa bibliográfica para fazer toda a contextualização e sobretudo organizar a intervenção com base em estudos já realizados.

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos.

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares ou terapia cognitiva e comportamental, auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente.

Entre os domínios cognitivos frequentemente afetados na esquizofrenia encontram-se a atenção, a memória, velocidade de processamento e a função executiva, sendo que as funções executivas têm vindo a ser referidas como tendo um grande impacto na vida social das pessoas, mais especificamente relacionadas com dificuldades de aquisição de competências sociais e o seu desempenho.

A estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológica têm como objetivo primordial a melhoria geral do funcionamento cognitivo e social.

As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Os diagnósticos de Enfermagem associados a esta intervenção são: memória comprometida, confusão presente, bem-estar alterado, interação social diminuída.

Para a construção e estruturação do PEC foi elaborada uma fundamentação teórica com o recurso a pesquisas bibliográficas baseadas numa evidência científica e prática.

O PEC disponibiliza um conjunto de exercícios de estimulação que vão de encontro às necessidades identificadas. Este programa foi direcionado às utentes da unidade de S.José que apresentavam como necessidade de intervenção a

estimulação cognitiva. Para a seleção da amostra foi fundamental a ajuda do enfermeiro orientador que sendo a pessoa com maior conhecimento da individualidade, da potencialidade, da expectativa e da necessidade de cada utente possibilitou esta escolha. Para a definição desta amostra foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

Para esta intervenção foi necessário definir os objetivos. O objetivo geral pretendido foi executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da unidade de S.José. Para operacionalizar este objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos: estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; estimular a função executiva e estimular a atenção e concentração.

Na sua definição, este programa foi dividido em 3 fases fundamentais: apresentação e avaliação inicial (1ª e 2ª sessão), implementação dos distintos exercícios de estimulação cognitiva (da 3ª à 9ª sessão) e avaliação final (10ª sessão). Teve a duração de um mês no qual foram protocoladas e implementadas 10 sessões. A primeira sessão referiu-se à apresentação de todo o programa de estimulação e definição, em conjunto com as utentes, do horário das sessões. O horário do PEC foi negociado com as participantes com o principal objetivo de promover, incentivar e motivar a sua participação e adesão a esta atividade.

As sessões decorreram na unidade de S.José, foram implementadas em grupo, no final do dia, com periodicidade bissemanal e com a duração de 40 minutos por sessão.

Na segunda sessão procedeu-se à avaliação inicial de todas as utentes que aceitaram voluntariamente participar nesta intervenção. Desta avaliação inicial foram recolhidos dados de caracterização através de um questionário de caracterização sócio-demográfica, aplicado o Mini Mental State Exam – (MMSE) e ainda feito o registo de assiduidade.

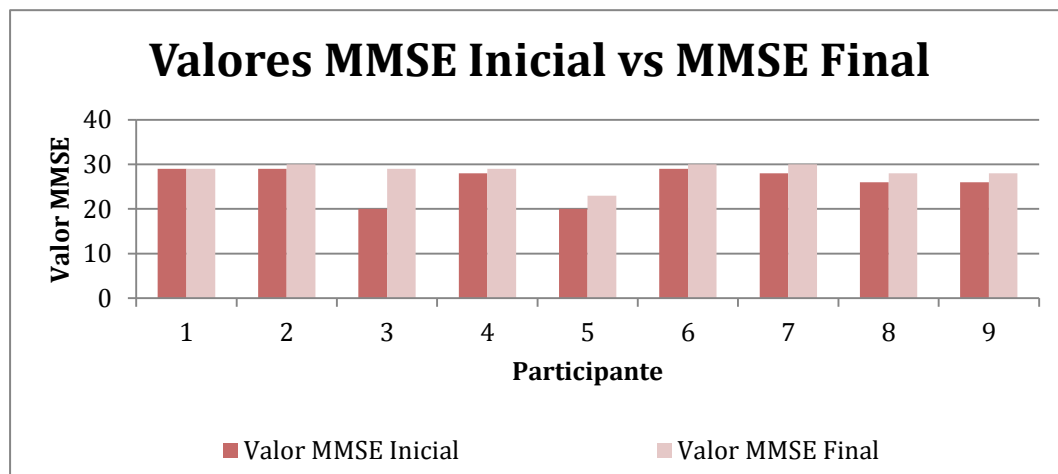
As sessões seguintes tiveram como objetivo a estimulação da memória imediata, de curto e longo prazo, estimulação da função executiva, da atenção e da concentração. Antes de iniciar os diferentes exercícios era explicado qual o objetivo de cada exercício. Esta estimulação foi feita através de exercícios simples com imagens onde tinham que identificar as semelhanças, as diferenças e numerar objetos que apareciam na imagem. Nestas sessões, exercícios de cálculo e de sequência de ações também foram utilizados para estimular as

funções cognitivas. No final de cada sessão a avaliação foi realizada através do registo de assiduidade, grelhas de observação e do resultado de cada exercício de estimulação.

A última fase do PEC correspondeu à avaliação final que foi realizada através da análise dos diferentes exercício de estimulação executados e através da aplicação do MMSE.

Esta intervenção, inicialmente teve 11 participantes, mas verificaram-se 2 desistências ficando apenas 9 participantes com a média de idade de 41 anos. A nível de habilitações literárias: 3 participantes têm o 4º ano de escolaridade, 2 com o 5º ano, 1 com o 6º ano, 2 com o 9º ano e 1 utente com o 12º ano. Em média o nº de atividades em que estão inseridas no seu quotidiano são de 3 atividades e a média do tempo de institucionalização são de 9 anos.

Depois de executarem todos os exercícios de estimulação cognitiva verificou-se uma evolução bastante positiva em todas as áreas de estimulação. Consequência disso são os resultados finais obtidos através do instrumento MMSE, que podem ser observado através do gráfico 1. (os resultados finais de cada exercício de estimulação executados são apresentados em Anexo II a este relatório de estágio)



**Gráfico 1\_ Avaliação Final do PEC**

Analisando o gráfico final, é notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho cognitivo. Esta conclusão vai de encontro à bibliografia consultada que realça a importância dos programas de estimulação na prevenção do declínio cognitivo e no potenciamento de novas aprendizagens.

Estes resultados são de facto bastante positivos e permitem concluir que, as utentes, ao manterem a sua cognição preservada mantêm o desempenho de um conjunto de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas e manter uma conversa.

A cognição abrange diversos domínios que, no seu conjunto, possibilitam ao ser humano viver e adaptar-se de forma adequada aos desafios que a vida impõe. Ao manterem um bom desempenho cognitivo, estas participantes, poderão potenciar a sua autonomia e adquirir novas competências e assim contribuir para o seu processo de reabilitação psicossocial.

Neste sentido, o enfermeiro adquire um papel imprescindível em todo este processo através das suas intervenções devidamente fundamentadas e organizadas.

No final deste módulo, foi elaborado um Manual que contem toda a organização e estrutura do PEC que foi fornecido à equipa de Enfermagem da unidade de S.José para posterior implementação. Este manual pode ser consultado em Anexo I deste relatório.

### **2.2.2. - Implementar um programa de Treino de Autocuidado Higiene e Arranjar-se às utentes da Unidades de Vida Protegida que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial**

A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se” (PTACHA) e foi desenvolvido na CSBJ, em particular no serviço de reabilitação, na Unidade de Vida Protegida (UVP). Este programa surge a partir da observação de uma necessidade demonstrada pelas utentes da UVP que estão inseridas num processo de reabilitação.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carecem de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Os diagnósticos de Enfermagem identificados são: Autocuidado Higiene Ineficaz,

Autocuidado Arranjar-se Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

Com este programa pretendeu-se potenciar a autonomia das utentes da UVP, através da aquisição de conhecimentos, teóricos e práticos, para a prática do autocuidado higiene e arranjar-se. Como objetivo geral, ambicionou-se que as utentes da UVP fossem capazes de executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se. Sendo que, os objetivos específicos são: identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se; reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral) e treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

Este programa apresenta como população alvo as pessoas institucionalizadas na UVP do serviço de reabilitação da CSBJ. Foram definidas um total de 8 sessões, realizadas na UVP, de periodicidade bissemanal, com a duração de cerca de 60 minutos por sessão e durante o período de 1 mês. As sessões teóricas foram realizadas na modalidade de grupo fechado ao passo que as sessões práticas dos autocuidados foram desenvolvidas em sessões individuais. Estas sessões foram realizadas no horário que habitualmente praticam estes autocuidados (horário previamente definido com as participantes).

O PTACHA contemplou 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial (1<sup>o</sup> sessão), sessões de treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se (da 2<sup>a</sup> à 7<sup>a</sup> sessão) e avaliação final (8<sup>a</sup> sessão). A Fase I referiu-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procedeu à avaliação inicial através de um questionário de caracterização sócio-demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE e a BELS (Basic Everyday Living Skills).

Na Fase II foram implementadas as sessões do PTACHA, que foram divididas em duas partes fundamentais: 1 – Autocuidado Higiene e Arranjar-se (sessões teóricas), 2 – Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se (sessões práticas).

Para todas as sessões foi definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, de uma “Grelha de observação Quantitativa” e um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III correspondente à avaliação final onde foi novamente aplicado o instrumento de avaliação BELS, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção.

O PTACHA apresentou como amostra inicial um total de 5 participantes, no entanto devido a incompatibilidades de horários a amostra final foi de apenas 3 utentes. A média de idades destas participantes é de cerca de 55 anos, tendo como habilitações literárias o 4º ano de escolaridade (1 participante) e as restantes 2 participantes com o 9º ano de escolaridade. Participam, em média, em 3 atividades de ocupação/reabilitação. O tempo médio de institucionalização na CSBJ é de 10 anos enquanto que a média de tempo de permanência na UVP é de apenas 22 meses.

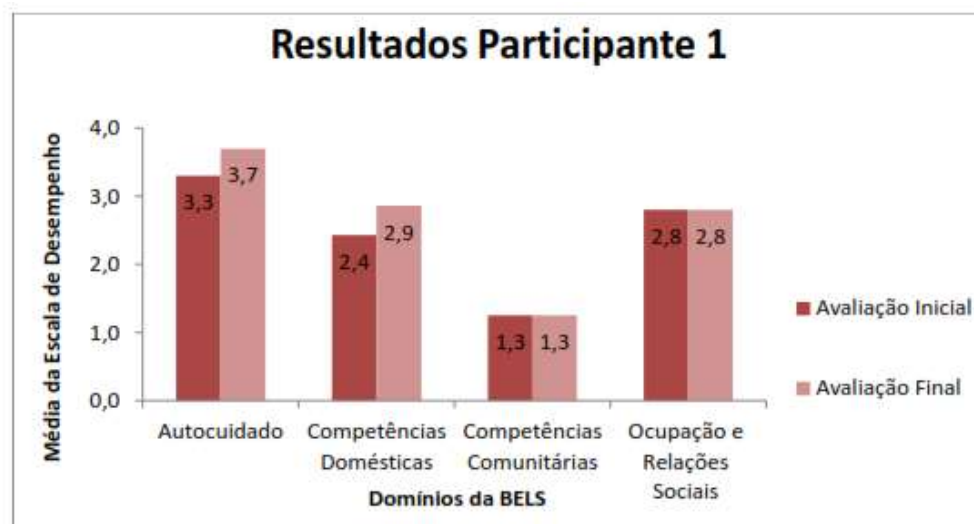
Todas as sessões decorreram dentro de planeado. Em relação à assiduidade obteve-se uma adesão das participantes de 100% em todas as sessões executadas. Este facto pode ser explicado pelo interesse demonstrado para as atividades, pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser a própria residência e ainda o horário ter sido previamente sugerido e estabelecido pelas mesmas.

Os itens avaliados foram de encontro aos objetivos traçados. As participantes descreveram que as principais vantagens do autocuidado de higiene corporal são: “...não cheirar mal...”, “... para não ficarmos doentes...” e “... andarmos bonitas...”. Ao nível das dificuldades apenas verbalizaram a “... falta de tempo...” justificando com o facto de viverem numa residência com várias utentes. Todas as participantes enumeraram, sem dificuldade, pelo menos 3 objetos necessários para a sua higiene corporal. Os mais referidos foram: champô, gel de banho e toalha. Seguindo a mesma linha orientadora, em termos da sequência adotada para a realização da higiene corporal cada participante partilhou a sua sequência verificando-se uma correta descrição da mesma.

Relativamente à identificação das vantagens da realização de uma eficaz higiene oral podemos referir: “... não ter mau hálito..” e “... poder sorrir à vontade...”. Em termos de dificuldades salientaram a falta de motivação e o

consequente desleixo da higiene oral diária. Todas as participantes enumeraram vários objetos necessários para realizar uma correta higiene oral bem como a sequência adequada para a execução deste autocuidado.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes da UVP são possuidoras de conhecimentos teóricos no entanto apresentavam défices na execução dos autocuidados. Como exemplo pode-se referir que foi necessário relembrar, nas primeiras sessões, a prática do autocuidado de higiene oral que eram esquecidos com muita frequência assim como os cuidados a ter com o cabelo e unhas. De uma forma geral observa-se uma evolução na prática do autocuidado higiene e arranjar-se em todas as participantes, em termos gráficos é apresentado os resultados da participante 1 como exemplo. Os resultados finais de todas as participantes podem ser consultados em Anexo IV deste relatório de estágio.



**Gráfico 2\_ Resultados da Participante 1\_PTACHA**

Através da análise ao gráfico verifica-se uma evolução no autocuidado e nas competências domésticas. No domínio do Autocuidado houve melhorias nos seguintes itens: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. No item vestir-se a participante 1 que por vezes apresentava um ligeiro descuido verificou-se que na sua avaliação final é autónoma e escolhe roupas adequadas ao clima e à situação. Relativamente ao item da higiene pessoal, inicialmente a participante 1 em certos aspetos da higiene pessoal mostrava negligência ocasional passando

no final da intervenção a executar um bom nível de higiene e asseio, tornando-se mais autónoma. Em termos de vestuário no início da intervenção eram evidentes pequenos problemas com a limpeza e conservação da roupa pelo que no final das atividades observou-se uma evolução demonstrada pela troca de roupa com regularidade mantendo a roupa limpa e em bom estado de conservação.

Com esta intervenção pretendeu-se obter a máxima autonomia das utentes da UVP que se encontram num processo de reabilitação psicossocial. Só através desta aquisição de competências é que estas utentes poderão transitar para uma unidade de vida autónoma. Para além disto, esta intervenção enquadra-se no fio condutor idealizado para todos os módulos em que reabilitação psicossocial é definida como sendo 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 nº 8/2010 de 28 Janeiro).

No final deste estágio, foi elaborado um Manual que contém toda a organização e estrutura do PTACHA e foi fornecido à equipa de Enfermagem da unidade de Reabilitação para posterior implementação, este manual pode ser observado em Anexo III.

### **2.2.3. - Implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro às utentes das Unidades de Vida Apoiada que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial**

Depois de se ter tomado consciência das reais necessidades das pessoas institucionalizadas nas Unidades de Vida Apoiada (UVA) designados por apartamentos terapêuticos (nomeadamente no Apartamento 2 e 3) pertencentes à unidade de reabilitação da CSBJ, foi delineado e implementado um “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD).

Com este programa pretendeu-se melhorar a gestão económica das pessoas que se encontram nas UVA's. Esta intervenção é justificada pela má gestão económica que as utentes da UVA praticavam e as consequências que tinham desta má gestão. Como objetivo geral, foi esperado que as utentes, no final da

intervenção, conseguissem executar uma correta gestão do orçamento mensal. Para tal teriam que se capazes de (objetivos específicos): identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro; reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal; reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas), elaborar um “Plano de Gastos Mensais”, identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro, realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”, aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas e praticar o manuseamento do dinheiro.

Para a implementação deste programa foram executadas um total de 8 sessões que foram desenvolvidas nas UVA's (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3), durante o período de 1 mês. Foram desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bissemanal, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial (1ª sessão), sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro (2ª à 7ª sessão) e avaliação final (8ª sessão). A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase procedeu-se à avaliação inicial através de um questionário de caracterização sócio-demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II foram implementadas as sessões definidas do PTGEUD. Estas sessões foram divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões foi definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, uma “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”. E, por último, a Fase III referente à avaliação final onde foi aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Todos os elementos mencionados e que fazem referência à organização e definição do PTGEUD estão reunidos num manual que foi entregue

à equipa de Enfermagem da unidade de Reabilitação, este manual pode ser consultado no Anexo V deste relatório de estágio.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

Este programa foi aplicado a uma amostra de 5 pessoas em que se teve particular atenção na definição do horário de todas as sessões, estas sessões foram realizadas no final do dia para não interferirem com atividades já existentes.

O PTGEUD apresentou como amostra inicial um total de 6 participantes, no entanto devido a incompatibilidades de horários a amostra final foi de apenas 5 utentes. A média de idades destas participantes é de cerca de 55 anos, tendo como habilitações literárias o 4º ano de escolaridade (2 participante) e as restantes 3 participantes com o 9º ano de escolaridade. Participam, em média, em 3 atividades de ocupação/reabilitação. O tempo médio de institucionalização na CSBJ é de 11 anos e a média de tempo de permanência na UVP é de 20 meses.

Ao longo de todas as sessões atingiu-se 100% de assiduidade. Este fato pode ser explicado pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justificamos esta adesão pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no início do programa juntamente com as participantes, permitindo assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes.

No final da intervenção foram várias as conclusões conseguidas. Todas as participantes reconheceram o dinheiro em moedas, no entanto relativamente às notas, apenas reconheceram até notas de 20€. Por este motivo, foi solicitado e sugerido por uma das participantes, o fornecimento de fotocópias das notas de valores mais elevados, para que como a mesma referiu "... posso encontrar uma nota destas e não saber quanto é que vale... assim já sei...". Foi apontado por estas participantes que as vantagens de uma gestão eficaz do orçamento mensal são: "...porque assim posso comprar um perfume no Boticário...", "... posso comprar as coisas que quero...", "controlo as despesas...", "... serve para gerir bem o dinheiro...", "... posso comprar o melhor...". Relativamente às dificuldades

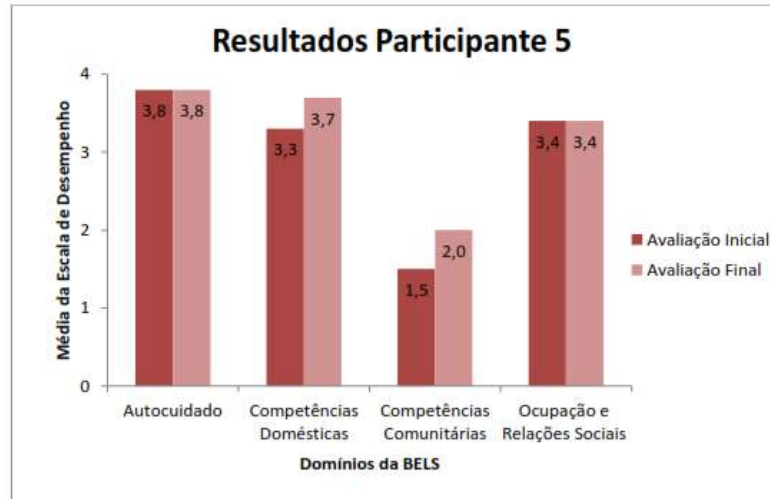
referiram: “... é difícil porque tenho de puxar muito pela cabeça...” e “... é difícil porque não me consigo concentrar e dividir o dinheiro...”.

Uma das dificuldades encontradas ao longo destas sessões foi o facto das pessoas institucionalizadas nas UVA's não terem conhecimento do valor real dos seus rendimentos mensais o que dificulta a obtenção de uma correta gestão do dinheiro. Esta gestão também é dificultada uma vez que as participantes recebem mensalmente um quantia estabelecida conforme as suas necessidades mensais perdendo assim a noção do valor real do seu rendimento mensal. Com estas sessões foi possível garantir que todas as participantes tomassem conhecimento do seu rendimento mensal e com esta informação conseguiram realizar um plano de gastos mensais com gastos fixos, previstos e extras.

Depois desta fase e de já terem realizado um plano de gastos mensais procedeu-se em primeiro lugar à simulação de compras e só depois se procedeu à realização de compras dos produtos incluídos no plano. Na realização de compras verificaram-se alguns défices sobretudo na seleção dos produtos pretendidos, na seleção dos produtos mais indicados de acordo com a melhor relação preço/qualidade e no pagamento das compras observaram-se défices na iniciativa, realização do pagamento e confirmação do troco.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes das UVA's necessitam de mais intervenções a este nível, particularmente no treino das compras e manuseamento do dinheiro, só assim será possível atingir a máxima independência ao nível da gestão do orçamento mensal.

O PTGEUD terminou com a avaliação final tendo sido novamente aplicados os instrumentos de avaliação de necessidade definidos. Esta avaliação foi realizada através da aplicação do instrumento BELS em particular através da análise ao indicador “Competências Comunitárias”. Através da análise a este indicador concluiu-se que todas as participantes evoluíram favoravelmente, como exemplo é apresentado o gráfico 3 referente à participante 5 que demonstra esta evolução, todos os resultados desta intervenção podem ser consultados no Anexo VI.



**Gráfico 3\_ Resultados da participante 5\_PTGEUD**

Analisando o gráfico pode-se constatar que a participante 5 evoluiu ao nível das competências domésticas e das competências comunitárias. Isto prova que esta intervenção foi eficaz pois permitiu que esta participante adquirisse conhecimentos que lhe permitiram evoluir a sua autonomia nesta área. De facto, esta evolução é fundamental para que possa dar continuidade ao seu processo de reabilitação psicossocial que visa o desenvolvimento de novas capacidades. De salientar que o enfermeiro, através de intervenções planeadas e fundamentadas, torna-se num elemento fundamental para a aquisição de novos conhecimentos o que permite a autonomização das pessoas que acompanha.

Depois da implementação desta intervenção concluiu-se que a gestão económica é um elemento de extrema importância para a autonomização das utentes desta unidade. A UVA apresenta características bem definidas que visam o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais com vista à alta clínica.

#### **2.2.4. - Implementar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no GIS**

Esta intervenção foi delineada aquando do estágio referente ao Módulo III realizado no GIS. Surgiu a partir da observação da prática clínica e no constatar que o enfermeiro era frequentemente solicitado e que não havia nenhum

procedimento organizado que fundamentasse esta ação. Por este motivo tornou-se fundamental e imprescindível pensar e elaborar um programa de implementação para a consulta de enfermagem especialista em saúde mental e psiquiatria.

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autônoma baseada em metodologia científica que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação, assim como a reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Deve ter uma visão holística, captando toda a informação sensível aos cuidados proveniente da pessoa, possibilitando um diagnóstico preciso e um planeamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada pessoa para obtenção de ganhos em saúde.

É um espaço onde se tenta obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, segurança e onde enfermeiro e pessoa definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde.

Esta intervenção de Enfermagem terá como população alvo de intervenção os utilizadores da USO do GIS. Apresenta como objetivo primordial “Prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO” e será realizada uma vez por semana, às 4<sup>af</sup> no turno da manhã, nas instalações do GIS, com a duração de 40 minutos por consulta de enfermagem. A divulgação da consulta de enfermagem passa por transmissão de informação verbal aos diferentes terapeutas de referência e através da elaboração de um panfleto que contém os objetivos e as intervenções fundamentais.

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Medicação, AVD – Higiene e Educação para a Saúde (EPS). Os programas surgiram após uma avaliação das necessidades não satisfeitas dos utilizadores da USO, baseadas nas constantes solicitações de enfermagem e na opinião dos distintos terapeutas de referência que compõem a equipa multidisciplinar do GIS. Esta intervenção será incluída na nova estrutura do GIS o que demonstra a importância da intervenção do EESMP.

Toda esta definição assim como as intervenções definidas podem ser consultadas no Anexo VII deste relatório de estágio.

O utilizador da USO será referenciado para a consulta de enfermagem através do seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente será realizada a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delimitação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

A definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”, surge devido à carência de intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nesta temática. Este programa destina-se aos utilizadores da USO, apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene. O programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS. Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino do autocuidado higiene e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção.

O programa de treino “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” destina-se aos utilizadores da USO, apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico. Este programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais, de periodicidade quinzenais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS.

Encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção.

Para implementar a EPS será utilizado o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas com doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um

aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário. Este programa apresenta como população-alvo os utilizadores da USO, com a modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30.

Com toda pesquisa bibliográfica realizada concluiu-se que o enfermeiro tem igualmente um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da pessoa e por isso deve desenvolver competências para a ajudar a aceitar o tratamento e aderir com segurança ao plano de cuidados delineados, envolvendo-o no mesmo. Deste modo, na Consulta de Enfermagem é indispensável propiciar momentos para que a pessoa verbalize os seus receios e problemas, procurando saber como a pessoa está a encarar a situação de doença, de forma a encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o indivíduo e a família a ultrapassar o momento delicado. Este é inequivocamente um grande desafio, que atribui à pessoa um papel ativo na estimulação das suas aptidões de forma a ultrapassar saudavelmente o seu processo de transição.

### **2.2.5. - Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido”**

O “ConSentido” é uma unidade móvel de apoio domiciliário integrado em saúde mental que faz o acompanhamento de pessoas com doença mental nos seus domicílios. Acompanha, neste momento, cerca de 50 pessoas que apresentam como principais necessidades a fraca adesão ao regime terapêutica e défice nas restantes atividades instrumentais de vida diária, isolamento social marcado e falta de atividades ocupacionais estruturadas.

A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio foi uma intervenção de referência nas várias épocas da história, influenciando correntes de pensamento e os cuidados de enfermagem prestados. Ainda hoje é descrita na literatura como uma atividade essencial na prestação de cuidados de saúde junto á pessoa, família e comunidade. O seu objetivo primordial é contribuir para a concretização das premissas de promoção, manutenção e recuperação de saúde, ao longo do ciclo vital, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Ter o domicílio como contexto de intervenção não é exclusivo da área da enfermagem de saúde mental, também se verifica como meio de intervenção de outras áreas da enfermagem como é o caso da saúde comunitária ou materno-infantil. O domicílio surge como um espaço de oportunidade para alcançar uma maior proximidade enfermeiro/utente/família, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança/ajuda entre pares, permitindo uma identificação precoce e adequada das necessidades da família, chave estratégica no acompanhamento da pessoa/família com doença mental.

A intervenção no domicílio aproxima o enfermeiro do contexto (da pessoa) e favorece a articulação entre o utente, a sua família, os serviços de saúde e os recursos da comunidade. Intervir no domicílio, surge também, pela sensibilidade de que o ser humano não vive sozinho, mas inserido num contexto social, em que a família/vizinhos são, por vezes, a sua rede de suporte mais próxima. Deste modo, ao cuidar da pessoa é necessário vê-la como um todo integrado nesse contexto maior.

Para este autor o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria deve trabalhar “fora de muros” – mais do que no domicílio/ habitação da pessoa, deve trabalhar no e com o contexto emocional, social, profissional e cultural, no sentido de contribuir para a redução do estigma na doença mental.

O domicílio é cada vez mais o ambiente dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados no contexto de domicílio, deve ter a consciência que o domicílio representa o espaço privado da vida familiar. Quando se encontra a pessoa e a sua família na instituição (comunitária ou hospitalar) tem-se contacto com os aspetos públicos da pessoa/família. Porém, quando se vai a casa da pessoa entra-se em contacto com a dimensão mais íntima e tudo o que a compõe e envolve. Dentro da família convivem o espaço público e o privado inter-relacionando-se. Assim, enquanto profissionais, deve-se estar conscientes da existência destes espaços, das ténues barreiras entre eles, compreendendo que quando chegamos à casa de uma pessoa e o espaço são as “coordenadas” daquela pessoa/família.

É através das visitas domiciliárias que o enfermeiro conhece e reconhece as reais necessidades que as pessoas e os seus cuidadores apresentam. Posso dar o exemplo de um senhor que saiu do internamento com prescrição de terapêutica

oral em que a mãe, principal cuidadora, é analfabeta e não conseguia perceber o que estava prescrito nem a importância da toma da medicação. Este simples aspeto demonstra a falta de sensibilidade que se pode ter aquando da preparação da alta hospitalar. De facto, é no domicílio, que se tem a demonstração das verdadeiras necessidades e das dificuldades que as pessoas apresentam e que, muitas vezes não pedem ajuda a profissionais qualificados o que compromete todo o processo de reabilitação psicossocial.

No cuidar em contexto domiciliário o enfermeiro deve ter uma perceção clara do seu real papel, bem como das competências enquanto profissional. Deve conhecer, não apenas a pessoa e o modo como a patologia a afeta a si e à sua família, deve estar consciente do domínio/vivência que o cuidador tem da situação, a mudança no estado de saúde da família, a tensão da relação entre o cuidador e a pessoa, a restrição da atividade social e a exaustão relacionada com a prestação de cuidados. Deve, ainda, ter presente os valores e as crenças da família e ser capaz de articular o tipo de recursos/ajudas que podem ser mobilizadas.

Ao longo das visitas domiciliárias realizadas em contexto de estágio, no total cerca de 150, pode-se constatar que existe ainda bastante pobreza aliada à doença mental, havendo pessoas a morar em condições bastante deficitárias. Estas condições não facilitam o acesso ao tratamento adequado destas pessoas, pelo contrário, podem-se tornar em fatores de risco para possíveis recaídas.

Pelas visitas realizadas foi visível a existência de uma relação de confiança entre a equipa e os utentes, este aspeto apenas vem reforçar a importância do estabelecimento de uma eficaz relação de ajuda. Esta relação não se estabelece de forma rápida e imediata, mas é fruto de muito trabalho e acompanhamento que a equipa já faz, em alguns casos há cerca de 4 anos.

Outro aspeto que se observou ao longo das visitas domiciliárias realizadas foi a falta de apoio familiar e social dos utentes. Frequentemente são observados utentes a viverem sozinhos sem familiares de suporte, o que provoca um grave isolamento social sendo as visitas domiciliárias os poucos contactos que os utentes têm com outras pessoas. Noutros casos, as famílias têm mais do que um elemento com doença mental, apresentam dificuldade e falta de apoio em lidar com o familiar portador de doença mental, pois não sabem lidar com o seu

familiar, não reconhecem sinais e sintomas de descompensação e por isso não conseguem ajudar o seu familiar e de certa forma a criar um ambiente familiar mais estável.

Nas visitas domiciliárias realizadas vão sempre dois técnicos da equipa do Consentido, na maioria das vezes assistente social e enfermeira, mas por vezes também a psicóloga. O facto da equipa que realiza as visitas ser composta por dois técnicos é considerado bastante vantajoso quer para os utentes quer para as famílias uma vez que todas as situações são avaliadas por dois técnicos que permitem obter respostas em diferentes áreas dependendo das suas necessidades.

Durante este período foram várias as intervenções de enfermagem vivenciadas sendo uma delas a intervenção em crise e a articulação com o Delegado de Saúde Pública nomeadamente na “obrigatoriedade” da pessoa aderir a uma avaliação psiquiátrica (Internamento Compulsivo).

De acordo com a bibliografia consultada, “crise” é definida como sendo “um acontecimento súbito na vida de uma pessoa que perturba a homeostase, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema” (Lagerquist, 2006 cit in Townsend, 2011:210).

As pessoas que experienciam uma crise têm uma necessidade urgente de assistência. Devido ao seu estado emocional, a pessoa não é capaz de resolver problemas e precisa assim de assistência e apoio de outra pessoa para ajudar a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise.

A intervenção em crise ocorre tanto em ambientes de internamento hospitalar como de ambulatório. Esta experiência foi bastante positiva uma vez que se teve a perceção da real intervenção do enfermeiro e quais os recursos comunitários que pode utilizar. Nesta situação, em particular, o tipo de crise correspondia às “emergência psiquiátricas”, de acordo com a bibliografia consultada. Neste tipo de crise o funcionamento geral da pessoa é fortemente comprometido e este torna-se impotente ou incapaz de assumir as responsabilidades pessoais.

Uma das intervenções programadas para a concretização do módulo III foi a realização de um estudo de caso. Um estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo). Este estudo foi implementado a uma pessoa que é acompanhada

pelo apoio domiciliário e foi construído de acordo com as fases do processo de enfermagem. Este trabalho possibilitou uma aprendizagem e um conhecimento mais aprofundado e específico relativamente ao utente alvo do estudo. Este estudo de caso pode ser consultado em Anexo VIII a este relatório de Estágio.

### **2.3. – Competências Desenvolvidas**

Depois de apresentar e fundamentar todos os objetivos comuns e específicos aos diferentes campos de estágio torna-se pertinente abordar as competências adquiridas ao longo deste percurso. Os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1996). Quando, ao longo do seu ciclo vital, a pessoa se encontra a viver processos de transição, geradores de respostas humanas desajustadas, responsáveis por processos de sofrimento mental emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com Nabais (2008:40), a prática especializada em saúde mental e psiquiatria

“consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção da pessoa”

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2010), este deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

O Enfermeiro Especialista detém a competência de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com doença mental ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a melhorar e recuperar a saúde.

Foi com base nestas competências que todas as intervenções de enfermagem foram planeadas e executadas ao longo de todo o estágio. A participação do EESMP permite responder às necessidades da pessoa através da implementação de intervenções sistemáticas e sustentadas na evidência. Pelo que, ao longo de todo o percurso, foram implementadas e executadas intervenções de enfermagem nomeadamente: estimulação cognitiva, treino de autocuidado higiene e arranjar-se, treino de gestão eficaz e uso de dinheiro, planeamento da consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria e prestação de cuidados individualizados no domicílio.

Todas estas intervenções apresentam particularidades e focos de atuação distintos, no entanto o objetivo comum é transversal. Com estas intervenções pretendeu-se potenciar o percurso de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental através da aquisição de novas competências que promoveram a sua autonomia.

Este objetivo comum foi atingido positivamente uma vez que se observaram ganhos em todas as intervenções implementadas. Com o programa de estimulação cognitiva conseguiu-se obter uma melhoria em todas as funções exercitadas. Através dos programas de Treino do autocuidado de higiene e arranjar-se e do treino de gestão eficaz e uso do dinheiro observou-se uma evolução significativa na aquisição e melhoria de competências e consequentemente na autonomia das utentes. Com a consulta de enfermagem conseguiu-se organizar e planear uma intervenção dirigida à individualidade, potencialidade e expectativa de cada pessoa com vista à melhoria dos cuidados fornecidos e, o mesmo se verificou na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental no âmbito de apoio domiciliário e do acompanhamento individual realizado a cada pessoa no seu contexto familiar.

Em todo este processo o trabalho do EESMP revela-se fundamental uma vez que as pessoas que necessitam de cuidados de saúde nesta área obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas desta especialidade.

O enfermeiro possui uma ferramenta importante e singular e que pode ter mais influência no cliente do que qualquer medicamento ou terapia – ele próprio, a sua maneira de ser. Embora o enfermeiro tenha um papel de grande importância, “deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da

natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver” (LAZURE, 1994: 13).

As intervenções em enfermagem que foram executas ao longo dos estágios tiveram sempre em conta que o EESMP “(...) detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro,” (...) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade “, (...) “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade”, (...) “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional”.

O EESMP assume-se, assim, como um elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção.

Tem como função ajudar a pessoa com doença mental e à sua família a adquirir competências que permitam atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, contribuindo para a sociedade onde se insere.

Em suma, no processo de reabilitação psicossocial de uma pessoa com doença mental, o enfermeiro concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para as pessoas com doença mental, implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupo ou em comunidade, visando a integração da família.

### 3 – Conclusão

Nos últimos tempos, verificou-se que o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. A abordagem comunitária enfatiza a importância da reabilitação psicossocial, da integração social e do apoio às famílias e ainda a participação das pessoas com doença mental e familiares no planejamento e avaliação dos serviços.

A sequência da realização dos módulos de estágio foi previamente planeada e apresenta como fio condutor a reabilitação psicossocial. A escolha deste caminho surgiu porque a reabilitação psicossocial apresenta, na atualidade, um fator cada vez mais importante para a prestação de cuidados uma vez que, os serviços de saúde mental precisam de oferecer uma assistência que promova o treino de habilidades que estimulem a autonomia e a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental.

Dada a pertinência da reabilitação psicossocial, a escolha dos locais de estágio foi planeada no sentido de evoluir ao nível da autonomia das pessoas com doença mental, bem como pensar num percurso de reabilitação, com início numa unidade médio/longo internamento, seguindo para uma unidade de treino de competências e finalizando na comunidade. Em primeiro lugar foi realizado o estágio referente ao Módulo II que decorreu na Unidade de S. José da CSBJ. Em seguida foi realizado o estágio relativo ao Módulo I que se desenvolveu na Unidade de Reabilitação da CSBJ e, por último o Módulo III que decorreu em contexto comunitário e foi desenvolvido no GIS.

Os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1996). Quando, ao longo do seu ciclo vital, a pessoa se encontra a viver processos de transição, geradores de respostas humanas desajustadas, responsáveis por processos de sofrimento

mental emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados (Nabais, 2008).

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2010), este deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. O Enfermeiro Especialista detém a competência de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com doença mental ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a melhorar e recuperar a saúde.

Foi com base nestas competências que todas as intervenções de enfermagem foram planeadas e executadas ao longo de todo o estágio. A participação do EESMP permite responder às necessidades da pessoa através da implementação de intervenções sistemáticas e sustentadas na evidência. Pelo que, ao longo de todo o percurso, foram implementadas e executadas intervenções de enfermagem nomeadamente: estimulação cognitiva, treino de autocuidado higiene e arranjar-se, treino de gestão eficaz e uso de dinheiro, planeamento da consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria e prestação de cuidados individualizados no domicílio.

Todas estas intervenções apresentam particularidades e focos de atuação distintos, no entanto o objetivo comum é transversal. Com estas intervenções pretendeu-se potenciar o percurso de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental através da aquisição de novas competências que promoveram a sua autonomia.

Este objetivo comum foi atingido positivamente uma vez que se observaram ganhos em todas as intervenções implementadas. Com o programa de estimulação cognitiva conseguiu-se obter uma melhoria em todas as funções exercitadas. Através dos programas de Treino do autocuidado de higiene e arranjar-se e do treino de gestão eficaz e uso do dinheiro observou-se uma evolução significativa na aquisição e melhoria de competências e consequentemente na autonomia das utentes. Com a consulta de enfermagem conseguiu-se organizar e planear uma intervenção dirigida à individualidade,

potencialidade e expectativa de cada pessoa com vista à melhoria dos cuidados fornecidos e, o mesmo se verificou na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental no âmbito de apoio domiciliário e do acompanhamento individual realizado a cada pessoa no seu contexto familiar.

Em todo este processo o trabalho do EESMP revela-se fundamental uma vez que as pessoas que necessitam de cuidados de saúde nesta área obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas desta especialidade.

Em suma, no processo de reabilitação psicossocial de uma pessoa com doença mental, o enfermeiro concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para as pessoas com doença mental, implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupo ou em comunidade, visando a integração da família.

No final de toda esta etapa considero que a aprendizagem teórica e prática foi bastante lucrativa para a minha formação enquanto EESMP. Todas as intervenções implementadas, ao longo dos três módulos de estágio, contribuíram para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

As principais dificuldades prenderam-se sobretudo com a definição e fundamentação e organização das intervenções implementadas e realização de intervenções em grupo dada a minha inexperiência. As principais limitações sentidas relacionam-se com o tempo que se torna escasso para tudo o que idealizamos.

Apenas gostaria de sugerir a necessidade de, ao longo do estágio, termos orientação tutelares na UCP com todos os alunos de estágio o que proporcionaria um excelente momento de aprendizagem.



## 4 – Bibliografia

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda – **Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN 85-7307-174-3;

AMARAL, A.C. - **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência, 2010.

BARBIER, J. – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8.

BARCELOS, M. F. - **Representação social da consulta de enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2005. Dissertação de mestrado.

CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS - **Relatório de Atividades da Unidade de S. José – Relatório de Atividades referente ao ano 2012 – Junho, 2013**

CÁSSIA, Vitória - **Teoria das relações interpessoais de Peplau - Estudo teórico**. Revista Esc Enf USP. Brasil: S Paulo, 2006, pág. 202 a 210.

CLARE, W. e WOODS, R. **Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with earlystage Alzheimer`s disease: A review**. Neuropsychological Rehabilitation, 14 (4), 385-401. 2004

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida: Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

CORDO, M. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-075-8.

DALGADARRONDO, P. - **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008. ISBN

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Portugal Saúde Mental em números 2013** [Em linha]. [Consult. 2014-02-15]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

EY, H., BERNARD, P. e BRISSET, C. - **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.

FAZENDA, I. - **Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania**. In Saúde Mental e Reabilitação e Cidadania. Folhetos SNR nº 56, Lisboa, 2006, ISBN: 972-9301-99-9

FERNANDES, M. T. – **Metodologia de projecto**. In Servir. 1999 vol n.º 47, p. 233-236. Lisboa

FONSECA, A.F. - **Psiquiatria e Psicopatologia**. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

FORTIN, M. - **O processo de investigação – Da concepção à realização**. Loures: Lusociências, 1999. ISBN 972-8383-10-X

GOMES, J. et al - **Intervenção Comunitária em Psiquiátrica Breve Abordagem**. Revista de Saúde Amato Lusitano, 1998, 8: 22-31.

GEORGE, B. - **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LOPES, M. J. - **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**, Coimbra, Formasau, 2006.

MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. **Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração** in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 109-116

MEDALHAS, H.J. (2005) - **Consulta de enfermagem e ensino ao doente**. Nursing. Ano 16, nº 195, p. 41-43.

MONTEIRO, L. e LOUZÃ, M. - **Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Consequências funcionais e abordagens terapêuticas** in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 179-183, 2007.

NARIGÃO, M. - **Cuidados continuados em saúde mental: reflexão sobre respostas para pessoas**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (8), 58-62, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8 (DEZ.,2012).

NABAIS, A. - **Conceptualização da Prática Clínica. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbitos e contextos**. Intervenção. 2008

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. [Consult. 2013-01-02]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova Esperança**. [Em linha]. 1ª Edição, Lisboa, Abril de 2002. [Consult. 2013-04-03]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf). ISBN: 972-675-082-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento** – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. 2009. Depósito Legal: 289859/09

PALHA, F. - **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08

PAIXÃO, A. e VALÉRIO, I.– **A consulta de enfermagem do utente hipertenso no Centro de Saúde do Bonfim**, Extensão de Santa Maria. Sinais Vitais. Nº 77, 2008, p. 45-48.

**PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016 – Resumo Executivo**. [Em linha]. Julho de 2008. [Consult. 2013-04-03]. Disponível em: [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf). ISBN: 978-989-95146-6-9..

SÁ, L.O. – **Saúde Mental versus doença mental** in Do Diagnóstico à intervenção em Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2010. ISBN 978 – 989 – 96144 – 2 – 0.

SCATENA, M.; VILLELA, S. - A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. Revista Brasileira de Enfermagem (6),738-41. Brasília (DF) 2004 (nov/dez 2004);57(6):

SOUSA, H. et al. - **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia** in Saúde Mental, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

STUART, G. e LARAJA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática.** 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre., 2001, ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637

TURKINGTON, D. et al. **Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia.** Am J Psychiatry. 163:365-373, 2006.

TOWNSSEND, M. C. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência.** 6ª ed. Lusociência. Loures. 2011. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de Estágio** - Porto, 2013.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional,** Porto, 2012.

VIEIRA, M. - **Ser enfermeiro, Da compaixão à Proficiência.** Lisboa: UCP EditoraUnipessoal, Lda, 2008. ISBN 978-972-54-0195-8.

#### **4.1 – Bibliografia da Legislação**

Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.

Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. 8648 a 8653.

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. 8669 a 8673



## ANEXOS



## **Anexo I\_ Programa de Estimulação Cognitiva**



# **Programa de Estimulação Cognitiva**

## **Manual**

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio \_ Módulo II – “Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto”

Porto, 05.06.2013

## Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver .....	75
2 - Fundamentação/justificação do programa .....	75
2.1. – Definição de Esquizofrenia.....	76
2.2. – Esquizofrenia e alterações Cognitivas .....	77
2.3. - Esquizofrenia e Programas de Estimulação Cognitiva .....	78
3 - Destinatários .....	79
3.1. - Critérios de Inclusão .....	79
3.2. - Critérios de Exclusão .....	80
4 - Recursos necessários (humanos e materiais) .....	80
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto .....	80
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas.....	80
7- Descrição das Atividades a Desenvolver .....	81
7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial .....	81
7.2 - Fase II _Sessões .....	82
7.3 - Fase III _Avaliação Final.....	86
8 - Impacto previsto do Projeto.....	87
9 - Plano de implementação.....	87
10 - Acompanhamento e avaliação do programa.....	87
11 - Indicadores/resultados a atingir .....	87
12 - Perspetivas de continuidade do projeto .....	88
13 – Condicionantes.....	88
14 - Bibliografia .....	89
ANEXOS .....	91
Anexo I _ Metodologia .....	92
Anexo II _ Sessões do Programa de Estimulação Cognitiva .....	99
Anexo III _ Planos de Sessão .....	110
Anexo IV _ Plano de Avaliação .....	117

## **1 - Descrição do programa a desenvolver**

A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Estimulação Cognitiva” e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular na Unidade de S.José. A elaboração deste programa insere-se no Módulo II – “Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto” do Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A principal área de intervenção deste programa é a estimulação cognitiva. A estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológica tem como objetivo primordial a melhoria geral do funcionamento cognitivo e social. A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Os fenómenos de Enfermagem associados a esta intervenção são: memória comprometida, confusão presente, bem-estar alterado, interação social diminuída.

## **2 - Fundamentação/justificação do programa**

Para a fundamentação do Programa de Estimulação Cognitiva optou-se, em primeiro lugar, por definir Esquizofrenia seguidamente especificar as alterações cognitivas vivenciadas por pessoas com Esquizofrenia e por último descreve-se a importância dos Programas de Estimulação Cognitiva.

Esta intervenção surgiu em consequência de uma inquietação em perceber quais os benefícios de um programa de estimulação cognitiva em pessoas com Esquizofrenia, sendo esta a questão norteadora de toda a pesquisa bibliográfica. De salientar que toda a metodologia da pesquisa bibliográfica realizada assim como os critérios utilizados e os artigos científicos analisados podem ser observados no Anexo I.

## 2.1. – Definição de Esquizofrenia

O conceito de Esquizofrenia sofreu várias alterações ao longo dos anos e foi abordada por diversos autores. No final do século XIX a Esquizofrenia foi descrita como “demência precoce” por Emil Kraepelin (1856-1926). Este autor estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico. O seu objetivo foi delinear a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Chamou a uma dessas entidades de demência precoce, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Os seus sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas.

Já Bleuler (1857-1939) criou o termo “Esquizofrenia” (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente) que substituiu o termo demência precoce na literatura. Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos clientes afetados. Para explicar melhor a teoria relativa aos cismas mentais internos nesses pacientes, Bleuler descreveu sintomas fundamentais (ou primários) específicos da Esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de idéias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os sintomas acessórios, (ou secundários), que incluíam alucinações e delírios (Ey, Bernard, & Brisset, 1985).

A necessidade clínica de identificar sintomas característicos da Esquizofrenia marcou também a “história” da Esquizofrenia, com Rümke em 1941, com seu “sentimento precoce”, (*Praecoxgefühl*) e, sobretudo, com Schneider em 1948 e seus “Sintomas de primeira ordem”, sendo: ouvir os próprios pensamentos soando alto (sonorização do pensamento); escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter vivências de influência corporal; ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade; e ter percepção delirante. (Elkis, 2000) Os conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider formam a base para a compreensão de Esquizofrenia e fazem parte da importância conceitual dos psiquiatras, estando presentes nos critérios diagnósticos que operacionalizam o conceito de Esquizofrenia. (Elkis, 2000)

Atualmente a Esquizofrenia é considerada pela psicopatologia como um tipo de sofrimento psíquico grave, caracterizado principalmente pela alteração no contato com a realidade (psicose). De acordo com o DSM-IV a Esquizofrenia é caracterizada por dois ou mais dos seguintes sintomas, estes devem estar presentes com duração significativa por um período de, pelo menos, um mês. Os sintomas são: 1-Delírios, 2- Alucinações, 3-Discurso

Desorganizado, 4-Comportamento amplamente desorganizado ou catatónico, 5 – Sintomas Negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição) e 6- Disfunções Sociais (no trabalho e/ou estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas). (Dalgadarrondo,2008)

É hoje encarada não como doença, no sentido clássico do termo, mas sim como um transtorno mental, podendo atingir pessoas de quaisquer idade, gênero, raça, classes sociais e país. Segundo estudos da OMS atinge cerca de 1% da população mundial.

Os psicopatológicos do final do século XIX e início do século XX identificam quatro subtipos de Esquizofrenia sendo, a forma paranoide, a catatónica, a hebefrénica e a simples. (Dalgadarrondo,2008) Segundo o mesmo autor, a Esquizofrenia Paranoide caracteriza-se por alucinações e ideias delirantes principalmente de conteúdo persecutório. A forma Catatónica é marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como negativismo, mutismo e impulsividade.

A Esquizofrenia Hebefrénica define-se por apresentar um pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril. E, por último na Esquizofrenia Simples observa-se um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com negligência quanto aos cuidados para consigo, embotamento afetivo e distanciamento social.

## **2.2. – Esquizofrenia e alterações Cognitivas**

Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social que afetam severamente o seu funcionamento diário. (Sousa et al, 2011)

A cognição pode ser definida como um conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras. (Monteiro e Louzã, 2007). A cognição abrange, como é sabido, diversos domínios que, no seu conjunto, possibilitam ao ser humano viver e adaptar-se de forma adequada aos desafios que a vida impõe. (Palha, 2008) Entre os domínios cognitivos frequentemente afetados na esquizofrenia encontram-se a atenção, a memória, velocidade de processamento e a função executiva, sendo que as funções executivas têm vindo a ser referidas como tendo um grande impacto na vida social das pessoas, mais especificamente relacionadas com dificuldades de aquisição de competências sociais e o seu desempenho. (Sousa et al, 2011)

Uma das razões pela qual os défices cognitivos têm merecido uma atenção especial nas últimas décadas deve-se ao facto de estarem associadas a dificuldades encontradas em diversas áreas do funcionamento social (Green, 1996) e assim ser-lhes atribuídos um importante valor preditivo de capacidade de reabilitação social destas pessoas, como confirmam estudos onde se associou o insucesso da reabilitação com a ausência de avaliação e estimulação cognitiva (Harvey & Sharma, 2002)

O prejuízo dessas capacidades já era apontado por Kraepelin (1896) e Bleuler (1911) como a característica central da esquizofrenia e, desde essa época o interesse pelo curso e extensão dos prejuízos vem sendo amplamente estudado. (Sharma e Antonova, 2003) Esses prejuízos inevitavelmente têm um importante impacto sobre a consequência funcional da doença. (Monteiro e Louzã, 2007).

### **2.3. - Esquizofrenia e Programas de Estimulação Cognitiva**

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006) O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do tratamento para a esquizofrenia resistente à medicação no Reino Unido (Turkington et al., 2006).

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

### **3 - Destinatários**

O presente programa destina-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Para tal foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

#### **3.1. - Critérios de Inclusão**

- Aceitar participar no Programa de Estimulação Cognitiva;
- Ausência de Diagnóstico de Demência;
- Utentes com Doença Mental Grave;
- Saber ler e escrever;
- Pessoas Assistidas na Unidade São José pelo menos há 3 meses;
- Estabilização clínica;
- Ausência de défices visuais, auditivos e da linguagem;
- Ausência de défice intelectual marcado.

### 3.2. - Critérios de Exclusão

- Diagnóstico de Demência;
- Pessoas sem Doença Mental Grave.

### 4 - Recursos necessários (humanos e materiais)

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa.

### 5 - Descrição dos Objetivos do Projeto

O presente programa tem como objetivo geral:

- Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitivo

Os objetivos específicos são:

- Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;
- Estimular a Função Executiva;
- Estimular a Atenção e Concentração;

### 6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de exercícios que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expectativas mais comumente identificados ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar. Estes exercícios estão disponíveis em Anexo II, os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação também podem ser observados em Anexo III e IV respetivamente.

Tem uma duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem:

- 1.ª Sessão – Apresentação
- 2.ª Sessão – Avaliação Inicial
- Da 3ª Sessão à 9.ª Sessão – Sessões de periodicidade bissemanal;
- 10.ª Sessão – Avaliação Fina
-

Os diferentes exercícios que constituem este programa podem ser realizados em grupo, com um máximo de 15 participantes.

## 7- Descrição das Atividades a Desenvolver

O Programa de Estimulação Cognitiva encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I – Apresentação e Avaliação Inicial**
- **FASE II – Sessões**
  - Exercícios de treino de memória
  - Exercícios de treino das funções executivas
  - Exercícios de treino da atenção e concentração
- **FASE III – Avaliação Final**

### 7.1 - Fase I\_Apresentação e Avaliação Inicial

#### 1.ª SESSÃO – PEC\_APRESENTAÇÃO

---

**Objetivos:** Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);

Expor os objetivos e as atividades de PEC;

Definir o horário e o dia do PEC.

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

**Conteúdos:**

- Introdução (motivo da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Partilha de experiências do dia- a dia;
- Fim da sessão

**Avaliação:** Participação/Atenção demonstrada pelos utentes

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

**Material:** Ficha de Registos e Folha de Presenças

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 2.ª SESSÃO – PEC\_AVALIAÇÃO INICIAL

---

**Objetivos:** Aplicar instrumentos de avaliação inicial

**Conteúdos:**

- Introdução (motivo da sessão individual);
- Explicação e assinatura do Consentimento Informado;
- Aplicação do Questionário Caracterização Sócio-demográfica;
- Aplicação do Mini Mental;
- Fim da sessão

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Escala)

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

**Material:** Consentimento Informado, Questionário Caracterização Sócio-demográfica e Mini Mental

**Tempo estipulado:** 30 minutos

## 7.2 - Fase II\_Sessões

**Período:** 1 mês;

**Avaliação:** Aplicar Grelha de Avaliação da sessão

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças em cada sessão.

## 3.ª SESSÃO – PEC\_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

---

**Objectivo:** Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

**Conteúdos:**

- Exercício 1: Memorizar Imagens \_ “Identificar os objetos”

Verá surgir no ecrã 8 objetos que fazem parte do seu dia-a-dia. Terá cerca de 1.30 minutos para os observar. A seguir, deverá escrever o nome dos objetos, que apareceram no ecrã, na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

- **Exercício 2:** Observe a Imagem \_ “Memorize a Imagem”

Observe atentamente a imagem que vai surgir no ecrã e procure memorizar o maior número de pormenores possível. Dois minutos depois, a imagem desaparecerá e terá, então, de responder a 12 perguntas.

Para responder às 12 questões terá o tempo máximo de 10 minutos. As perguntas são sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 4.ª SESSÃO – PEC\_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

---

**Objectivo:** Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

**Conteúdos:**

- **Exercício 3:** Uma pequena História \_ “Leia e Memorize”

Leia a história em voz alta, devagar e com atenção. Não volte atrás no texto. Concentre-se em cada linha que está a ler. Ao fim de 2 minutos, o texto desaparecerá do ecrã e terá então, de responder a uma série de perguntas.

No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que leu. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. Para responder às 6 questões terá o tempo máximo de 10 minutos. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## 5.ª SESSÃO – PEC\_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

---

**Objectivo:** Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

**Conteúdos:**

- Exercício 4: Memorize as Palavras\_ “Lista de Palavras”

Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção.

Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente. - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

Terá apenas 10 minutos para finalizar cada tentativa do exercício.

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## 6.ª SESSÃO – PEC\_FUNÇÃO EXECUTIVA

---

**Objectivo:** Estimular a Função Executiva;

Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.

**Conteúdos:**

- Exercício 5: Função Executiva\_ Semelhanças

Verá surgir no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra;

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a semelhança entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.

- Exercício 6: Função Executiva\_ Diferenças

Verá surgir no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra;

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a diferença entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### 7ª SESSÃO – PEC\_FUNÇÃO EXECUTIVA

---

**Objectivo:** Estimular a Função Executiva;

Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.

**Conteúdos:**

- Exercício 7: Função Executiva\_ Sequência da Ação

Verá surgir no ecrã um conjunto de frases e terá que as ordenar para que sigam uma sequência de ação. Estas frases referem-se a ações realizadas no dia-a-dia.

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a sequência que lhe parece ser a mais correta. Utilize apenas os números das alíneas que se encontram antes de cada frase. Terá 2 tentativas para cada sequência.

- Exercício 8: Função Executiva\_ Cálculos

Verá surgir no ecrã um conjunto de cálculos de somar e subtrair na qual deverá indicar o seu resultado na folha que se encontra à sua frente. Terá 2 tentativas para cada cálculo.

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### 8ª SESSÃO – PEC\_ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

---

**Objectivo:** Estimular a Atenção e Concentração;

Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.

**Conteúdos:**

- Exercício 9: Atenção e Concentração
- Exercício 9.1 - “Estrelas”

Verá surgir no ecrã uma imagem composta por símbolos. Deverá contabilizar apenas as estrelas que compõem a imagem.

Terá 5 minutos para encontrar todas as “estrelas” da imagem e 2 tentativas para a sua resolução.

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### 9ª SESSÃO – PEC\_ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

---

**Objectivo:** Estimular a Atenção e Concentração;

Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.

**Conteúdos:**

- Exercício 9: Atenção e Concentração
- Exercício 9.2 - “Sopa de Letras”

Verá surgir no ecrã uma imagem composta por letras, uma “sopa de letras”. Deverá encontrar as palavras que se encontram do lado esquerdo da imagem.

Este exercício será realizado na folha que se encontra à sua frente.

Terá apenas 10 minutos para encontrar todas as palavras que procura e 2 tentativas para a sua resolução.

**Material:** Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### 7.3 - Fase III\_Avaliação Final

### 10.ª SESSÃO – PEC\_AVALIAÇÃO FINAL

---

**Objectivo:** Aplicar instrumentos de avaliação final;

Estimular as participantes para a importância da continuidade promoção cognitiva;

Incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das sessões;

**Conteúdos:**

- Actividade 1:

Aplicação do Mini - Mental

**Avaliação:** Participação/Atenção demonstrada pelos utentes

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

**Material:** Escala (Mini – Mental)

**Tempo estipulado:** 30 minutos para casa pessoa assistida

## **8 - Impacto previsto do Projeto**

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Estimulação Cognitiva se poderá influir, junto das utentes, na:

- Estimulação da memória imediata, de curto prazo e longo prazo;
- Estimulação da Função Executiva;
- Estimulação da Atenção e Concentração;

## **9 - Plano de implementação**

O presente programa será implementado de acordo com: um plano de sessões definido (Anexo III), as sessões de apresentação dos exercícios de estimulação cognitiva (Anexo II) e ainda o plano de avaliação de todas as sessões (Anexo IV). Prevê-se a sua replicação de acordo com as necessidades detetadas.

## **10 - Acompanhamento e avaliação do programa**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto, mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental) e grelhas de observação (grelha de avaliação da sessão). Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

## **11 - Indicadores/resultados a atingir**

Considera-se que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões de estimulação cognitiva;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;

- Melhoria a memória imediata, de curto prazo e longo prazo;
- Melhoria da Função Executiva;
- Melhoria da Atenção e Concentração.

## **12 - Perspetivas de continuidade do projeto**

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de São José, em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas.

## **13 – Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

## 14 – Bibliografia

CLARES, W. & WOODS, R. **Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with earlystage Alzheimer`s disease: A review.** Neuropsychological Rehabilitation, 14 (4), 385-401. 2004

DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.

EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas.** In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.

Fortin, M. **O processo de investigação – Da concepção à realidade.** Loures: Lusociências, 1999.

HADDOCK, G. et al. **Individual cognitive behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review.** Clin Psychol Ver 18:821-838. 1988.

HARVEY, P.D. e SHARMA, T. **Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia.** A Clinician's Handbook. London: Martin Dunitz, 2002.

MARI, J. J. e STREINER,D. N. **An overview of famaly interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findinga.** Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.

MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. **Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração** in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 109-116

MONTEIRO, L. e LOUZÃ, M. Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Consequências funcionais e abordagens terapêuticas in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 179-183, 2007.

PALHA, F. **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08

SARMA, T., ANTONOVA, L. - **Cognitive function in schizophrenia deficits: functional consequences and future treatment**. *Psychiatric Clinics of North America* 26: 25-40, 2003.

SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

TURKINGTON, D. et al. **Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia**. *Am J Psychiatry*. 163:365-373, 2006.

## ANEXOS

## **Anexo I \_ Metodologia**

## Metodologia da Revisão da Literatura

No sentido de responder à questão orientadora formulada, desenvolveu-se um trabalho de revisão da literatura no âmbito do tema em estudo, recorrendo a bases de dados nacionais e internacionais, consistindo na identificação, síntese de estudos realizados e apreciação crítico-reflexiva seguindo uma metodologia descritiva e rigorosa.

Segundo Fortin (1996, p.74) entende-se por revisão sistemática como sendo “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”

A pesquisa bibliográfica decorreu entre abril de 2013 a julho de 2013, realizando-se consulta a livros de especialidade e de interesse, consulta de teses e artigos científicos publicados através das bases de dados B-on, RCAAP, Scielo, Google académico, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, MEDLINE, em revistas e em documentos legislativos. Foi utilizado como idioma preferencial o português, espanhol e inglês, com recurso aos descritores: envelhecimento, envelhecimento ativo, estimulação cognitiva, programas de estimulação cognitiva, idosos, população idosa.

Foram consultadas 15 publicações, das quais 6 foram selecionadas. Tendo sido excluídas 9 publicações, 4 por não se adequarem à temática e 5 por não corresponderem à população alvo pretendida.

Para responder à pergunta de partida sentiu-se a necessidade de redigir critérios de seleção nomeadamente, critérios de inclusão e exclusão, para a determinação dos artigos alvo da presente revisão da literatura. Os critérios de seleção podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de seleção (inclusão e exclusão) dos estudos a selecionar

<b>Critérios de Seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Pessoas com Esquizofrenia que tenham alterações da cognição e que participaram em programas de estimulação cognitiva; Profissionais de Saúde que intervêm ao nível da estimulação cognitiva	Pessoas com outras patologias de foro mental. (nomeadamente a Demência)
<b>Intervenção</b>	Profissionais de saúde que promovam a estimulação cognitiva	

<b>Contexto do Estudo</b>	Todos os contextos: Hospital, Centro de Saúde, Hospital de Dia, Lares de Terceira Idade, Comunidade e outras Instituições.	
<b>Desenho de Estudo</b>	Estudos com abordagem qualitativa e quantitativa, publicados nos últimos 10 anos	Estudos que apresentem mais de 10 anos de publicação

Segue-se a análise e discussão crítica dos resultados obtidos e são apresentados os artigos científicos selecionados. Para conseguirmos responder adequadamente à questão norteadora os artigos científicos foram analisados de acordo com a estimulação cognitiva nas pessoas com Esquizofrenia e ainda de acordo com as alterações na cognição nas pessoas com Esquizofrenia.

### **Análise e Discussão dos Resultados da Pesquisa**

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do

tratamento para a esquizofrenia resistente à medicação no Reino Unido (Turkington et al., 2006).

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

## Pesquisa Bibliográfica \_ Estimulação Cognitiva

Título (Autores; ano de publicação)	Tipo de estudo	Principais Conclusões
<p>O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social</p> <p>Almedina Edições Palha, F. (2008)</p> <p>Bibliografia: PALHA, F. <b>O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social</b>. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08</p>	<p>Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental</p>	<p>A cognição abrange, como é sabido, diversos domínios que, no seu conjunto, possibilitam ao ser humano viver e adaptar-se de forma adequada aos desafios que a vida impõe. Inclui domínios como a atenção, perceção, memória e função executiva, entre outras. (pag. 5)</p> <p>Uma das importantes razões pela qual os défices cognitivos têm merecido uma atenção especial nas últimas décadas deve-se ao facto de estarem associadas a dificuldades encontradas em diversas áreas do funcionamento social (Green, 1996) e assim ser-lhes atribuídos um importante valor preditivo de capacidade de reabilitação social destas pessoas, como confirmam estudos onde se associou o insucesso da reabilitação com a ausência de avaliação e estimulação cognitiva (Harvey &amp; Sharma, 2002) (pag.6)</p> <p>Dá exemplo de vários programas de Remediação Cognitiva e da sua importância, os resultados existentes enfatizam a importância destes programas que se encontram ainda numa fase inicial de implementação (pag 7,8, 9 e 10)</p>
<p>Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos</p>	<p>Apresentação do</p>	<p>A esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g.,</p>

<p>com Doença Mental e desempregados de longa duração</p> <p>Marques, A. J., Queirós, C. e Rocha, N. B. (2006)</p> <p>Bibliografia: MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. <b>Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração</b> in PSICOLOGIA, SAÚDE &amp; DOENÇAS, 2006, 7 (1), 109-116</p>	<p>Programa de Intervenção</p>	<p>atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos.</p> <p>Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas.</p>
<p>Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia</p> <p>Barreto, A. M. P. e Elkis, H. (2007)</p> <p>Bibliografia:</p> <p>BARRETO, A.M.P. e ELKIS, H. <b>Evidências de eficácia da terapia cognitiva</b> in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 204-207, 2007.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p>Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock <i>et al.</i>, 1988).</p> <p>O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do tratamento para a esquizofrenia resistente à</p>

		<p>medicação no Reino Unido (Turkington <i>et al.</i>, 2006).</p> <p>Os estudos randomizados controlados e as meta-análises mostram que a TCC é eficaz na melhora de certos sintomas da esquizofrenia e pode representar uma alternativa terapêutica adjuvante para os casos refratários a antipsicóticos.</p>
<p>Reabilitação Integrada na Esquizofrenia</p> <p>Sousa, H. et al, (2011)</p> <p>Bibliografia: Sousa, H. et al. <b>Reabilitação Integrada na Esquizofrenia</b> in Saúde Mental, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011</p>	<p>Artigo Científico</p>	<p>O artigo tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de reabilitação integrada num doente com esquizofrenia. Inclui treino cognitivo e treino de competências sociais.</p> <p>Foram observadas melhorias na maioria dos domínios cognitivos avaliados assim como foram observados ganhos nas competências e no funcionamento social.</p> <p>Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social, que afetam severamente o funcionamento diário. Entre os domínios cognitivos frequentemente afetados na esquizofrenia encontram-se a atenção, a memória, velocidade de processamento e a função executiva, sendo que as funções executivas têm vindo a ser referidas como tendo um grande impacto na vida social das pessoas, mais especificamente relacionadas com dificuldades de aquisição de competências sociais e o seu desempenho. (pag. 2)</p>

**Anexo II \_ Sessões do Programa de Estimulação Cognitiva**



**Programa de Estimulação Cognitiva**

Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  
05 de junho de 2013



**Índice**

- 1. Definição de Memória
  - 1.1. Exercícios de Estimulação da Memória
- 2. Definição de Função Executiva
  - 2.1. Exercícios de Estimulação da Função Executiva
- 3. Definição de Atenção e Concentração
  - 3.1. Exercícios de Atenção e Concentração

# 1.

**MEMÓRIA**

**MEMÓRIA - DEFINIÇÃO**

- É a capacidade de adquirir (aquisição), armazenar (consolidação) e recuperar (evocar) informações disponíveis, seja internamente, no cérebro (memória biológica), seja externamente, em dispositivos artificiais (memória artificial).
- Focaliza coisas específicas, requer grande quantidade de energia mental e deteriora-se com a idade. É um processo que conecta pedaços de memória e conhecimentos a fim de gerar novas ideias, ajudando a tomar decisões diárias.

**MEMÓRIA – CLASSIFICAÇÃO**

- Memória declarativa - é a capacidade de verbalizar um fato.
  - Memória imediata - É a memória que dura de frações a poucos segundos
  - Memória de curto prazo. É a memória com duração de alguns segundos ou minutos.
  - Memória de longo prazo. É a memória com duração de dias, meses e anos.
- Memória de procedimentos - capacidade de reter e processar informações que não podem ser verbalizadas, como tocar um instrumento ou andar de bicicleta. É mais estável, mais difícil de ser perdida.

# 1.1

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens \_ "Identificar os objetos"

• Este exercício pretende testar a memória imediata visual e nomeação são tarefas que fazem parte integrante da memória de curto prazo. Permite, entre outras coisas, memorizar imagens acabadas de visualizar. Ao fazer este exercício, exercitará também a capacidade de atribuir, de forma eficaz, os nomes corretos aos respetivos objetos.



4

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens \_ "Identificar os objetos"

- Verá surgir no ecrã 8 objetos que fazem parte do seu dia-a-dia. Terá cerca de 1:30 minutos para os observar;
- A seguir deverá escrever o nome dos objetos, que apareceram no ecrã, na folha que se encontra à sua frente.



7

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



Objeto 1



Objeto 2



Objeto 3



Objeto 4



Objeto 5



Objeto 6



Objeto 7



Objeto 8



8

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens \_ "Identificar os objetos"

- Depois de ver os objetos do ecrã, deverá identificá-los escrevendo o seu nome na folha que se encontra à sua frente. (só que diz tentativas 1);



9

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens \_ "Identificar os objetos"

- Difícil? Não consegui lembrar-se de todos?
- então... Vamos vê-los mais uma vez....



10

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



Objeto 1



Objeto 2



Objeto 3



Objeto 4



Objeto 5



Objeto 6



Objeto 7



Objeto 8



11

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 1: Memorizar Imagem \_ "Identificar os objetos"
  - Depois de ver os objetos do ecra, deverá identificá-los escrevendo o seu nome na folha que se encontra à sua frente (no que diz tentativa 2).



12

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"
  - Observe atentamente a imagem que vai surgir no ecra e procure memorizar o maior número de pormenores possível. Dois minutos depois, a imagem desaparecerá e terá, então, de responder a 12 perguntas.
  - Para responder às 12 questões terá o tempo máximo de 10 minutos.



13

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"



14

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"
  - Depois de ver e memorizar com atenção a imagem apresentada, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.
  - No total serão 12 perguntas sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente, (a que diz: tentativa 1)



15

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"
  - Difícil? Não conseguiu lembrar-se de todos os pormenores?
  - então... vamos ver a imagem mais uma vez....



16

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"



17

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 2: Observe a Imagem \_ "Memorize a Imagem"

• Depois de ver e memorizar com atenção a imagem apresentada, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.

• No total serão 12 perguntas sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. (a que dá "tentativa 2")

18

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 3: Uma pequena História \_ "Leia e Memorize"

• Leia a história em voz alta, devagar e com atenção. Não volte atrás no texto. Concentre-se em cada linha que está a ler. Ao fim de 2 minutos, o texto desaparecerá do ecrã e terá então, de responder a uma série de perguntas.

• No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que ler. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. Para responder às 6 questões terá o tempo máximo de 10 minutos.

19

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 3: Uma pequena História \_ "Leia e Memorize"

##### • História 1: O João e a Teresa

• O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser bastante assado. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

20

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 3: Uma pequena História \_ "Leia e Memorize"

• Depois de ler com atenção o texto apresentado, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.

• No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que ler. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. (a que dá "tentativa 1")

21

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 3: Uma pequena História \_ "Leia e Memorize"

• Dificil? Não consegai lembrar-se de todos os pormenores?

• então... vamos tentar mais uma vez....

22

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



#### • Exercício 3: Uma pequena História \_ "Leia e Memorize"

##### • História 1: O João e a Teresa

• O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser bastante assado. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

23

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 3: Uma pequena História, "Leia e Memorize"
- Depois de ler com atenção o texto apresentado, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.
- No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que leu. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente (o que diz "tentativa 2").

24

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
- A memória de curto prazo é, na realidade, constituída pela memória imediata (permite reter as informações que acabam de nos ser dadas) e pela memória recente (permite reter durante alguns minutos as informações dadas).
- O exercício que se segue permite testar a sua memória recente: ser-lhe-á mostrada uma lista de palavras que deverá memorizar.

25

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
- Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção.
- Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente (registe onde diz tentativa 1).
- Terá apenas 10 minutos para finalizar o exercício.

26

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
- |            |           |
|------------|-----------|
| Gato       | Agrafador |
| Criança    | Livro     |
| Termómetro | Caneta    |
| Telefone   | Pupila    |
| Vidro      | Caixa     |

27

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
- Dificil? Não conseguiu lembrar-se de todos os pormenores?
- então... vamos ver a lista de palavras mais uma vez....

28

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
- Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção.
- Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente (registe onde diz tentativa 2).
- Terá apenas 10 minutos para finalizar o exercício.

29

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA**

• Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"

Gato	Agrafador
Criança	Livro
Termómetro	Caneta
Telefone	Pupila
Vidro	Caixa

30

2.  
FUNÇÃO EXECUTIVA

**FUNÇÃO EXECUTIVA - DEFINIÇÃO**

• O dia-a-dia oferece diferentes desafios e situações imprevistas que exigem habilidades de várias funções cerebrais. Por exemplo: descobrir o melhor caminho para se chegar a um determinado local, desenvolver uma nova função, analisar um problema, fazer uma conta matemática, finalizar uma tarefa complexa.

• O dicionário da International Neuropsychological Society define funções executivas como "as habilidades cognitivas necessárias para realizar comportamentos complexos dirigidos para determinado objetivo e a capacidade adaptativa às diversas demandas e mudanças ambientais". (Loring, 1999, p. 64).

31

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Estas funções incluem **raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões**, além de manter ações permanentes de controle mental. Este conjunto de funções tem um papel central na organização e no planeamento de todas as nossas ações.

• Este exercício pretende testar as suas funções executivas. Para exercitar a Função Executiva são propostos os seguintes exercícios: **semelhanças, diferenças, sequências de ação, sequências lógicas e cálculo**.

32

2.1  
EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Será surgirá no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia (verá cerca de 2 minutos para observar cada palavra);

• A seguir, deverá escrever na folha que se encontra à sua frente, qual a semelhança entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.

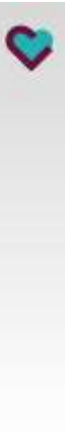
33

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.1

• Azul - Amarelo



35

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.2

• Camisa - Calças



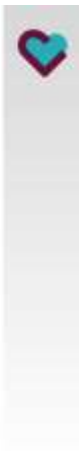
37

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.3

• Cavalo - Burro



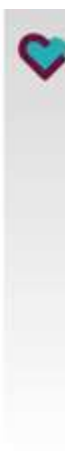
38

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Você surgirá no eod uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra

• A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a diferença entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.



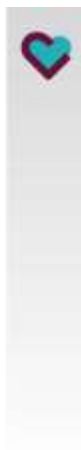
39

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.1

• Cão - Pássaro



40

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.2

• Carro - Camião



41

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.3

• Banana - Pera
-----------------



42

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Será surgirá no está um conjunto de frases e terá que as ordenar para que sigam uma sequência de ação. Estas frases referem-se a ações realizadas no dia a dia.

• A seguir deverá escrever na folha que se encontra à sua frente, qual a sequência que lhe parece ser a mais correta. Utilize apenas os momentos das frases que se encontram antes de cada frase.



43

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.1 - Para comprar pão

1 - Escolher o pão
2 - Pagar
3 - Entrar na loja



44

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.2 - "Para ir Dormir"

1 - Deitar-se na cama
2 - Vestir o pijama
3 - Cobrir-se com o cobertor
4 - Tirar a roupa



45

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.3 - "Para fazer uma Refeição"

1 - Levar a comida à boca
2 - Pegar nos talheres
3 - Partir a comida
4 - Servir-se da comida



46

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 8: Função Executiva, Cálculos

• Será surgirá no está um conjunto de cálculos de soma e subtrair na qual deverá indicar o seu resultado na folha que se encontra à sua frente. Terá 2 tentativas para cada cálculo.



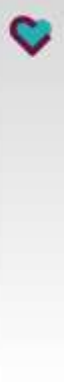
47

**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 8- Função Executiva, Cálculos

• Exercício #1

$$+ 29 + 3$$

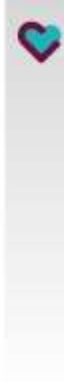


**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 8- Função Executiva, Cálculos

• Exercício #2

$$+ 16 - 4$$



**EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA**

• Exercício 8- Função Executiva, Cálculos

• Exercício #3

$$+ 22 + 14$$




**ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO**

• A **Atenção** é um mecanismo cerebral cognitivo que possibilita ao indivíduo processar informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignora outros irrelevantes ou dispersivos (Souza & Claves, 2005).

• É um processo que compreende uma capacidade cognitiva multidimensional, sendo pré-requisito para a memória, para novas aprendizagens e também para outros aspectos da cognição.

• A atenção é o primeiro momento do processo de memorização, no qual os sentidos entram em ação captando os detalhes daquilo a que o indivíduo presta atenção, enviando-os ao cérebro.

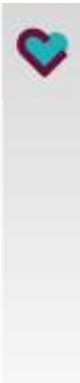


**ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO**

• **Atenção** significa estender para, orientar os nossos sentidos para a fonte da informação e esta orientação, compreende o processo mais básico de atenção, pois consiste em adaptar os nossos receptores sensoriais com a realidade (Simões, 2006).

• De acordo com as investigações que estudam a atenção, esta pode ser agrupada com base em quatro categorias, nomeadamente:

- Atenção dividida;
- Atenção focalizada;
- Atenção seletiva;
- Atenção sustentada.



### ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO

#### • Concentração

• Segundo William James (1999 in Weinberg & Gould, 1999), a concentração é a capacidade de estar com atenção, permitida pela mente. Para este autor a focalização e a concentração são a essência da atenção.

# 3.1

## EXERCÍCIOS DE ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

34

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

#### • Exercício 9: Atenção e Concentração

##### • Exercício 9.1 - "Estrelas"

• Será surgirá no ecrã uma imagem composta por símbolos. Deverá contabilizar apenas as estrelas que compõem a imagem.

• Terá 5 minutos para encontrar todas as "estrelas" da imagem e 2 tentativas para a sua resolução.

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

#### • Exercício 9: Atenção e Concentração

##### • Exercício 9.1 - "Estrelas"



36

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

#### • Exercício 9: Atenção e Concentração

##### • Exercício 9.2 - "Sopa de Letras"

• Será surgirá no ecrã uma imagem composta por letras, uma "sopa de letras". Deverá encontrar as palavras que se encontram do lado esquerdo da imagem. Este exercício será realizado na folha que se encontra à sua frente.

• Terá apenas 10 minutos para encontrar todas as palavras que procura e 2 tentativas para a sua resolução.

### EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

#### • Exercício 9: Atenção e Concentração

##### • Exercício 9.2 - "Sopa de Letras"



37

38

39

**Anexo III \_ Planos de Sessão**

## PLANOS DE SESSÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (PEC)

<b>Tema:</b> “PEC_Apresentação” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 1 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 28/05/2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades de PEC; - Definir o horário e o dia do PEC.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Introdução ao PEC;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologia do PEC;</li> <li>• Estabelecer horário e dia do PEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PEC_Avaliação Inicial” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 2 <b>Tipo de Sessão:</b> Individual <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 30-05-2013 <b>Hora:</b> 16h00m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 30 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Aplicar instrumentos de avaliação inicial;			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Introdução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar os instrumentos de avaliação inicial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças;</li> <li>• Preenchimento de instrumentos de avaliação inicial.</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PEC_Estimulação da Memória” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 3, 4 e 5 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 05-06-2013/ 06-06-2013/ 12-06-2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; - Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos exercícios de estimulação da memória imediata, curto e longo prazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show;</li> <li>• Documentação fornecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças</li> <li>• Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PEC_Função Executiva” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 6 e 7 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 13-06-2013 e 19/06/2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Estimular a Função Executiva; - Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos exercícios de estimulação da Função Executiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show;</li> <li>• Documentação fornecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças;</li> <li>• Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PEC_Atenção e Concentração” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 8 e 9 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 20-06-2013 e 26/06/2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Estimular a Atenção e Concentração; - Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos exercícios de estimulação da atenção e concentração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show;</li> <li>• Documentação fornecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> <li>• Computador (Power Point) e data show.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças;</li> <li>• Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PEC_Avaliação Final” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 10 <b>Tipo de Sessão:</b> Individual <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 27-06-2013 <b>Hora:</b> 16h00m <b>Local:</b> Sala de Formação 1_ CSBJ <b>Duração:</b> 30 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Desenvolver um PEC  <b>Objetivos Específicos:</b> - Aplicar instrumentos de avaliação final			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Introdução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar os instrumentos de avaliação final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material que compõe a sala de formação 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças;</li> <li>• Preenchimento de instrumentos de avaliação final.</li> </ul>

**nexo IV \_ Plano de Avaliação**

ESSÃO Nº 1\_ PEC\_Apresentação

Nome da Pessoa Assistida: \_\_\_\_\_

**Quadro 1: AS\_ Ficha de Registo**

Data	Nº da Sessão	Motivação na Sessão	Observações e Fatores a melhorar

Nota: O “Quadro 1: AS\_ Ficha de Registo” deve ser aplicado em todas as sessões

NOME DA PESSOA ASSISTIDA	Sessão nº1	Sessão nº2	Sessão nº3	Sessão nº4	Sessão nº5	Sessão nº6	Sessão nº7	Sessão nº8	Sessão nº9	Sessão nº10
	28-05-2013	30-05-2013	05-06-2013	06-06-2013	12-06-2013	13-06-2013	19-06-2013	20-06-2013	03-07-2013	04-07-2013

legenda: D – Desistiu / F – Faltou / P – Presente

**Quadro2: AS\_ Folha de Presenças**

Nota: O “Quadro 2: AS\_ Folha de Presenças” deve ser aplicado em todas as sessões

**SESSÃO Nº 2\_ PEC\_Avaliação Inicial****Consentimento Informado**

Aceito participar no Programa de Estimulação Cognitiva, inserido no Estágio do Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria das alunas Carla Sofia Morais Azevedo e Sílvia Liliana Lopes Peixoto, sob a orientação do Enfermeiro Paulo Alexandre Narciso Cerqueira e da Professora Doutora Aida Maria da Silva Fernandes da Silva, que decorrerá na Unidade de São José – Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga. É garantida a total confidencialidade dos seus dados.

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

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Questionário Caracterização Sócio-demográfica**

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

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_ / \_\_ / \_\_ Sexo: \_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever \_\_\_\_

Sabe ler ou escrever \_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_

Última residência: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_\_

Tempo de Institucionalização: \_\_\_\_\_

Motivo da Institucionalização: \_\_\_\_\_

Iniciativa da Institucionalização: \_\_\_\_\_

Última profissão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Medicação \_\_\_\_\_

Realiza alguma atividade:

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente 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. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. 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: \_\_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

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

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

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

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

**Nota:**\_\_\_\_\_

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:**\_\_\_\_\_

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:**\_\_\_\_\_

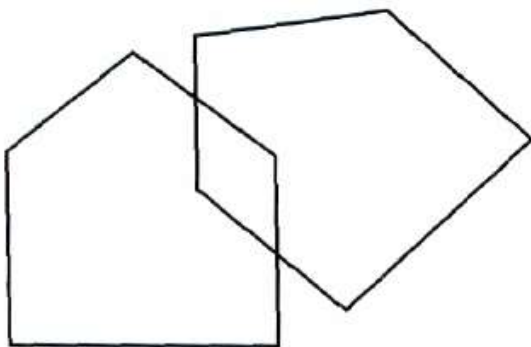
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_\_

## 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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: \_\_\_\_\_

TOTAL (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Considera-se com defeito cognitivo:

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

**SESSÃO Nº 3\_ PEC\_ Estimulação da Memória**

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

**Exercício 1: Memorizar Imagens \_ “Identificar os objetos”**

Atribuir nome aos objetos	Tentativa 1	Tentativa 2
Objeto 1		
Objeto 2		
Objeto 3		
Objeto 4		
Objeto 5		
Objeto 6		
Objeto 7		
Objeto 8		

**Quadro 3: AS\_ Identificar os Objetos\_1****Exercício 2: Observe a Imagem \_ “Memorize a Imagem”**

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

**(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)**

1. O telefone está direita ou à esquerda do computador? \_\_\_\_\_
2. A planta está direita ou à esquerda do computador? \_\_\_\_\_
3. A régua está direita ou à esquerda da tesoura? \_\_\_\_\_
4. A tesoura está à direita ou à esquerda do agrafador? \_\_\_\_\_
5. O copo está direita ou à esquerda da tesoura? \_\_\_\_\_
6. De que cor é o copo? \_\_\_\_\_
7. De que cor é a régua? \_\_\_\_\_
8. De que cor é o agrafador? \_\_\_\_\_
9. O calendário está à direita ou à esquerda do computador? \_\_\_\_\_
10. Qual é o mês que aparece no calendário? \_\_\_\_\_
11. Qual é o dia que aparece no calendário? \_\_\_\_\_
12. Qual é o ano que aparece no calendário? \_\_\_\_\_

**Registo 1: AS\_Memorizar a Imagem\_1**

**SESSÃO Nº 4 \_ PEC\_Estimulação da Memória**

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

Exercício 3: Uma pequena História \_ “Leia e Memorize”

**(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)**

1. Qual o nome das personagens do texto? \_\_\_\_\_
2. Que vão eles celebrar? \_\_\_\_\_
3. Como vão celebrar? \_\_\_\_\_
4. Quem é que eles convidaram? \_\_\_\_\_
5. O que é o menu? \_\_\_\_\_
6. A que horas chegam os convidados? \_\_\_\_\_

**Registo 3: AS\_ Leia e Memorize\_1**

**SESSÃO Nº 5\_PEC\_Estimulação da Memória**

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

Exercício 4: Memorize as Palavras\_ “Lista de Palavras”

**(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)**


**Quadro 5: AS\_Lista de Palavras\_1**

**SESSÃO Nº 6\_PEC\_Estimulação da Função Executiva**

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

Exercício 5: Função Executiva \_ Semelhanças

Palavras_ Semelhanças	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 5.1		
Exercício 5.2		
Exercício 5.3		

**Quadro 7: AS\_Semelhanças\_1**

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

Exercício 6: Função Executiva\_ Diferenças

Palavras _ Diferenças	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 6.1		
Exercício 6.2		
Exercício 6.3		

**Quadro 8: AS\_Semelhanças\_2**

**SESSÃO Nº 7\_PEC\_Estimulação da Função Executiva**

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

Exercício 7: Função Executiva\_ Sequência da Ação

Sequências	Tentativa 1	Tentativa 2
Sequência 7.1		
Sequência 7.2		
Sequência 7.3		

**Quadro 9: AS\_ Sequência da Ação\_1**

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

Exercício 8: Função Executiva \_ Cálculos

Cálculos	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 8.1		
Exercício 8.2		
Exercício 8.3		

**Quadro 10: AS\_ Sequência da Ação\_2****SESSÃO Nº 8\_PEC\_Estimulação da Atenção e Concentração**

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

Exercício 9.1 - "Estrelas"



Atenção e Concentração	Tentativa 1	Tentativa 2
<p align="center"><b>“Estrelas”</b></p> <p align="center">Indique o número de estrelas que encontrou</p>		

Quadro 11: AS\_ Estrelas\_1

**SESSÃO Nº 9\_PEC\_Estimulação da Atenção e Concentração**

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

Exercício 9.2 – “Sopa de Letras”

**(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)**



Quadro 13: AS\_ Sopa de Letras\_21

**SESSÃO Nº 10\_PEC\_Avaliação Final**



## **Anexo II\_ Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva**

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental, auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006) Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global conseqüente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

Neste contexto foi desenvolvido um Programa de Estimulação Cognitiva cujo Manual é apresentado em Anexo III. Este manual contempla o enquadramento, justificação, implementação e avaliação a ser utilizada. Também pode ser consultado no Anexo III a metodologia utilizada na pesquisa bibliográfica para a fundamentação, os planos de todas as sessões contempladas pelo programa, é apresentado o procedimento de todas as sessões e ainda é descrito todos os documentos de avaliação para cada sessão.

O manual referido foi fornecido à equipa de enfermagem da unidade de S.José de forma a ser utilizado e adaptado às necessidades das pessoas assistidas. A elaboração e partilha do manual têm como intuito de proporcionar a continuidade de cuidados e a constante melhoria. É de referir que as sessões delineadas não são inalteráveis, podendo estar sujeitas a modificações bem como o acrescento de mais sessões e de exercícios de estimulação diferentes que contemplem outras áreas de cognição que não foram focos de atenção estimulados neste programa.

Este programa destinou-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Foram realizadas sessões bissemanais com um total de 10 sessões que se desenvolveram em grupo. Nestas sessões o número de participantes foi inicialmente de 11 pessoas no qual se verificaram duas desistências o que faz um total de 9 participantes do programa.

Na elaboração do programa de estimulação cognitiva foi definido o objetivo geral: Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva e os respetivos objetivos específicos: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; Estimular a Função Executiva e Estimular a Atenção e Concentração.

Este programa disponibiliza um conjunto de exercícios que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expectativas mais comumente identificados ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar. Teve a duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem: 1.<sup>a</sup> Sessão – Apresentação, 2.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação Inicial, da 3.<sup>a</sup> Sessão à 9.<sup>a</sup> Sessão – Sessões de periodicidade bissemanal e ainda a 10.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação Final.

Como programado a monitorização e a avaliação dos resultados foram realizadas mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental) e grelhas de observação (Ficha de Registos e Folha de Presenças). Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos no projeto de estágio, através de uma análise estatística. Para esta intervenção foram definidos os seguintes indicadores de avaliação: Planeamento e execução de um programa de Estimulação Cognitiva; Monitorizar o nº de participante e a assiduidade; Avaliar estatisticamente o resultado final. Passamos então à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o programa de estimulação cognitiva. Esta caracterização foi realizada na sessão nº2 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfico.

<b>Número de Participantes Iniciais</b>	<b>11 Participantes</b>
<b>Número de Participantes Finais</b>	9 Participantes
<b>Média de Idades</b>	41 anos
<b>Habilitações literárias</b>	3 Participantes – 4. <sup>o</sup> ano 2 Participantes – 5. <sup>o</sup> ano 1 Participante - 6. <sup>o</sup> ano 2 Participantes – 9. <sup>o</sup> ano 1 Participante – 12. <sup>o</sup> ano
<b>Média do Número de Atividades Desenvolvidas</b>	

	3 Atividades (Mínimo – 1 Atividade) (Máximo – 5 Atividades)
<b>Média do Tempo de Institucionalização</b>	9 anos (Mínimo – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

Quadro 1\_Caraterização das Participantes

Depois de uma análise demográfica, segue-se a análise estatística dos resultados. O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contempla um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Para estimular a memória foram aplicados um total de quatro exercícios, que na grande maioria das participantes foi constatada uma evolução positiva quando comparado a tentativa 1 com a tentativa 2. No primeiro exercício de estimulação da memória era pretendido que as participantes memorizassem um conjunto de 8 objetos presentes no seu quotidiano, e o resultado pode ser observado no Gráfico 1\_ Exercício 1.

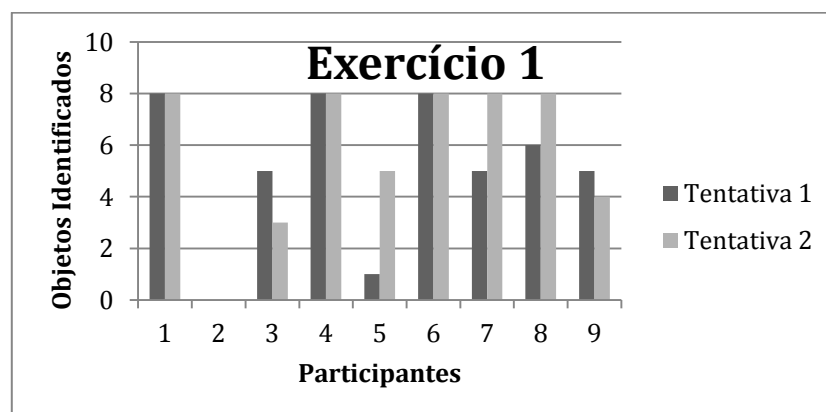


Gráfico 4\_ Exercício 1

Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 (a participante nº 2 não participou na atividade) – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2. As tabelas referentes aos gráficos são apresentadas em Anexo IV.

Este exercício pretende testar a memória imediata visual e a nomeação, estas são tarefas que fazem parte integrante da memória de curto prazo. Permite, entre outras coisas, memorizar imagens acabadas de visualizar e permite exercitar a capacidade de atribuir os nomes corretos aos respetivos objetos.

No exercício 2 também se verificou melhoria na execução do exercício na tentativa 2 quando comparada com a tentativa 1, como mostra o Gráfico 2\_ Exercício 2. Este exercício consistiu em observar uma imagem e em seguida responder a questões (12 no total) relacionadas com a mesma tendo como objetivo estimular a memória a curto prazo.

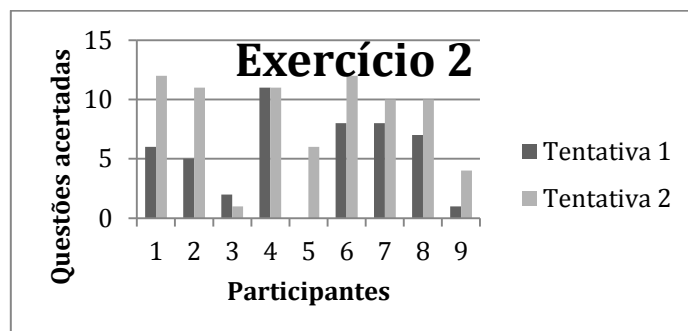


Gráfico 5\_ Exercício 2

Estes resultados muito semelhantes aos verificados no exercício 1. A única participante que não teve um desempenho mais satisfatório na tentativa 2 foi a participante nº3, justificamos esta particularidade com a dificuldade em lidar com a frustração de não realizar corretamente e na totalidade na tentativa 1.

No terceiro exercício de estimulação da memória foi lido em voz alta para todas as participantes um texto e em seguida foram feitas algumas questões relacionadas com a leitura feita. Os resultados estão retratados no Gráfico 3\_ Exercício 3.

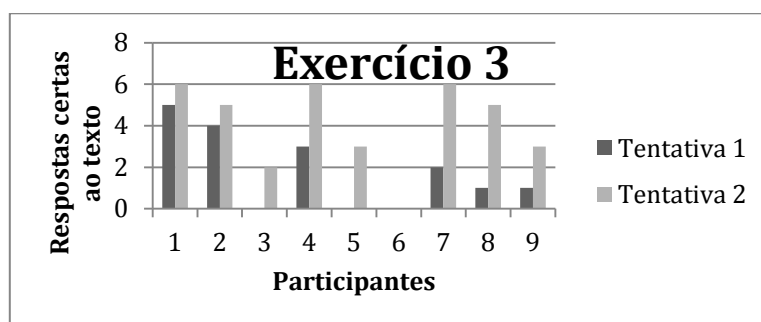


Gráfico 6\_ Exercício 3

Neste exercício observou-se uma evolução em todas as participantes. Apenas a participante nº 6 não esteve na sessão e por isso não participou.

O último exercício referente à estimulação da memória corresponde ao exercício nº 4. Neste exercício foi mostrado a todas as participantes um conjunto de palavras que teriam de memorizar e posteriormente escrevê-las na folha de registos que se encontrava à sua frente, tendo um total de duas tentativas para realizar o exercício. Estes resultados podem ser visualizados no Gráfico 4\_ Exercício 4.

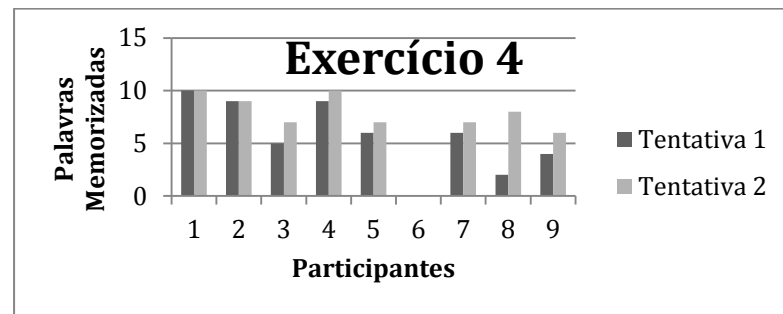


Gráfico 7\_ Exercício 4

Comparativamente aos exercícios de estimulação da memória já descritos, os efeitos obtidos no exercício 4 encontram-se na mesma linha de resultados – todas as participantes obtiveram resultados mais positivos na 2ª tentativa comparativamente aos resultados obtidos na tentativa 1.

Depois dos exercícios de estimulação da memória seguiram-se os exercícios de estimulação da função executiva. O dia-a-dia oferece diferentes desafios e situações imprevistas que exigem habilidades de várias funções cerebrais. Por exemplo: descobrir o melhor caminho para se chegar a um determinado local, desenvolver uma nova função, analisar um problema, fazer uma conta matemática, finalizar uma tarefa complexa. O dicionário da International Neuropsychological Society define funções executivas como "as habilidades cognitivas necessárias para realizar comportamentos complexos dirigidos para determinado objetivo e a capacidade adaptativa as diversas demandas e mudanças ambientais". (Loring, 1999)

As funções executivas incluem **raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões**, além de manter ações permanentes de controle mental. Este conjunto de funções tem um papel central na organização e no planeamento de todas as nossas ações.

No total foram realizados quatro exercícios que pretendiam estimular a função executiva. No exercício 5 foram mostradas, às participantes, um conjunto de palavras na qual teriam de indicar a semelhança entre elas. No final, foi notória a facilidade com que realizaram este exercício uma vez que todas as participantes conseguiram responder afirmativamente sem ao que foi pedido sem dificuldades.

O exercício 6 era bastante semelhante ao exercício 5 com a particularidade de em vez de ser pedido as semelhanças entre as palavras foi pedido as diferenças. S seus resultados podem ser observados no Gráfico 5\_ Exercício 6.

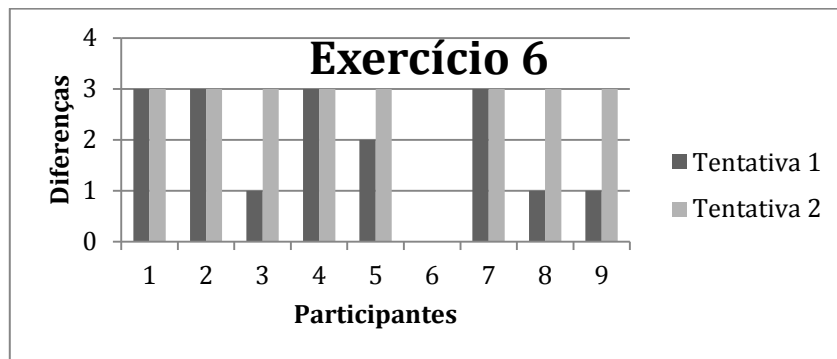


Gráfico 8\_ Exercício 6

Neste exercício não houve a taxa de sucesso verificado no exercício anterior. No entanto, todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 faltou à sessão.

No terceiro exercício de estimulação da função cognitiva foi pedido às participantes que mediante um conjunto de frases elas fossem organizadas com o objetivo de construir uma sequência entre as diferentes frases. Com este exercício observou-se uma melhoria ou manutenção na sequência das frases. O resultado deste exercício pode ser visualizado no Gráfico 6\_ Exercício 7.

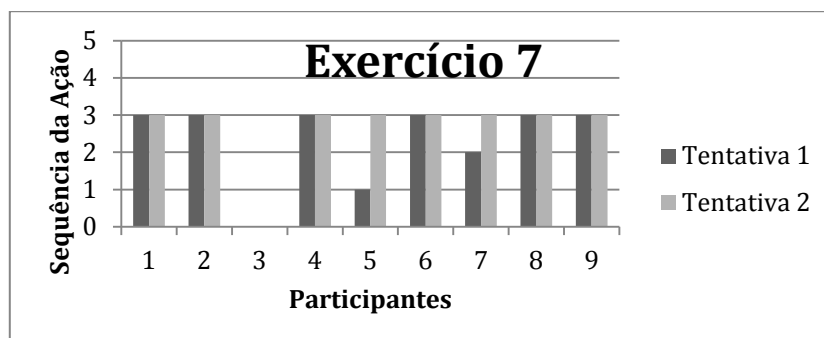


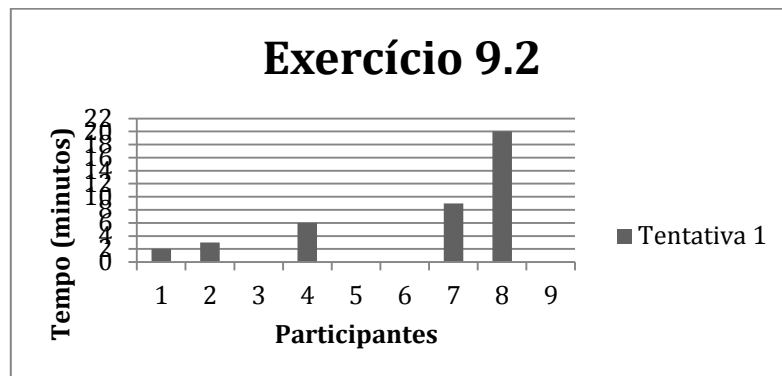
Gráfico 9\_ Exercício 7

O último exercício de estimulação da função executiva, exercício 8, refere-se a exercícios de cálculo. À semelhança dos resultados observados no exercício 5 neste exercício, todas as participantes, chegaram ao resultado correto na primeira tentativa.

Por último pretendeu-se realizar exercícios de estimulação da atenção e concentração. De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada a atenção e a concentração são frequentemente apontadas como défice cognitivo presente em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

Foram planeados dois exercícios que estimulam a atenção e a concentração. No primeiro, exercício 9.1, foi mostrada uma imagem composta por vários símbolos e com cores diferentes. Foi pedido a cada participante que no intervalo de 5 minutos contasse o maior número de um símbolo (foi pedido que contassem as “estrelas”). Neste exercício todas as participantes conseguiram contabilizar o que foi pedido dentro do tempo pretendido.

O segundo exercício referente à estimulação da atenção e concentração foi intitulado de “Sopa de Letras”. Com este exercício pretendia-se que as participantes descobrissem as palavras “escondidas” na sopa de letras, no final foi contabilizado o tempo que demoraram a realizar o exercício, estes resultados podem ser observados no Gráfico 7\_ Exercício 9.2.



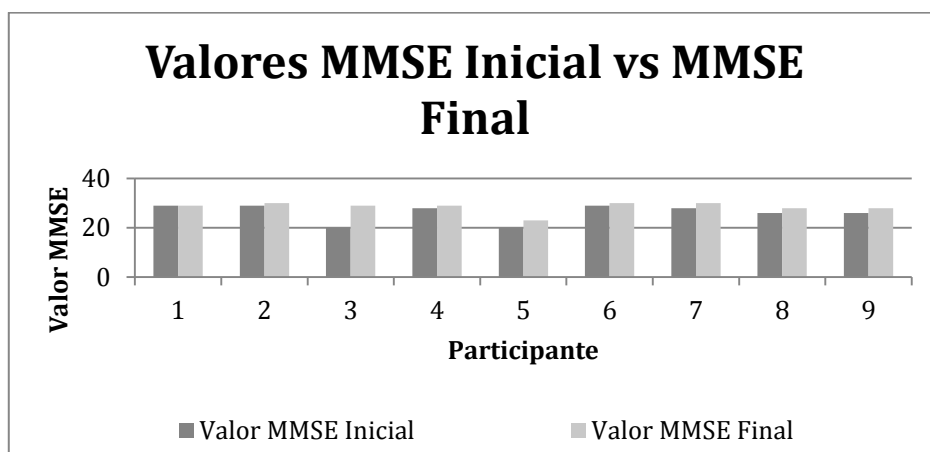
**Gráfico 10\_ Exercício 9.2**

Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentam um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. O que é de ressaltar não é o tempo em excesso mas sim a capacidade e persistência que demonstrou ao realizá-lo.

Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) faltaram à sessão de estimulação cognitiva devido a outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Depois de analisados os resultados obtidos isoladamente em cada exercício podemos ver o impacto do programa de estimulação cognitiva através da avaliação final. Na avaliação final, em semelhança com a avaliação inicial, foi utilizada a escala de avaliação do Mini Mental State Exam (MMSE). Este instrumento avalia a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Através da interpretação dos seus resultados consegue-se analisar se existe um défice cognitivo. Estes resultados estão expostos no Gráfico 8\_ Avaliação Final.

Para a conclusão de todo o trabalho foi elaborado um poster que contém as principais conclusões de toda a intervenção, que se encontra no final deste documento.



**Gráfico 11\_ Avaliação Final**

Analisando o gráfico final podemos constatar os resultados cognitivos que alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

## Poster\_PEC

# Programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido na Unidade de S. José



Carla Azevedo <sup>(1)</sup> e Sílvia Peixoto <sup>(2)</sup>

<sup>(1)(2)</sup> Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

## Introduction/Resume

A esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos <sup>(1)</sup>. Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social que afetam severamente o seu funcionamento diário <sup>(1)</sup>. Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

## Objetivos

### Objetivo Geral:

Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva

### Objetivos específicos:

Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;  
Estimular a Função Executiva;  
Estimular a Atenção e Concentração;

## Métodos

O Programa de Estimulação Cognitiva destinou-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Foram realizadas sessões bi-semanais com um total de 10 sessões que se desenvolveram em grupo. Nestas sessões o número de participantes foi inicialmente de 11 pessoas no qual se verificaram duas desistências o que fez um total de 9 participantes do programa. O programa teve a duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem: 1.ª Sessão – Apresentação, 2.ª Sessão – Avaliação Inicial, da 3.ª Sessão à 9.ª Sessão – Sessões de periodicidade bi-semanal e ainda a 10.ª Sessão – Avaliação Final. A priorização e a avaliação dos resultados foram realizadas mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental), grelhas de observação (Ficha de Registos e Folha de Presenças) e os indicadores de resultado obtidos através de uma análise estatística.

Número de Participantes Iniciais	11 Participantes
Número de Participantes Finais	9 Participantes
Média de Idades	41 anos
Habilidades (deficiências)	3 Participantes – 4.ª ano 2 Participantes – 5.ª ano 1 Participante – 6.ª ano 2 Participantes – 7.ª ano 1 Participante – 12.º ano 3 Atividades
Média do Número de Atividades Desenvolvidas	(Mínimo – 1 Atividade) (Máximo – 5 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização	9 anos (Mínimo – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

### Quadro 1\_ Caracterização dos Participantes

O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contemplou um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

### Memória

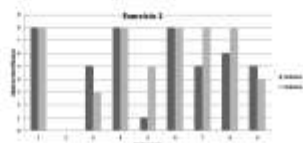


Gráfico 1\_ Exercício 1

Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 que não participaram na atividade – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2.

### Função Executiva

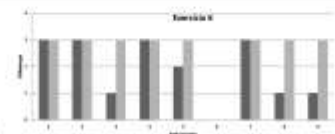


Gráfico 2\_ Exercício 6

Neste exercício todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 falhou à sessão.

### Atenção e Concentração

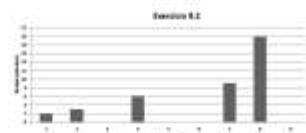


Gráfico 3\_ Exercício 9.2

Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentaram um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) falharam à sessão de estimulação cognitiva devido a outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

### Avaliação Inicial vs Avaliação Final

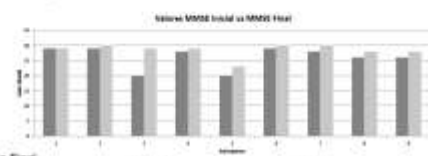


Gráfico 4\_ Avaliação Final

Pela comparação dos dados obtidos através da aplicação do Mini Mental State Exam (MMSSE), 9 participantes melhoraram os valores alcançados e uma participante manteve o mesmo valor.

## Conclusões

A elaboração e execução do programa de estimulação cognitiva, permitiu concluir que os benefícios consequentes à implementação do mesmo são a melhoria do desempenho cognitivo e diminuição dos défices cognitivos. Por consequência, estes benefícios têm impacto direto na melhoria da qualidade de vida das participantes e no seu desempenho quotidiano, aquando realização das atividades. Como podemos observar houve uma evolução positiva em relação às funções cognitivas trabalhadas, nomeadamente ocorreu uma melhoria da memória imediata, de curto prazo e longo prazo, da Função Executiva e da Atenção e Concentração.

Pela análise gráfico final podemos constatar os resultados cognitivos alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

## Referências Bibliográficas

- <sup>(1)</sup> MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 105-116

- <sup>(2)</sup> SOUSA, H. et al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental, volume III, nº6, setembro/Outubro, 2011

### **Anexo III\_ Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro**



## **Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro**

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio \_ Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”

Porto,

16.10.2013

## **Siglas**

CASA - Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

PTGEUD – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

## Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver.....	144
2 - Fundamentação/justificação do programa .....	145
3 - Destinatários .....	145
3.1. - Critérios de Inclusão .....	146
3.2. - Critérios de Exclusão.....	146
4 - Recursos necessários (humanos e materiais) .....	146
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto .....	146
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas.....	147
7- Descrição das Atividades a Desenvolver .....	147
7.1 - Fase I_Apresentação e Avaliação Inicial.....	147
7.2 - Fase II_Sessões.....	148
7.3 - Fase III_Avaliação Final.....	153
8 - Impacto previsto do Projeto.....	154
9 - Plano de implementação.....	154
10 - Acompanhamento e avaliação do programa.....	154
11 - Indicadores/resultados a atingir .....	154
12 - Perspetivas de continuidade do projeto .....	155
13 – Condicionantes.....	155
14 - Bibliografia .....	156
 ANEXOS .....	 157
Anexo I _ Apresentação em Power Point.....	158
Anexo II _ Planos de Sessão .....	166
Anexo III _ Planos de Avaliação.....	173
Anexo IV _ Panfleto.....	179

## 1 - Descrição do programa a desenvolver

Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica. A principal área de intervenção é a gestão dos recursos económicos algo que é deficitário e que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”.

Por conseguinte, a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody..

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

## **2 - Fundamentação/justificação do programa**

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 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."

Entende-se por reabilitação psicossocial 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 nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção. Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar a gestão económica das pessoas que se encontram nas unidades de vida apoiadas. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do enfermeiro especialista e saúde mental e psiquiátrica.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

## **3 - Destinatários**

Este programa está destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada, e para a sua definição e implementação foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

### **3.1. - Critérios de Inclusão**

- Pessoas Assistidas na Unidade Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada há pelo menos há 3 meses;
- Apresentar défice na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Aceitar participar no “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro”;
- Estabilização clínica;
- Saber ler e escrever;
- Ausência de défices visuais, auditivos;
- Ausência de défice intelectual marcado.

### **3.2. - Critérios de Exclusão**

- Não aceitar participar no programa de Treino;

## **4 - Recursos necessários (humanos e materiais)**

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa, nomeadamente no item “Descrição das Atividades a Desenvolver”.

## **5 - Descrição dos Objetivos do Projeto**

O programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro apresenta o seguinte objetivo geral:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

Os objetivos específicos são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;

- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

## **6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas**

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com prioridade bissemanal durante o período de 1 mês. Serão sessões em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes), terão a duração de 60 minutos cada e serão implementadas nas Unidades de Vida Apoiada (em 2 apartamentos terapêuticos).

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo II e Anexo III respetivamente.

## **7- Descrição das Atividades a Desenvolver**

O Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro (PTGEUD) encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** – Apresentação e Avaliação Inicial
- **FASE II** – Sessões de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro
- **FASE III** – Avaliação Final

### **7.1 - Fase I \_Apresentação e Avaliação Inicial**

#### **1.ª SESSÃO – PTGEUD \_APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO INICIAL**

---

##### **Objetivos:**

- Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);
- Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD;
- Definir o horário e o dia do PTGEUD;
- Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.

**Conteúdos:**

- Introdução (Objetivos da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Definição do horário e o dia das sessões;
- Aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades definidas inicialmente;
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- “Folha de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”
- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”;
- Instrumentos de Avaliação de Necessidades Iniciais.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **7.2 - Fase II\_Sessões**

### **2.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : VANTAGENS E DIFICULDADES**

---

**Objetivos:**

- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);
- Identificar várias formas de pagamento de compras;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas a uma gestão eficaz do uso do dinheiro: importância, vantagens e dificuldades sentidas;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

---

**3.ª E 4.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : ORÇAMENTO MENSAL**

---

**Objetivos:**

- Reconhecer o valor do seu orçamento mensal;
- Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas);
- Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal;
- Gerir gastos extras (despesas ocasionais);
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.
- 

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Utilizar o método de rol-play para identificar os gastos fixos, os planeados e os gastos extras do orçamento mensal;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Proceder á construção individual de um “Plano de Gastos Mensais”.
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Plano de Gastos Mensais”
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas e lápis de cores;
- Máquina de Calcular;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

---

**5.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS : SIMULAÇÃO DE COMPRAS**

**Objetivo:**

- Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro;
- Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal;
- Consciencializar para o real custo de compras;
- Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal;
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro.

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Apresentar 1 exercício de simulação de compras e, através deste conseguir identificar gastos prioritários, gastos planeados e projetar gastos extras.
- Proceder á construção de um “Plano de Gastos Mensais” para cada exercício, utilizando o método de rol-play;
- Fim da sessão.

▪ Exercício 1:

- A D. Ana tem 55 anos e vive sozinha na sua casa. É beneficiária de pensão social de valor de 500 euros. Para este mês de novembro tem como objetivos a compra extra de um perfume e uma calças prevendo que cada bem custe 50 euros.
- Para comprar estes produtos terá que inicialmente proceder ao pagamento das suas despesas mensais fixas. Estas despesas são a renda da casa, eletricidade, água e gás, tendo a previsão de gastar 250 euros. Por outro lado, com a alimentação e restantes produtos pessoais irá gastar cerca 200 euros. Será que a D. Ana conseguirá comprar os produtos extra que deseja?

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”

- “Plano de Gastos Mensais”;
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas, lápis de cores e máquina de calcular;
- Fotocópia do Exercício 1;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**6.ª E 7.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS: REALIZAÇÃO DE COMPRAS**

---

**Objetivo:**

- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente;
- Praticar o manuseamento do dinheiro,

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à aquisição dos componentes previstos no “Plano de Gastos Mensais”;
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”

**Material:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”
- “Plano de Gastos Mensais”;
- “Registo de Presenças”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### 7.3 - Fase III\_Avaliação Final

#### 8.ª SESSÃO – PTGEUD \_AVALIAÇÃO FINAL

---

**Objectivo:**

- Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente;
- Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à elaboração de um panfleto, juntamente com as participantes, que contenha as vantagens, dificuldades, estratégias e opiniões sobre uma gestão eficaz do uso do dinheiro.
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos;
- “Registo de Presenças”.
- “Grelha de Observação da Sessão”;

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- “Registo de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”;

- Instrumentos de Avaliação definidos.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **8 - Impacto previsto do Projeto**

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro se poderá influir, junto das participantes, na:

- Identificação de vantagens e dificuldades na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um “Plano de Gastos Mensais” para evitar a compra de produtos não necessários.
- Identificação e aplicação de estratégias para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.

## **9 - Plano de implementação**

O presente programa será implementado às pessoas residentes a Unidade de Vida Autónoma (apartamento 2 e 3). O PTGEUD terá um total de 8 sessões, desenvolvidas em cada apartamento terapêutico, aplicadas 2 x semana, por um período de 60 minutos.

Todas as sessões encontram-se delineadas e definidas neste programa, assim como a avaliação de cada sessão prevista. Em Anexo I é fornecida a apresentação em formato power point utilizada no decorrer das sessões. No Anexo II é apresentado o modelo do plano de sessão, em Anexo III é descrito o plano de avaliação de cada sessão e no Anexo IV é apresentado o panfleto elaborado em conjunto com as participantes do PTGEUD.

## **10 - Acompanhamento e avaliação do programa**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. A avaliação qualitativa e quantitativa de todas as sessões está prevista e é apresentada em Anexo III.

## **11 - Indicadores/resultados a atingir**

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;

- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria da Gestão Eficaz e Uso do Dinheiro.

## **12 - Perspetivas de continuidade do projeto**

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de Reabilitação da Casa de saúde do Bom Jesus, em anos subsequentes, nomeadamente inclusão deste programa nos treinos do Espaço Autonomia +, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas.

## **13 – Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

## 14 - Bibliografia

- AMARAL, A.C. **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.
- Decreto-Lei nº 18/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.
- Direcção Geral da Saúde (2007). **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016**.
- EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.
- MARI, J. J. e STREINER, D. N. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings**. Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.
- PALHA, F. **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08.
- **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental;
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**, Porto, 2012.
- SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

## ANEXOS

**Anexo I \_ Apresentação em Power Point**





**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Compreendendo o CENHORO

20 centos      10 centos  
5 centos      2 centos

**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Objetivo do Documento

- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema e de serviços especiais para os utilizadores portuêles. Deve ser lido com atenção antes de se iniciar uma jornada de viagem turística através do sistema.
- É obrigatório a leitura deste guia de ajuda.

**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Compreendendo o CENHORO

5 euros      10 euros  
20 euros

**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Objetivo do Documento

- Este documento é uma ajuda de acesso para os utilizadores do sistema de serviços especiais através do sistema.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.

**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Compreendendo o CENHORO

50 euros      100 euros  
200 euros      500 euros

**PROGRAMA DE TERMO DE SERVIÇOS ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO**

Objetivo do Documento

- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais através do sistema.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.
- Este documento é um guia de ajuda para os utilizadores do sistema de serviços especiais.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO**

**Objetivos do curso (Competências)**

- Identificar os conhecimentos práticos necessários para trabalhar com o usuário do CENHENO, considerando as necessidades e expectativas do usuário.
- Aplicar os conhecimentos práticos adquiridos durante o curso para garantir a qualidade do atendimento ao usuário do CENHENO, promovendo a satisfação e a adesão ao tratamento.
- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.
- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO**

**Objetivos do curso (Competências)**

Este curso tem como objetivo proporcionar conhecimentos práticos para facilitar a gestão dos usuários do CENHENO e garantir a qualidade do atendimento.



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO**

**Objetivos do curso (Competências)**

- Identificar os conhecimentos práticos necessários para trabalhar com o usuário do CENHENO, considerando as necessidades e expectativas do usuário.
- Aplicar os conhecimentos práticos adquiridos durante o curso para garantir a qualidade do atendimento ao usuário do CENHENO, promovendo a satisfação e a adesão ao tratamento.
- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.



**3.**

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO: UNICAMP/UNICAMP**

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO**

**Objetivos do curso (Competências)**

- Identificar os conhecimentos práticos necessários para trabalhar com o usuário do CENHENO, considerando as necessidades e expectativas do usuário.
- Aplicar os conhecimentos práticos adquiridos durante o curso para garantir a qualidade do atendimento ao usuário do CENHENO, promovendo a satisfação e a adesão ao tratamento.
- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USUÁRIO DO CENHENO**

**Objetivos**

- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.
- Aplicar os conhecimentos práticos adquiridos durante o curso para garantir a qualidade do atendimento ao usuário do CENHENO, promovendo a satisfação e a adesão ao tratamento.
- Identificar os pontos de contato do usuário com o CENHENO, desde a primeira consulta até o acompanhamento, visando garantir a continuidade do tratamento.

**PROGRAMA DE TREINO DE HABILIDADES ESPECÍFAS DO USO DO DINHEIRO**

...Assim, concluiu-se que "Planos de Gestão Orçamentária" permitem que:

...Identifique as fontes de recursos financeiros;



**PROGRAMA DE TREINO DE HABILIDADES ESPECÍFAS DO USO DO DINHEIRO**

...Assim, concluiu-se que "Planos de Gestão Orçamentária" permitem que:

...Sejam geridos recursos financeiros disponíveis;



**PROGRAMA DE TREINO DE HABILIDADES ESPECÍFAS DO USO DO DINHEIRO**

...Assim, concluiu-se que "Planos de Gestão Orçamentária" permitem que:

...Identifique as prioridades dos gastos comunitários (despesas fixas);



**PROGRAMA DE TREINO DE HABILIDADES ESPECÍFAS DO USO DO DINHEIRO**

...Assim, concluiu-se que "Planos de Gestão Orçamentária" permitem que:

...Identifique um "Plano de Gestão Orçamentária";



**PROGRAMA DE TREINO DE HABILIDADES ESPECÍFAS DO USO DO DINHEIRO**

...Assim, concluiu-se que "Planos de Gestão Orçamentária" permitem que:

...Identifique as prioridades comunitárias (despesas variáveis);



**4.**

... Identificar as prioridades de consumo comunitárias (despesas variáveis)

**PROGRAMA DE TRABALHO DE SERTÃO ESPECIAL DO UNIC DO ZOUVERO**

**Objetivos**

- Assessorar a administração pública municipal de nível de governo.
- Participar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Desenvolver atividades de nível municipal.
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do município.
- Identificar estratégias para melhorar o nível de governo.

**5.**

5º e 11º SERTÃO - Trabalho de avaliação de desempenho individual do Sertão

**PROGRAMA DE TRABALHO DE SERTÃO ESPECIAL DO UNIC DO ZOUVERO**

**Objetivos**

- Atuar como assessor municipal, que orientará a administração municipal de nível de governo.
- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do município.
- Identificar estratégias para melhorar o nível de governo.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE SERTÃO ESPECIAL DO UNIC DO ZOUVERO**

**Objetivos**

- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE SERTÃO ESPECIAL DO UNIC DO ZOUVERO**

**Objetivos**

- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.
- Atuar em reuniões/atividade de gestão municipal.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE SERTÃO ESPECIAL DO UNIC DO ZOUVERO**



**Hoje vamos já comprar...**



**Anexo II \_ Planos de Sessão**

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Apresentação e Avaliação Inicial”</p> <p><b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 1</p> <p><b>Tipo de Sessão:</b> Grupo</p> <p><b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p><b>Data:</b> 15/10/2013</p> <p><b>Hora:</b> 17h30m</p> <p><b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p><b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>- Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);</p> <p>- Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD;</p> <p>- Definir o horário e o dia do PTGEUD;</p> <p>- Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Introdução ao PTGEUD;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer horário e dia do PTGEUD;</li> <li>• Aplicar Instrumentos de avaliação inicial;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• Preenchimento de instrumentos de Avaliação Inicial.</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: vantagens e dificuldades”  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 2  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 17/10/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);  - Identificar várias formas de pagamento de compras;  - Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;  - Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento do dinheiro e formas de pagamento;</li> <li>• Importância, vantagens e dificuldades no planeamento do orçamento mensal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: orçamento mensal”  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 3 e 4  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 22/10/2013 e 24/10/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Reconhecer o valor do seu orçamento mensal;  - Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas);  - Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal;  - Gerir gastos extras (despesas ocasionais);  - Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor do Orçamento Mensal;</li> <li>• Identificar gastos fixos, previstos e extras;</li> <li>• Construir um plano de gastos mensais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Folhas, lápis e máquina de calcular;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”</li> <li>• “Plano de Gastos Mensais”</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: simulação de compras”</p> <p><b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 5</p> <p><b>Tipo de Sessão:</b> Grupo</p> <p><b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p><b>Data:</b> 29/10/2013</p> <p><b>Hora:</b> 17h30m</p> <p><b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p><b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>- Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro;</p> <p>- Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal;</p> <p>- Consciencializar para o real custo de compras;</p> <p>- Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal;</p> <p>- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância do Orçamento Mensal;</li> <li>• Exercício 1: identificar gastos fixos, previstos e extras</li> <li>• Identificar estratégias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Folhas, lápis e máquina de calcular;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”</li> <li>• “Plano de Gastos Mensais”</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: realização de compras”</p> <p><b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 6 e 7</p> <p><b>Tipo de Sessão:</b> Grupo</p> <p><b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p><b>Data:</b> 05/11/2013 e 06/11/2013</p> <p><b>Hora:</b> 17h30m</p> <p><b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p><b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;</li> <li>- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente;</li> <li>- Praticar o manuseamento do dinheiro,</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder à compra dos produtos planeadas;</li> <li>• Estratégias para uma eficaz gestão do Orçamento Mensal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”.</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _ Avaliação Final  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 8  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 14/11/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente;  - Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir um panfleto sobre o PTGEUD;</li> <li>• Avaliação Final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Instrumentos de avaliação final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Preenchimento de instrumentos de Avaliação Final.</li> </ul>

**Anexo III \_ Planos de Avaliação**

Quadro 1: AS\_ Registo de Presenças

NOME DA PARTICIPANTE	Unidad e de Vida Apoiada	Ses são nº1	Ses são nº2	Ses são nº3	Ses são nº4	Ses são nº5	Ses são nº6	Ses são nº7	Ses são nº8

**Legenda:** D – Desistiu / F – Faltou / P – Presente

**Nota:** O “Quadro 1: AS\_ Registo de Presenças” deve ser aplicado em todas as sessões

Quadro 2: AS\_ Grelha de Observação da Sessão

Nome da Participante	UVA	Motivação	Atenção/ Concentração	Participação	Interesse	Interação	Comportamento	Observações

**LEGENDA: Motivação:** 0 - Recusou integrar o grupo

- 1 - Necessitou de persuasão
- 2 - Aderiu espontaneamente

**Atenção/ Concentração:** 0 – Nula

- 1 - Alguma, com baixas de concentração
- 2 - Na maior parte da sessão
- 3 - Em toda a sessão

**Participação:** 0 - Não há resposta

- 1 - Poucas respostas; não colabora
- 2 - Participa ativamente, quando motivado
- 3 - Participa ativamente, sem necessidade de motivação

**Interesse:** 0 - Não demonstrou sinal de interesse

- 1 - Demonstrou sinal ocasional
- 2 - Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 - Interessou-se durante toda a sessão

**Interação:** 0 - Nenhuma interação

- 1 - Só fala quando questionado
- 2 - Responde a outros membros do grupo
- 3 - Interage espontaneamente

**Comportamento:** 0 - Agitado

- 1 - Inquieto
- 2 - Desorganizado
- 3 - Adequado

Nota: O “Quadro 2: AS\_ Grelha de Observação da Sessão” deve ser aplicado em todas as sessões.

**Quadro 3: AS\_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4**

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Reconhece o valor do seu orçamento			
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Planeia gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			

**Quadro 4: AS\_ Plano de Gastos Mensais**

Nome da Participante: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Gastos</b>	<b>Descrição dos Objetos</b>	<b>Data da Compra</b>	<b>Valor de Custo</b>
<b>Gastos Fixos</b>			
<b>Gastos Previstos</b>			
<b>Gastos Extra</b>			

<b>Total dos Gastos previstos</b>	
<b>Valor do seu Rendimento Mensal</b>	
<b>Saldo Previsto</b>	

Quadro 5: AS\_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Identifica gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			
Define pelo menos 1 estratégia			

**Anexo IV \_ Panfleto**



## Descrição

O "Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro" (PTGEUD) é desenvolvido na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

É destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada.

Tem um total 8 sessões desenvolvidas em grupo fechado, e periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

## Objetivos



### Objetivo Gerat:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

### Objetivos específicos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);
- Elaborar um "Plano de Gastos Mensais";
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro;
- Realizar as compras previstas no "Plano de Gastos Mensais";
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

## Resultados Esperados

Com este programa pretende-se que as participantes possam atingir os seguintes resultados:

- Identificação de vantagens e dificuldade na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um "Plano de Gastos Mensais" para evitar a compra de produtos não necessários.
- Identificação e aplicação de estratégia para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.





**Anexo IV\_ Resultados do Programa de Treino do Autocuidado higiene e Arranjar-se**



A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se” (PTACHA) e foi desenvolvida no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), da Casa de Saúde do Bom Jesus, na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Protegida (nomeadamente na Residência Santa Teresa). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos da Residência Santa Teresa, de periodicidade bi-semanal, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, Basic Everyday Living Skills (BELS) e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTACHA. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Autocuidado Higiene e Arranjar-se, 2 – Treino do Autocuidado Arranjar-se. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão” e um “Registo de Presenças”. E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação BELS e a Escala de Lawton e Brody com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção.

Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes. O manual do PTACHA pode ser consultado no Anexo III.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Autocuidado Arranjar-se Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

Passamos então à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Antes de qualquer intervenção o PTACHA foi apresentado às possíveis participantes que posteriormente, após o analisarem, decidiram participar no mesmo tendo manifestado o seu consentimento informado.

Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o PTACHA. Esta caracterização foi realizada na sessão nº1 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfico.

<b>Número de Participantes Iniciais</b>	5 Participantes
<b>Número de Participantes Finais</b>	3 Participantes
<b>Média de Idades</b>	55 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	1 Participante - 4.º ano 2 Participantes - 9.º ano
<b>Média do Número de Atividades em que participa</b>	3 Atividades (Mínimo - 2 Atividades) (Máximo - 4 Atividades)
<b>Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ</b>	10 anos (Mínimo - 1 ano) (Máximo - 14 anos)
<b>Média do Tempo de Permanência no Serviço de Reabilitação da CSBJ</b>	22 meses (Mínimo - 9 meses) (Máximo - 36 meses)

Quadro 1\_ Caracterização das Participantes do PTACHA

Com esta caracterização conseguimos obter dados sobre a nossa amostra. De realçar que o número de participantes previsto inicialmente era de 5, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 2 participantes não conseguiram iniciar este programa, estabelecendo assim como número final de 3 participantes como amostra.

Depois da caracterização da amostra foram aplicados instrumentos de avaliação inicial definidos de acordo com os objetivos programados. A aplicação do MMSE teve o intuito de despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou e que pode ser consultado no Gráfico 1.

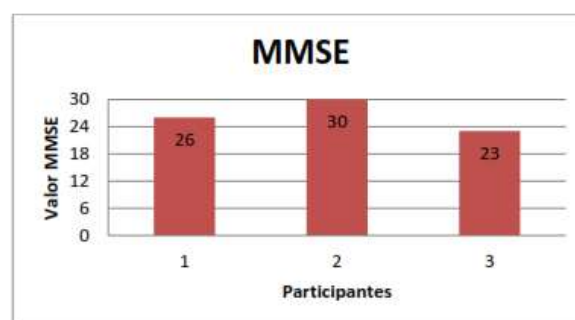


Gráfico 1\_ Valor MMSE do PTACHA

Nesta fase inicial para além da aplicação do MMSE também foi aplicado o questionário BELS cujos resultados serão apresentados aquando da avaliação final, de forma a podermos comparar, analisar e avaliar a eficácia de toda a intervenção.

Depois da avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões foram utilizadas, para além do registo de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Em relação à assiduidade obtivemos uma adesão das participantes em 100% em todas as sessões executadas. Este facto pode ser explicado pelo interesse demonstrado para as

atividades, pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser a própria residência e ainda o horário ter sido previamente sugerido e estabelecido pelas mesmas, nomeadamente as sessões teóricas (9h-10h) não se sobreporem com as atividades diárias habituais e ainda o horário de treino do autocuidado higiene e arranjar-se (7.30h – 8.30h) ser o mesmo que habitualmente utilizam.

Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Os dados encontram-se em anexo IX.

De um modo geral as participantes aderiram espontaneamente a todas as sessões demonstrando a sua motivação. No que se refere à atenção/concentração foi visível uma evolução positiva pois as participantes foram-se envolvendo progressivamente nas diferentes dinâmicas das sessões.

Em termos de participação verificou-se uma oscilação entre a participação ativa quando motivada com a participação ativa sem necessidade de motivação. Podemos justificar estes resultados, e de acordo com o que foi verbalizado pelas participantes, esta oscilação foi consequência de um maior conhecimento e/ou preferência pelos diferentes temas abordados bem como de algumas condicionantes próprias do seu enquadramento clínico.

Quanto ao interesse, este foi frequentemente demonstrado ao longo da maioria das sessões e de uma forma crescente, assim como a interação das participantes com o restante grupo ocorrendo uma interação espontaneamente e produtiva entre o grupo. O último parâmetro avaliado foi o comportamento.

Este item foi o que obteve mais dispersão entre o inquieto, o desorganizado e o adequado, verificando-se contudo, que o comportamento mais frequente foi o adequado. Podemos atribuir vários fatores que justificam a ocorrência do comportamento classificado como inquieto e desorganizado nomeadamente fatores de ordem pessoal e clínico.

Finda a análise quantitativa surge a análise qualitativa que apresentamos e analisamos por sessão com o objetivo de melhor expor o trabalho realizado.

A 2ª e a 3ª sessão tiveram como temas respetivamente, o Autocuidado Higiene Corporal e o Autocuidado Higiene Oral. Os objetivos prendiam-se com identificar as vantagens, as dificuldades e a importância do autocuidado higiene corporal e oral, identificar corretamente a sequência, os objetos e os cuidados necessários para o autocuidado higiene corporal e oral.

Os itens avaliados foram de encontro aos objetivos traçados. No final desta 2ª sessão as participantes verbalizaram que as principais vantagens do autocuidado de higiene corporal eram sobretudo “...não cheirar mal...”, “... para não ficarmos doentes...” e “... andarmos bonitas...”. Ao nível das dificuldades apenas verbalizaram a falta de tempo adequado justificando este facto de viverem numa residência com várias utentes. Todas as participantes enumeraram, sem dificuldade, pelo menos 3 objetos necessários para a sua higiene corporal. Os mais referidos foram: champô, gel de banho e toalha. Seguindo a mesma linha orientadora,

em termos da sequência adotada para a realização da higiene corporal cada participante compartilhou a sua sequência verificando-se uma correta descrição da mesma. Relativamente à identificação das vantagens da realização de uma eficaz higiene oral podemos referir: "... não ter mau hálito.." e "... poder sorrir à vontade...". Em termos de dificuldades salientaram a falta de motivação e o conseqüente desleixo da higiene oral diária.

Todas as participantes enumeraram vários objetos necessários para realizar uma correta higiene oral bem como a sequência adequada para a execução deste autocuidado.

Na 4ª sessão foi abordado o tema do Autocuidado Arranjar-se. Esta sessão tinha como metas a identificação de vantagens e dificuldade do arranjar-se. Também era pretendido identificar a importância dos cuidados ao cabelo e unhas, saber a sequência e os objetos necessários para a execução do autocuidado arranjar-se. Nesta sessão, todas as participantes foram unânimes em afirmar e apontar as vantagens, importância, objetos utilizados e a sequência que deve ser utilizada.

Depois das sessões de índole mais teórica foram iniciadas as sessões de treino do autocuidado higiene e arranjar-se, que no total foram 3. Para a avaliação das mesmas, e contrariamente às sessões anteriormente analisadas, tornou-se pertinente a elaboração de uma grelha de avaliação quantitativa que contemplasse os elementos do autocuidado de higiene e arranjar-se, nomeadamente, higiene corporal, higiene oral, arranjar-se e vestuário. Para este efeito, estabeleceram-se atividades específicas que pudessem avaliar de uma forma mais organizada e que permitisse uma análise correta dos dados.

Todas as atividades foram avaliadas de acordo com uma escala estabelecida. Esta escala apresenta valores entre 1 e 7. O número 1 corresponde a uma resposta adequada, o 2 necessita de ajuda verbal, o 3 precisa de ajuda gestual, o 4 com demonstração, o 5 com ajuda mão na mão, 6 inadequado e 7 não aplicável.

De forma global, as participantes evidenciaram uma evolução crescente entre a sessão 5 e a sessão 7. As atividades que mais evoluíram foram as relativas aos cuidados de higiene oral nomeadamente na escovagem correta dos dentes. Contrariamente, as atividades em que as participantes demonstraram maior dificuldade foram: Organiza o material necessário para a realização do banho, Abre e fecha a torneira, Arruma o espaço que utiliza (poliban, lavatório),

Seleciona o calçado adequado, Aplica creme, Organiza as peças de roupa que vai utilizar.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes da unidade de vida protegida são possuidoras de conhecimentos teóricos razoáveis no entanto apresentavam défices na execução dos autocuidados. Como exemplo posso referir que foi necessário relembrar, nas primeiras sessões, a prática do autocuidado de higiene oral que era esquecido com muita frequência assim como os cuidados a ter com o cabelo e unhas.

Na 8ª sessão, como referido anteriormente, foi realizada a avaliação final tendo sido aplicado para este efeito novamente o questionário BELS, e foi realizado um panfleto ilustrativo ao tema, incluído no manual do PTACHA (Anexo III).

Relativamente aos resultados obtidos com o PTACHA iremos apresentar e analisar dados comparativos entre a avaliação inicial e a avaliação final. A aplicação do questionário

BELS no PTACHA deveu-se ao facto do mesmo ter sido concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada.

O seu objetivo é avaliar o desempenho nas atividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação.

Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descreve um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas. (a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo e (b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho atual. Os itens estão agrupados em 4 domínios principais: Auto cuidado, atividades domésticas, competências sociais, atividade e relações sociais.

Os resultados obtidos relativamente à escala de desempenho, para cada domínio da BELS, serão apresentados e analisados individualmente para cada participante. Os resultados pormenorizados da ficha de cotação da BELS podem ser consultados na base de dados do PTACHA (Anexo IX). Não iremos analisar os resultados da escala de oportunidade pois não existe diferença neste item comparativamente entre a avaliação inicial e final. No Gráfico 2, relativos à participante 1 podemos denotar uma variação positiva relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 2 - Resultados da Participante 1

No domínio do Autocuidado houve melhorias nos seguintes itens: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. No item vestir-se a participante 1 que por vezes apresentava um ligeiro descuido verificou-se que na sua avaliação final é autónoma e escolhe roupas adequadas ao clima e à situação. Relativamente ao item da higiene pessoal, inicialmente a participante 1 em certos aspetos da higiene pessoal mostrava negligência ocasional passando no final da intervenção a executar um bom nível de higiene e asseio, tornando-se mais autónoma.

Em termos de vestuário no início da intervenção eram evidentes pequenos problemas com a limpeza e conservação da roupa pelo que no final das atividades observou-se uma evolução demonstrada pela troca de roupa com regularidade mantendo a roupa limpa e em

bom estado de conservação. No Gráfico 3, relativos à participante 2 também foi possível constatar uma melhoria relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 3. Resultados da Participante 2.

Verificou-se que os itens de melhoria do domínio do Autocuidado foram: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. No item vestir-se a participante 2 apresentava alguma desadequação tornando-se no final da intervenção autónoma. Em termos de higiene pessoal e vestuário verificou-se um aumento de autonomia.

No Gráfico 4, relativos à participante 3 ocorreu também uma melhoria relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 4. Resultados da Participante 3.

Verificou-se que os itens de melhoria do domínio do Autocuidado foram: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. Comparativamente às outras participantes, a participante 3 obteve uma maior variação nos itens acima referidos, particularmente na higiene pessoal onde mostrava alguma negligência e que posteriormente melhorou o nível de higiene. Em relação ao vestuário em que, por vezes, teria que ser alertada para a necessidade de se trocar de roupa, atualmente mantém a roupa e bom estado de conservação trocando-a com a regularidade adequada.

## Poster\_PTACHA

# Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se



Carla Azevedo <sup>(1)</sup> e Sílvia Peixoto <sup>(2)</sup>

<sup>(1) (2)</sup> Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

## Introduction/Resume

A intervenção idealizada designa-se por "Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se" (PTACHA) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo 1 – "Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde

## Objetivos

### Objetivo Geral:

Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se.

### Objetivos específicos:

Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;  
Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;  
Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;  
Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;  
Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;  
Treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral);  
Treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

## Métodos

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com periodicidade bimensal durante o período de 1 mês. Numa primeira fase estas sessões serão desenvolvidas em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes) e posteriormente serão praticadas sessões individuais. Serão implementadas na Residência Santa Teresa com a duração de 60 minutos cada.

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação.

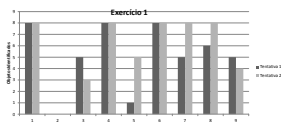
Número de Participantes Iniciais	11 Participantes
Número de Participantes Finais	9 Participantes
Média de Idades	41 anos
Habilidades Literárias	3 Participantes – 4.º ano 2 Participantes – 5.º ano 1 Participante – 6.º ano 2 Participantes – 9.º ano 1 Participante – 12.º ano
Média do Número de Atividades Desenvolvidas	3 Atividades (Mínimo – 1 Atividades) (Máximo – 5 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização	9 anos (Mínimo – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

### Quadro 1\_ Caracterização das Participantes

O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contemplou um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

### Memória

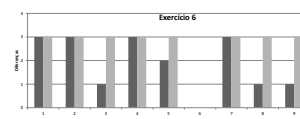
Gráfico 1\_ Exercício 1



Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 que não participaram na atividade – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2.

### Função Executiva

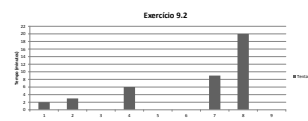
Gráfico 2\_ Exercício 6



Neste exercício todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 faltou à sessão.

### Atenção e Concentração

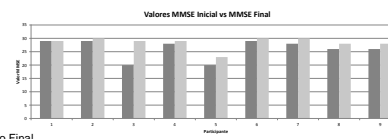
Gráfico 3\_ Exercício 9.2



Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentam um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) faltaram à sessão de estimulação cognitiva devido a outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

### Avaliação Inicial vs Avaliação Final

Gráfico 4\_ Avaliação Final.



Pela comparação dos dados obtidos através da aplicação do Mini Mental State Exam (MMSE), 9 participantes melhoraram os valores alcançados e uma participante manteve o mesmo valor.

## Conclusões

A elaboração e execução do programa de estimulação cognitiva, permitiu concluir que os benefícios consequentes à implementação do mesmo são a melhoria do desempenho cognitivo e diminuição dos défices cognitivos. Por consequência, estes benefícios têm impacto direto na melhoria da qualidade de vida das participantes e no seu desempenho quotidiano, aquando realização das atividades. Como podemos observar houve uma evolução positiva em relação às funções cognitivas trabalhadas, nomeadamente ocorreu uma melhoria da memória imediata, de curto prazo e longo prazo, da Função Executiva e da Atenção e Concentração.

Pela análise gráfica final podemos constatar os resultados cognitivos alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

## Referências Bibliográficas

(3)



## **Anexo V\_ Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro**



## **Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro**

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio \_ Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”

Porto,

16.10.2013

## **Siglas**

CASA - Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

PTGEUD – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

## Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver .....	198
2 - Fundamentação/justificação do programa .....	199
3 - Destinatários.....	199
3.1. - Critérios de Inclusão .....	200
3.2. - Critérios de Exclusão .....	200
4 - Recursos necessários (humanos e materiais) .....	200
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto .....	200
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas.....	201
7- Descrição das Atividades a Desenvolver .....	201
7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial .....	201
7.2 - Fase II _Sessões .....	202
7.3 - Fase III _Avaliação Final.....	206
8 - Impacto previsto do Projeto.....	207
9 - Plano de implementação.....	207
10 - Acompanhamento e avaliação do programa.....	208
11 - Indicadores/resultados a atingir .....	208
12 - Perspetivas de continuidade do projeto .....	208
13 – Condicionantes.....	208
14 - Bibliografia .....	209
 ANEXOS .....	 210
Anexo I _ Apresentação em Power Point.....	211
Anexo II _ Planos de Sessão .....	219
Anexo III _ Planos de Avaliação.....	226
Anexo IV _ Panfleto .....	232

## 1 - Descrição do programa a desenvolver

Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica. A principal área de intervenção é a gestão dos recursos económicos algo que é deficitário e que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”.

Por conseguinte, a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody..

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

## **2 - Fundamentação/justificação do programa**

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 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.”

Entende-se por reabilitação psicossocial 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 nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção. Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar a gestão económica das pessoas que se encontram nas unidades de vida apoiadas. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do enfermeiro especialista e saúde mental e psiquiátrica.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

## **3 - Destinatários**

Este programa está destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada, e para a sua definição e implementação foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

### **3.1. - Critérios de Inclusão**

- Pessoas Assistidas na Unidade Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada há pelo menos há 3 meses;
- Apresentar défice na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Aceitar participar no “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro”;
- Estabilização clínica;
- Saber ler e escrever;
- Ausência de défices visuais, auditivos;
- Ausência de défice intelectual marcado.

### **3.2. - Critérios de Exclusão**

- Não aceitar participar no programa de Treino;

## **4 - Recursos necessários (humanos e materiais)**

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa, nomeadamente no item “Descrição das Atividades a Desenvolver”.

## **5 - Descrição dos Objetivos do Projeto**

O programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro apresenta o seguinte objetivo geral:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

Os objetivos específicos são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;

- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

## **6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas**

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com prioridade bissemanal durante o período de 1 mês. Serão sessões em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes), terão a duração de 60 minutos cada e serão implementadas nas Unidades de Vida Apoiada (em 2 apartamentos terapêuticos).

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo II e Anexo III respetivamente.

## **7- Descrição das Atividades a Desenvolver**

O Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro (PTGEUD) encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** – Apresentação e Avaliação Inicial
- **FASE II** – Sessões de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro
- **FASE III** – Avaliação Final

### **7.1 - Fase I \_Apresentação e Avaliação Inicial**

#### **1.ª SESSÃO – PTGEUD \_APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO INICIAL**

---

##### **Objetivos:**

- Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);
- Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD;
- Definir o horário e o dia do PTGEUD;
- Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.

**Conteúdos:**

- Introdução (Objetivos da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Definição do horário e o dia das sessões;
- Aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades definidas inicialmente;
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- “Folha de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”
- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”;
- Instrumentos de Avaliação de Necessidades Iniciais.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **7.2 - Fase II\_Sessões**

### **2.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : VANTAGENS E DIFICULDADES**

---

**Objetivos:**

- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);
- Identificar várias formas de pagamento de compras;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas a uma gestão eficaz do uso do dinheiro: importância, vantagens e dificuldades sentidas;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

---

**3.ª E 4.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : ORÇAMENTO MENSAL**

---

**Objetivos:**

- Reconhecer o valor do seu orçamento mensal;
- Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas);
- Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal;
- Gerir gastos extras (despesas ocasionais);
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.
- 

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Utilizar o método de rol-play para identificar os gastos fixos, os planeados e os gastos extras do orçamento mensal;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Proceder á construção individual de um “Plano de Gastos Mensais”.
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Plano de Gastos Mensais”
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas e lápis de cores;
- Máquina de Calcular;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**5.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS : SIMULAÇÃO DE COMPRAS**

---

**Objetivo:**

- Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro;
- Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal;
- Consciencializar para o real custo de compras;
- Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal;
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro.

**Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
  - Apresentar 1 exercício de simulação de compras e, através deste conseguir identificar gastos prioritários, gastos planeados e projetar gastos extras.
  - Proceder á construção de um “Plano de Gastos Mensais” para cada exercício, utilizando o método de rol-play;
  - Fim da sessão.
- 
- Exercício 1:
    - A D. Ana tem 55 anos e vive sozinha na sua casa. É beneficiária de pensão social de valor de 500 euros. Para este mês de novembro tem como objetivos a compra extra de um perfume e uma calças prevendo que cada bem custe 50 euros.
    - Para comprar estes produtos terá que inicialmente proceder ao pagamento das suas despesas mensais fixas. Estas despesas são a renda da casa, eletricidade, água e gás, tendo a previsão de gastar 250 euros. Por outro lado, com a alimentação e restantes produtos pessoais irá gastar cerca 200 euros. Será que a D. Ana conseguirá comprar os produtos extra que deseja?

**Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”
- “Plano de Gastos Mensais”;
- “Registo de Presenças”.

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas, lápis de cores e máquina de calcular;
- Fotocópia do Exercício 1;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **6.ª E 7.ª SESSÃO – PTGEUD \_ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS: REALIZAÇÃO DE COMPRAS**

---

### **Objetivo:**

- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente;
- Praticar o manuseamento do dinheiro,

### **Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à aquisição dos componentes previstos no “Plano de Gastos Mensais”;
- Fim da sessão.

### **Avaliação:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”

### **Material:**

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”
- “Plano de Gastos Mensais”;
- “Registo de Presenças”.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **7.3 - Fase III\_Avaliação Final**

## **8.ª SESSÃO – PTGEUD \_AVALIAÇÃO FINAL**

---

### **Objectivo:**

- Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente;
- Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.

### **Conteúdos:**

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à elaboração de um panfleto, juntamente com as participantes, que contenha as vantagens, dificuldades, estratégias e opiniões sobre uma gestão eficaz do uso do dinheiro.
- Fim da sessão.

**Avaliação:**

- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos;
- “Registo de Presenças”.
- “Grelha de Observação da Sessão”;

**Material:**

- Mesas e cadeiras;
- “Registo de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Instrumentos de Avaliação definidos.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**8 - Impacto previsto do Projeto**

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro se poderá influir, junto das participantes, na:

- Identificação de vantagens e dificuldades na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um “Plano de Gastos Mensais” para evitar a compra de produtos não necessários.
- Identificação e aplicação de estratégias para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.

**9 - Plano de implementação**

O presente programa será implementado às pessoas residentes a Unidade de Vida Autónoma (apartamento 2 e 3). O PTGEUD terá um total de 8 sessões, desenvolvidas em cada apartamento terapêutico, aplicadas 2 x semana, por um período de 60 minutos.

Todas as sessões encontram-se delineadas e definidas neste programa, assim como a avaliação de cada sessão prevista. Em Anexo I é fornecida a apresentação em formato power point utilizada no decorrer das sessões. No Anexo II é apresentado o modelo do plano de sessão, em Anexo III é descrito o plano de avaliação de cada sessão e no Anexo IV é apresentado o panfleto elaborado em conjunto com as participantes do PTGEUD.

## **10 - Acompanhamento e avaliação do programa**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. A avaliação qualitativa e quantitativa de todas as sessões está prevista e é apresentada em Anexo III.

## **11 - Indicadores/resultados a atingir**

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria da Gestão Eficaz e Uso do Dinheiro.

## **12 - Perspetivas de continuidade do projeto**

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de Reabilitação da Casa de saúde do Bom Jesus, em anos subsequentes, nomeadamente inclusão deste programa nos treinos do Espaço Autonomia +, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas.

## **13 – Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

## 14 - Bibliografia

- AMARAL, A.C. **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.
- Decreto-Lei nº 18/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.
- Direcção Geral da Saúde (2007). **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016**.
- EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.
- MARI, J. J. e STREINER, D. N. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings**. Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.
- PALHA, F. **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08.
- **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental;
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**, Porto, 2012.
- SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

## ANEXOS

**Anexo I \_ Apresentação em Power Point**





**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Exercício com Dinheiro (1)

20 centavos      10 centavos  
5 centavos      2 centavos  
2 centavos

**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Objetivo do Treinamento

- Este exercício é um passo no desenvolvimento do conhecimento e da confiança quanto ao uso do dinheiro em situações simples. Deve ser realizado regularmente para que o aluno seja capaz de reconhecer facilmente o valor de cada moeda.
- Atividade complementar: reconhecer o valor de cada moeda.

**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Exercício com Dinheiro (2)

5 euros      10 euros  
20 euros

**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Objetivo do Treinamento

- Este exercício é uma etapa do desenvolvimento do conhecimento e da confiança do usuário quanto ao uso do dinheiro em situações simples.
- Reconhecer o valor de cada nota e moeda em situações simples e reconhecer o valor de cada nota e moeda em situações simples.
- Reconhecer o valor de cada nota e moeda em situações simples.
- Reconhecer o valor de cada nota e moeda em situações simples.

**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Exercício com Dinheiro (3)

50 euros      100 euros  
200 euros      500 euros

**PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO DINHEIRO**

Objetivo do Treinamento

- Este exercício permite avaliar o conhecimento e a confiança do usuário quanto ao uso do dinheiro em situações simples.
- Este exercício permite avaliar o conhecimento e a confiança do usuário quanto ao uso do dinheiro em situações simples.
- Este exercício permite avaliar o conhecimento e a confiança do usuário quanto ao uso do dinheiro em situações simples.
- Este exercício permite avaliar o conhecimento e a confiança do usuário quanto ao uso do dinheiro em situações simples.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

**Objetivos do Curso (Aprendizagem)**

- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, saber a importância da gestão financeira e compreender a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

**Objetivos do Curso (Aprendizagem)**

Este curso tem como objetivo proporcionar aos participantes a oportunidade de adquirir conhecimentos e habilidades para a gestão eficaz das finanças e permitir a aplicação de uma metodologia.



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

**Objetivos do Curso (Aprendizagem)**

- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.



**3.**

**3.1. A GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO: UNICAMP/FEUC/FEUSP**

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

**Objetivos do Curso (Aprendizagem)**

- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

**Objetivos**

- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.
- Identificar os conceitos básicos de gestão financeira, compreender a importância da gestão financeira para a organização e saber a importância da gestão financeira para a organização.

**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

...Desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...Identifique o valor de investimento pretendido.



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

...Desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...Identifique o valor de investimento pretendido.



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

...Desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...Identifique os investimentos que podem ser feitos (Investimentos Fixos)



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

...Desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...Identifique os investimentos que podem ser feitos (Investimentos Fixos)



**PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO**

...Desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...Identifique os gastos com materiais (despesas com materiais)



**4.**

...Identifique os gastos com materiais (despesas com materiais)

**PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO CUIDADO**

**Objetivos**

- Avaliar a qualidade da vida dos pacientes do sexo feminino.
- Avaliar os níveis de conhecimento de gestão de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

**5.**

1º e 2º Semestre - Trabalho de avaliação de competências - Enfermagem em Cuidados

**PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO CUIDADO**

**Objetivos**

- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO CUIDADO**

**Objetivos**

- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO CUIDADO**

**Objetivos**

- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
- Avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

**PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO CUIDADO**



**Hoje vamos de compras...**



**Anexo II \_ Planos de Sessão**

<b>Tema:</b> “PTGEUD _Apresentação e Avaliação Inicial” <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 1 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 15/10/2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3 <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <b>Objetivos Específicos:</b> - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD; - Definir o horário e o dia do PTGEUD; - Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Introdução ao PTGEUD;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer horário e dia do PTGEUD;</li> <li>• Aplicar Instrumentos de avaliação inicial;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• Preenchimento de instrumentos de Avaliação Inicial.</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: vantagens e dificuldades”  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 2  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 17/10/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);  - Identificar várias formas de pagamento de compras;  - Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;  - Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento do dinheiro e formas de pagamento;</li> <li>• Importância, vantagens e dificuldades no planeamento do orçamento mensal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: orçamento mensal”  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 3 e 4  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 22/10/2013 e 24/10/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Reconhecer o valor do seu orçamento mensal;  - Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas);  - Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal;  - Gerir gastos extras (despesas ocasionais);  - Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor do Orçamento Mensal;</li> <li>• Identificar gastos fixos, previstos e extras;</li> <li>• Construir um plano de gastos mensais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Folhas, lápis e máquina de calcular;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”</li> <li>• “Plano de Gastos Mensais”</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: simulação de compras”  <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 5  <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo  <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto  <b>Data:</b> 29/10/2013  <b>Hora:</b> 17h30m  <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3  <b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b>  - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  - Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro;  - Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal;  - Consciencializar para o real custo de compras;  - Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal;  - Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância do Orçamento Mensal;</li> <li>• Exercício 1: identificar gastos fixos, previstos e extras</li> <li>• Identificar estratégias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> <li>• Método Rol-play</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Folhas, lápis e máquina de calcular;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Computador (apresentação em Power Point) e data show;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”</li> <li>• “Plano de Gastos Mensais”</li> </ul>

<p><b>Tema:</b> “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: realização de compras”</p> <p><b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 6 e 7</p> <p><b>Tipo de Sessão:</b> Grupo</p> <p><b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p><b>Data:</b> 05/11/2013 e 06/11/2013</p> <p><b>Hora:</b> 17h30m</p> <p><b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p><b>Duração:</b> 60 minutos</p>		<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;</p> <p>- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente;</p> <p>- Praticar o manuseamento do dinheiro,</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder à compra dos produtos planeadas;</li> <li>• Estratégias para uma eficaz gestão do Orçamento Mensal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrinho de compras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”.</li> <li>• “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”</li> </ul>

<b>Tema:</b> “PTGEUD _ Avaliação Final <b>Nº de Sessão:</b> Sessão nº 8 <b>Tipo de Sessão:</b> Grupo <b>Responsáveis:</b> Carla Azevedo e Sílvia Peixoto <b>Data:</b> 14/11/2013 <b>Hora:</b> 17h30m <b>Local:</b> Unidade de Vida Apoiada 2 e 3 <b>Duração:</b> 60 minutos		<b>Objetivo Geral:</b> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal.  <b>Objetivos Específicos:</b> - Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente; - Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
<b>Introdução</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir um panfleto sobre o PTGEUD;</li> <li>• Avaliação Final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo/interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> <li>• Instrumentos de avaliação final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação/Atenção demonstrada pelos utentes</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais ideias;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método participativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas e Cadeiras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Registo de Presenças”;</li> <li>• “Grelha de Observação da Sessão”;</li> <li>• “Preenchimento de instrumentos de Avaliação Final.</li> </ul>

**Anexo III \_ Planos de Avaliação**

Quadro 1: AS\_ Registo de Presenças

NOME DA PARTICIPANTE	Unidad e de Vida Apoiada	Ses são nº1	Ses são nº2	Ses são nº3	Ses são nº4	Ses são nº5	Ses são nº6	Ses são nº7	Ses são nº8

**Legenda:** D – Desistiu / F – Faltou / P – Presente

**Nota:** O “Quadro 1: AS\_ Registo de Presenças” deve ser aplicado em todas as sessões

Quadro 2: AS\_ Grelha de Observação da Sessão

Nome da Participante	UVA	Motivação	Atenção/ Concentração	Participação	Interesse	Interação	Comportamento	Observações

**LEGENDA:**

**Motivação:** 0 - Recusou integrar o grupo  
 1 - Necessitou de persuasão  
 2 - Aderiu espontaneamente

**Atenção/ Concentração:** 0 – Nula  
 1 - Alguma, com baixas de concentração  
 2 - Na maior parte da sessão  
 3 - Em toda a sessão

**Participação:** 0 - Não há resposta  
 1 - Poucas respostas; não colabora  
 2 - Participa ativamente, quando motivado  
 3 - Participa ativamente, sem necessidade de motivação

**Interesse:** 0 - Não demonstrou sinal de interesse  
 1 - Demonstrou sinal ocasional  
 2 - Interessou-se a maior parte da sessão  
 3 - Interessou-se durante toda a sessão

**Interação:** 0 - Nenhuma interação  
 1 - Só fala quando questionado  
 2 - Responde a outros membros do grupo  
 3 - Interage espontaneamente

**Comportamento:** 0 - Agitado  
 1 - Inquieto  
 2 - Desorganizado  
 3 - Adequado

Nota: O “Quadro 2: AS\_ Grelha de Observação da Sessão” deve ser aplicado em todas as sessões.

**Quadro 3: AS\_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4**

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Reconhece o valor do seu orçamento			
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Planeia gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			

**Quadro 4: AS\_ Plano de Gastos Mensais**

Nome da Participante: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Gastos</b>	<b>Descrição dos Objetos</b>	<b>Data da Compra</b>	<b>Valor de Custo</b>
<b>Gastos Fixos</b>			
<b>Gastos Previstos</b>			
<b>Gastos Extra</b>			

<b>Total dos Gastos previstos</b>	
<b>Valor do seu Rendimento Mensal</b>	
<b>Saldo Previsto</b>	

Quadro 5: AS\_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Identifica gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			
Define pelo menos 1 estratégia			

**Anexo IV \_ Panfleto**



## Descrição

O "Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro" (PTGEUD) é desenvolvido na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

É destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada.

Tem um total 8 sessões desenvolvidas em grupo fechado, e periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

## Objetivos



### Objetivo Geral:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

### Objetivos específicos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);
- Elaborar um "Plano de Gastos Mensais";
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro;
- Realizar as compras previstas no "Plano de Gastos Mensais";
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

## Resultados Esperados

Com este programa pretende-se que as participantes possam atingir os seguintes resultados:

- Identificação de vantagens e dificuldade na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um "Plano de Gastos Mensais" para evitar a compra de produtos não necessários;
- Identificação e aplicação de estratégia para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.



## **Anexo VI\_\_Resultados do Programa de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro**



Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 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”.

Tomando consciência desta realidade a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) no Serviço de Reabilitação da CSBJ nomeadamente nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos 2 e 3).

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, uma “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são:

Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

Depois da implementação deste programa passamos então à apresentação dos resultados obtidos. Antes de qualquer intervenção o PTGEUD foi apresentado às possíveis participantes que posteriormente, após o analisarem, decidiram participar no mesmo tendo manifestado o seu consentimento informado.

Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o PTGEUD. Esta caracterização foi realizada na sessão nº1 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfica.

<b>Número de Participantes Iniciais</b>	6 Participantes
<b>Número de Participantes Finais</b>	5 Participantes
<b>Média de Idades</b>	47 anos
<b>Habilitações Literárias</b>	2 Participante - 4.º ano 3 Participantes – 9.º ano
<b>Média do Número de Atividades em que participa</b>	3 Atividades (Mínimo – 2 Atividade) (Máximo – 4 Atividades)
<b>Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ</b>	11 anos (Mínimo – 7 ano) (Máximo – 16 anos)
<b>Média do Tempo de Permanência na unidade de Vida Apoiada</b>	20 meses (Mínimo – 5 meses) (Máximo – 32 meses)

Quadro 2\_Caraterização das Participantes do PTGEUD

O objetivo da caracterização sócio-demográfica é obter dados sobre a nossa amostra. Com estes dados conseguimos compreender que a nossa amostra é constituída por 5 participantes. Inicialmente a amostra era de 6 participantes, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 1 participante não conseguiu iniciar este programa, estabelecendo assim o tamanho da amostra em 5 participantes.

No final da caracterização da amostra procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação inicial de acordo com os objetivos programados. Procedeu-se à aplicação do MMSE para despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou e que pode ser consultado no Gráfico 5.



Gráfico 5\_ Valor MMSE do PTGEUD

Nesta fase inicial para além da aplicação do MMSE também foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação inicial: BELS e Escala de Lawton Brody. Os resultados do questionário da BELS e da escala de Lawton Brody serão apresentados aquando da avaliação final, de forma a podermos comparar, analisar e avaliar a eficácia de toda a intervenção.

Depois da avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões foram utilizadas, para além do registo de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Ao longo de todas as sessões atingiu-se 100% de assiduidade. Este fato pode ser explicado pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justificamos esta adesão pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no início do programa juntamente com as participantes, permitindo assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes.

Relativamente ao horário, uma das nossas preocupações seria a presença de cansaço por parte das participantes visto que as sessões foram realizadas no final do dia no entanto este aspeto não foi observado.

Como já foi referido as sessões implementadas no PTGEUD tiveram, para além da avaliação da assiduidade, uma avaliação de carácter quantitativa e uma avaliação qualitativa. Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Os dados encontram-se apresentados no Anexo X.

Analisando globalmente todas as sessões, conclui-se que as participantes aderiram espontaneamente às diferentes dinâmicas demonstrando a sua motivação e interesse pela temática abordada. Este registo positivo no domínio da motivação, pode-se justificar pela relação terapêutica existente com as participantes do PTGEUD, bem como as mesmas ao terem previamente conhecimento de todo o programa, possibilitou maior disponibilidade e interação ao longo do decorrer das sessões.

No campo da atenção/concentração verificou-se uma grande oscilação entre a pontuação 1 (alguma, com baixas de concentração) e a pontuação 3 (em toda a sessão). Mais de 50% da amostra evoluiu favoravelmente neste domínio, mantendo no final das sessões um bom nível de atenção/concentração. A cotação baixa (pontuação 1) apresentada nas primeiras sessões por 3 participantes, deveu-se ao fato das mesmas sentirem dificuldades na participação de atividades em grupo, o que no final, foi verbalizado pelas mesmas, que se inicialmente estavam renitentes às sessões, as mesmas foram bastante vantajosas.

As participantes que integraram o PTGEUD lidam diariamente com dinheiro e gestão do mesmo. Este fato permitiu que, durante as sessões, fosse possível constatar uma participação constante e interesse na temática, o que facilitou a interação entre todas as participantes. Exemplo disso são os resultados obtidos na grelha de observação quantitativa das sessões,

em que todas as participantes, nestes três parâmetros evoluíram de um nível médio para um nível superior. Em termos de comportamento, todas mantiveram comportamento adequado, exceto a participante 8 que em 50% apresentou um comportamento desadequado, influenciado por motivos pessoais.

Finda a análise quantitativa surge a análise qualitativa que apresentamos e analisamos por sessão com o objetivo de melhor expor o trabalho realizado.

A sessão n.º2 intitulou-se por Treino de Gestão do Dinheiro: vantagens e desvantagens. Nesta sessão pretendia-se que as participantes reconhecessem corretamente o dinheiro (notas e moedas), identificassem a importância do planeamento dos seus recursos económicos mensais, bem como apontassem vantagens e dificuldades na sua execução. Na avaliação qualitativa desta sessão são várias as conclusões obtidas: todas as participantes reconheceram o dinheiro em moedas, no entanto relativamente às notas, apenas reconheceram até 20€. Por este motivo, e solicitado e sugerido por uma das participantes, foram entregues fotocópias das notas com valores mais elevados, para que como a mesma referiu "... posso encontrar uma nota destas e não saber quanto é que vale... assim já sei...".

Nesta sessão também era pretendido que as participantes indicassem a importância de um planeamento adequado dos recursos económicos. Foram vários os aspetos referidos pelas mesmas e que pensamos ser pertinente referi-los em seguida: "... controlamos a vida..", "...para uma pessoa se orientar e para dar valor ao dinheiro...", "... conseguir controlar a vida...", "...para controlar o dinheiro..."

À semelhança do ponto anterior foram indicadas vantagens relativas a um correto planeamento do orçamento mensal: "...porque assim posso comprar um perfume no Boticário...", "... posso comprar as coisas que quero...", "controlo as despesas...", "... serve para gerir bem o dinheiro...", "... posso comprar o melhor...". Através da análise das respostas anteriormente referidas, concluímos que todas as participantes têm consciência dos benefícios e das vantagens de uma correta gestão do orçamento mensal, porém na prática é verificado um défice ao nível na execução correta desta gestão, motivo pelo qual se planeou, elaborou e implementou o PTGEUD.

Relativamente às dificuldades, apenas obtivemos duas respostas: "... é difícil porque tenho de puxar muito pela cabeça..." e "... é difícil porque não me consigo concentrar e dividir o dinheiro...". Com estas respostas denotamos défice de conhecimentos em delinear estratégias para uma eficaz gestão do uso do dinheiro.

Na 3ª e 4ª sessão foi abordado o tema orçamento mensal, em que era pretendido em que as participantes reconhecessem o valor do seu orçamento mensal e que elaborassem um plano de gastos mensais que incluiu gastos fixos, previstos e extras. Com a realização destas sessões, constatamos que existiam lacunas a este nível, nomeadamente o fato das participantes não terem conhecimento dos seus rendimentos mensais, o que dificulta a correta gestão dos mesmos. Esta gestão também é dificultada uma vez que as participantes recebem mensalmente um quantia estabelecida conforme as suas necessidades mensais, sempre que justifique e assim não tomam consciência do real valor do seu rendimento mensal.

Estas sessões foram bastante vantajosas pois foi possível garantir que todas as participantes tomassem conhecimento do seu rendimento mensal. Ao adquirirem este conhecimento, foram de particular interesse analisar as reações, na maioria dos casos, as participantes ficaram surpreendidas com o valor do seu rendimento mensal, pois não sabiam que como as mesmas referiram "... não sabia que recebia tanto...".

Através destas sessões foi possível fazer a distinção entre gastos fixos, previstos e extras. Este aspeto é bastante importante para obter uma correta gestão do orçamento mensal na medida que, através deste exercício conseguimos organizar e planear devidamente os gastos. De um modo geral todas as participantes apresentaram algumas dificuldades na sua execução, por vários motivos: dificuldade na distinção entre os diferentes gastos, não tinham ideia global dos valores que gastam na compra dos seus bens e/ou produtos, e ainda o fato de não conhecerem a globalidade do seu rendimento mensal também dificultou a realização do "plano de gastos mensais."

Para colmatar estas necessidades, realizou-se na sessão 5 um treino de simulação de compras que teve como objetivo elaborar um plano de gastos mensais, a partir de um exemplo dado. As dificuldades mantiveram-se mas a um nível menor, dado a experiência já adquirida nas duas sessões anteriores.

Após a simulação de compras realizamos as sessões 6 e 7 que contemplavam a realização de compras previstas no plano de gastos mensais elaborados nas sessões anteriores. Estas sessões possibilitaram às participantes praticarem a realização de compras, manusearem o dinheiro, aplicando sempre que necessário, estratégias que permitiram uma gestão adequada.

Globalmente todas as participantes cumpriram os objetivos definidos. Conseguiram realizar pelo menos uma comprar de um produto fixo, produto previsto e extras que estavam contemplados no plano de gastos mensais. Durante estas compras, as participaram alguns défices na sua execução, especialmente na seleção dos produtos pretendidos, não tendo total autonomia em avaliar qual o mais indicado, de acordo com a melhor relação preço/qualidade.

Aquando do pagamento das compras foi possível observar os défices que as participantes apresentam a este nível, quer seja na iniciativa e autonomia na realização do pagamento, como também na verificação/confirmação do troco.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes das unidades de vida apoiada necessitam de mais intervenções a este nível, particularmente o treino das compras e manuseamento do dinheiro, pois conseqüentemente melhorará o desempenho ao nível da gestão do orçamento mensal.

Na 8ª sessão, como referido anteriormente, foi realizada a avaliação final tendo sido aplicados para este efeito novamente o questionário BELS e a Escala de Lawton e Brody e foi realizado um panfleto ilustrativo ao tema, incluído no manual do PTGEUD (Anexo IV).

Relativamente aos resultados obtidos com o PTGEUD iremos apresentar e analisar dados comparativos entre a avaliação inicial e a avaliação final. Os resultados obtidos relativamente à escala de desempenho, para cada domínio da BELS, serão apresentados e analisados individualmente para cada participante. Os resultados pormenorizados da ficha de cotação da

BELS podem ser consultados na base de dados do PTGEUD (Anexo X). Não iremos analisar os resultados da escala de oportunidade pois não existe diferença neste item comparativamente entre a avaliação inicial e final.

Nos Gráficos 6,7,8,9 e 10 abaixo expostos, relativos às participantes 4,5,6,7 e 8 observamos uma variação positiva relativamente ao domínio Competências Domésticas e Competências Comunitárias. No domínio do Autocuidado e o domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.

A nível das competências domésticas houve evolução na escala de desempenho dos itens 13 e 14 respetivamente compra de produtos alimentares e compras, ao passo que no domínio das competências comunitárias só houve melhoria na utilização do dinheiro/orçamento.



Gráfico 6\_ Resultados da Participante 4



Gráfico 7\_ Resultados da Participante 5



Gráfico 8\_ Resultados da Participante 6



Gráfico 9\_ Resultados da Participante 7



Gráfico 10\_ Resultados da Participante 8

A aplicação da Escala de Lawton e Brody no PTGEUD deveu-se ao facto da mesma avaliar as atividades instrumentais de vida diária, em particular o uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade no cumprimento da medicação e uso do dinheiro. Esta escala permite catalogar o nível de dependência nas atividades instrumentais de vida diária em: dependente, dependência moderada e muito de pendente. No final de toda a intervenção, todas as participantes melhoraram o desempenho no domínio “fazer compras” e “uso do dinheiro”, como pode ser observado no quadro 3.

PARTICIPANTE	Uso do Telefone		Fazer Compras		Preparar a comida		Cuidar da casa		Lavar a roupa		Uso de meios de transporte		Responsabilidade no cumprimento da medicação		Uso do dinheiro		Pontuação Total	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Participante 4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 8	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0

Quadro 3 Escala de Lawton e Brody

## Poster\_PTGEUD

# Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro



Carla Azevedo <sup>(1)</sup> e Sílvia Peixoto <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

## Introduction/Resume

Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica. A principal área de intervenção é a gestão dos recursos económicos algo que é deficitário e que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”.

Por conseguinte, a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

## Objetivos

### Objetivo Geral:

Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

### Objetivos específicos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”;
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro.

## Métodos

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com prioridade bissemanal durante o período de 1 mês. Serão sessões em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes), terão a duração de 60 minutos cada e serão implementadas nas Unidades de Vida Apoiada (em 2 apartamentos terapêuticos).

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação

Número de Participantes Iniciais	6 Participantes
Número de Participantes Finais	5 Participantes
Média de Idades	47 anos
Habilitações literárias	2 Participante - 4.º ano 3 Participantes - 9.º ano
Média do Número de Atividades em que participa	3 Atividades (Mínimo – 2 Atividades) (Máximo – 4 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ	11 anos (Mínimo – 7 anos) (Máximo – 16 anos)
Média do Tempo de Permanência na unidade de Vida Apoiada	20 meses (Mínimo – 5 meses) (Máximo – 32 meses)

Quadro 1\_Caraterização das Participantes

## Resultados Obtidos

Obtivemos uma taxa de assiduidade de 100% de assiduidade. Este fato pode ser explicado pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justificamos esta adesão pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no início do programa juntamente com as participantes, permitindo assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes. Relativamente ao horário, uma das nossas preocupações seria a presença de cansaço por parte das participantes visto que as sessões foram realizadas no final do dia no entanto este aspeto não foi observado.

Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Ocorreu uma evolução positiva em todos os parâmetros acima referidos.

A aplicação do questionário BELS no PTGEUD deveu-se ao facto do mesmo ter sido concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada, nomeadamente os domínios Competências Domésticas e Competências Comunitárias.

A aplicação da Escala de Lawton e Brody no PTGEUD deveu-se ao facto da mesma avaliar as atividades instrumentais de vida diária, em particular o uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade no cumprimento da medicação e uso do dinheiro.

PARTICIPANTE	Uso de Telefone		Fazer Compras		Preparar comida		Cuidar da casa		Lavar a roupa		Uso de meios de transporte		Responsabilidade no cumprimento da medicação		Uso do dinheiro		Participação Total		
	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final			
Participante 1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	
Participante 2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Participante 3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Participante 4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Participante 5	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Quadro 2 \_Escala de Lawton e Brody

## Conclusões

Podemos denotar uma variação positiva relativamente ao domínio Competências Domésticas e Competências Comunitárias. No domínio do Autocuidado e o domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.

No final de toda a intervenção, todas as participantes melhoraram o desempenho no domínio “fazer compras” e “uso do dinheiro”, como pode ser observado no quadro 2. Concluímos também que o objetivo geral e os objetivos específicos inicialmente planeado foram alcançados.

## Referências Bibliográficas

- AMARAL, A.C. *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência, 2010  
 CORDO, M. – *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.  
 Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVER5%3%8302.aspx>.

## **Anexo VII\_ Consulta de Enfermagem**





Irmãs  
Hospitaleiras

---

## **PROPOSTA DE PROJETO**

Consulta de Enfermagem

GIS – Gabinete Integrado de Serviços

2014

## ÍNDICE

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

### Anexos

Anexo I\_ Caracterização dos Utilizadores da USO

Anexo II\_ Programa de AVD – Higiene

Anexo III\_ Programa de AIVD – Medicação

Anexo IV\_ Programa de Educação para a Saúde

Anexo V\_ Panfleto Informativo sobre a Consulta de Enfermagem

## **1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver**

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação, assim como a reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Paixão e Valério, 2008).

De acordo com a bibliografia consultada e com a observação da prática clínica tornou-se fundamental e imprescindível pensar e elaborar um programa de implementação para consulta de enfermagem especialista em saúde mental e psiquiatria. Esta consulta de enfermagem tem como objetivo primordial “Prestar cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO” e apresenta como população alvo de intervenção os utilizadores da unidade sócio-ocupacional (USO) Bento Menni – que constitui uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Será realizada uma vez por semana, às 4<sup>ª</sup> no turno da manhã, nas instalações do GIS e com a duração de 40 minutos por consulta de enfermagem. A divulgação da consulta de enfermagem passa por transmissão de informação verbal aos diferentes terapeutas de referência e através da elaboração de um panfleto que contém os objetivos e as intervenções fundamentais (que se encontra em Anexo V)

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Medicação, AVD – Higiene e Educação para a Saúde. Os programas surgiram após uma avaliação das necessidades não satisfeitas dos utilizadores da USO, baseadas na constante observação da prática clínica e na opinião dos distintos terapeutas de referência que compõem a equipa multidisciplinar do GIS.

O utilizador USO será referenciado para a consulta de enfermagem através do seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente será realizada a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delimitação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

## **2. Destinatários**

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO, a sua caracterização encontra-se em Anexo I, no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;
- Necessidades de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria.

## **3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)**

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

#### **4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico**

Durante a segunda metade do século XX, verificou-se um aumento da consciencialização da importância da pessoa e dos seus direitos o que transformou a nossa perspetiva em relação à característica das respostas dos serviços para pessoas com doença mental. (Narigão, 2012) Através desta consciencialização, passamos a valorizar uma intervenção abrangente e integradora mais centrada na saúde mental e menos na intervenção psiquiátrica. Esta mudança traduziu-se na reforma dos grandes centros psiquiátricos e na disponibilização de respostas na comunidade adaptadas às necessidades da pessoa com doença mental. (Narigão, 2012)

Esta mudança adaptada às necessidades da pessoa com doença mental também se verifica a nível da prestação dos cuidados de enfermagem. As funções de enfermagem estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, na ajuda ao doente a criar estratégias para lidar com a sua doença mental e na capacidade de assistência à pessoa, à família/cuidador e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da doença. (Scatena e Villela, 2004) Para o enfermeiro implementar as suas ações, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear um campo de ação com tomada de decisões, planejar e avaliar a intervenção. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico. (Scatena e Villela, 2004)

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação, assim como a reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Paixão e Valério, 2008).

A consulta de enfermagem deve ter uma visão holística, captando toda a informação sensível aos cuidados proveniente da pessoa, possibilitando um diagnóstico preciso e um planeamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo para obtenção de ganhos em saúde. É um espaço onde se tenta obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, segurança e onde enfermeiro e pessoa definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde (Barcelos, 2005).

Perante a situação de cada pessoa, o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação da pessoa à sua doença (Medalhas, 2005). Estas consultas possuem o intuito de auxílio à pessoa em transição, utilizando um conjunto de competências que ao serem postas em prática permitem dar visibilidade à forma como o enfermeiro aplica o saber adquirido e o saber vivido

(Barcelos, 2005). Neste contexto, do ponto de vista educacional, o enfermeiro deve adequar o modelo de aprendizagem que mais se adapta ao doente, respeitando as necessidades e expectativas do mesmo em relação ao tratamento (Medalhas, 2005).

O enfermeiro tem igualmente um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da pessoa e por isso deve desenvolver competências para a ajudar a aceitar o tratamento e aderir com segurança ao plano de cuidados delineados, envolvendo-o no mesmo. (Medalhas, 2005). Deste modo, na Consulta de Enfermagem é indispensável propiciar momentos para que a pessoa verbalize os seus receios e problemas, procurando saber como a pessoa está a encarar a situação de doença, de forma a encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o indivíduo e a família a ultrapassar o momento delicado (Medalhas, 2005). Este é inequivocamente um grande desafio, que atribui à pessoa um papel ativo na estimulação das suas aptidões de forma a ultrapassar saudavelmente o seu processo de transição.

## 5. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Prestar cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar necessidades e diagnósticos de enfermagem dos utilizadores da USO;
- Planear intervenções adequadas a cada utilizador;
- Colaborar na construção do Plano Individual de Intervenção;
- Desenvolver competências a nível da AIVD - Medicação;
- Desenvolver competências nível da AVD - higiene;
- Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de situação de crise;
- Realizar Psicoeducação a utilizadores e familiares/cuidadores.

## 6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

A metodologia utilizada para a execução da consulta de enfermagem baseia-se no processo de enfermagem. Foi aceite como metodologia científica da enfermagem, que o processo de enfermagem consiste em seis fases e utiliza uma abordagem de resolução de problemas. É orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade. Este processo é dinâmico e não estático, é contínuo e continua enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente.

As seis fases do processo de enfermagem são: (Re)apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados esperados, Planeamento, Implementação e Avaliação.

Fases do Processo de Enfermagem	Caracterização
<b>Fase I _ (Re)Apreciação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa.</li> <li>- Reunida informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o cuidado mais adequado para a pessoa.</li> <li>- Avaliação Inicial de Enfermagem</li> </ul>
<b>Fase II _ Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise dos dados de avaliação para determinar diagnósticos de enfermagem;</li> <li>- Identificação de diagnósticos de enfermagem por prioridades.</li> </ul>
<b>Fase III _ Identificação dos Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São identificados os resultados esperados para um plano personalizado para a pessoa;</li> <li>- Definição dos objetivos mensuráveis esperados;</li> </ul>
<b>Fase IV _ Planeamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve um plano que inclui estratégias e alternativas para obter os resultados esperados (Elaboração do Plano Individual de Intervenção juntamente com a pessoa, pessoas significativas e equipa multidisciplinar);</li> </ul>
<b>Fase V _ Implementação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São executadas as intervenções selecionadas durante a fase IV.</li> <li>- A documentação das intervenções também ocorre nesta fase.</li> </ul>
<b>Fase VI _ Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação é o processo utilizado para determinar o progresso do cliente em direção à obtenção dos resultados esperados e a eficácia dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Apreciação do progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados;</li> <li>- Avaliação do sucesso das intervenções;</li> </ul> <p>Os diagnósticos, resultados e o plano de cuidados são revistos.</p>

**Quadro 1\_ Fonte Bibliográfica\_ Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.**

## 7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Gestão do Regime Terapêutico, AVD – Higiene e Educação para a Saúde. Os programas surgiram após uma avaliação das necessidades não satisfeitas dos utilizadores da USO, baseadas na constante observação da prática clínica e na opinião dos distintos terapeutas de referência que compõem a equipa multidisciplinar do GIS.

A definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”, surge devido à carência de intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nesta temática. Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene. O programa de treino terá a duração de 3 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS a sessão 1 e 36 e as restantes pelas Ajudantes de Ocupação. Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino do autocuidado higiene e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção. O Programa “Atividade de Vida Diária – Higiene ” encontra-se descrito no Anexo II.

O programa de treino “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” destina-se aos utilizadores da USO, apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do

regime terapêutico. Este programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais, de periodicidade quinzenais e com a duração de aproximadamente 40 min. por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS. O programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção. O Programa “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” encontra-se descrito no Anexo III.

Para implementar o presente programa será utilizado o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas portadoras de doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário. Este programa apresenta como população-alvo os utilizadores da USO, com a modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30. O Programa EPS encontra-se descrito no Anexo IV.

O utilizador USO será referenciado para a consulta de enfermagem pelo seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente será realizada a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delineação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

## **8. Impacto previsto do Projeto**

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Realizar um plano individual de intervenção;
- Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico;
- Aumentar a autonomia na prática do autocuidado higiene;
- Melhorar hábitos de vida: alimentação e exercício físico.
- Identificar sinais e sintomas de recaída.

## **9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)**

O presente programa será implementado de acordo com as intervenções definidas e que se encontram descritas em anexo deste documento.

## **10. Acompanhamento e avaliação do projeto**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem do GIS mediante a metodologia e as estratégias definidas anteriormente.

## **11. Indicadores/resultados a atingir**

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade nas consultas de enfermagem programadas;
- Concretização dos objetivos definidos;
- Autonomia do utilizador da USO na gestão do seu regime terapêutico;
- Autonomia do utilizador da USO no autocuidado higiene;
- Manutenção do peso corporal;
- Ausência de reinternamentos.

**Nota:** todos estes indicadores serão avaliados através dos instrumentos de avaliação contemplados nos programas definidos

## **12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto**

Prevê-se que a consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiatria seja implementada no GIS com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

## **13. Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

#### 14. Bibliografia

- Amaral, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- Barcelos, M. O. S. F. (2005) – Representação social da consulta de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado.
- Cordo, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Medalhas, Helena J. (2005) – Consulta de enfermagem e ensino ao doente. Nursing. Ano 16, nº 195, p. 41-43.
- Narigão, M. (2012). Cuidados continuados em saúde mental: reflexão sobre respostas para pessoas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (8), 58-62, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8 (DEZ.,2012)
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 289859/09
- Paixão, A. e Valério, I. (2008) – A consulta de enfermagem do utente hipertenso no Centro de Saúde do Bonfim, Extensão de Santa Maria. Sinais Vitais. Nº 77, p. 45-48.
- Scatena, M.; Villela, S. (2004). A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. Revista Brasileira de Enfermagem (6),738-41. Brasília (DF) 2004 (nov/dez 2004);57(6):
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

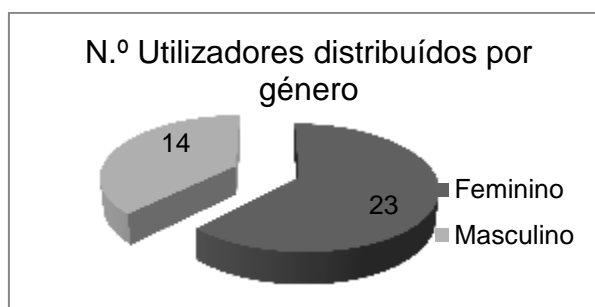
## Anexo I\_ Caracterização dos Utilizadores da USO

### Caracterização dos Utilizadores da USO

O GIS disponibiliza um conjunto de serviços integrados de reabilitação psicossocial na comunidade, promovidos por uma equipa multidisciplinar que o GIS contempla, nomeadamente Consultas da Especialidade, a Unidade Sócio-Ocupacional (USO), Formação e Integração Profissional e o Apoio Domiciliário. Ao nível das intervenções realizadas prendem-se com Actividades Ocupacionais, Formação Profissional Inicial, Reabilitação Cognitiva, Treino Competências Sociais, Treino das AVD's e Treino das AIVD's. Os destinatários deste gabinete são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde.

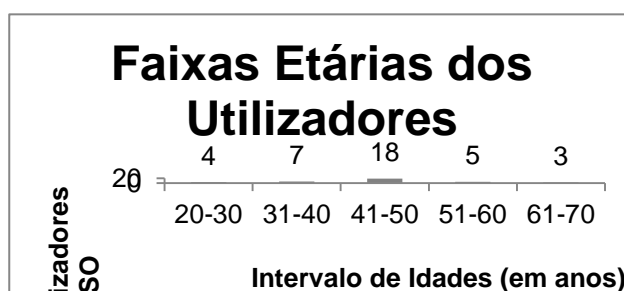
A Consulta de Enfermagem apresenta como destinatários os utilizadores da USO, que de seguida se apresentará uma breve caracterização da população-alvo desta intervenção. Esta caracterização contempla dados relativos ao mês de janeiro de 2014.

Dos 37 utilizadores inscritos nas atividades da USO, no mês de janeiro de 2014, 23 são mulheres e 14 são homens, como se pode observar no Gráfico 1.



**Gráfico 1: Distribuição dos utilizadores USO género**

No parâmetro da idade, e analisando os dados por intervalos de idade observa-se que, no Gráfico 2, existe um maior número de utilizadores na faixa etária dos 41-50 anos (18). A média de idade dos utilizadores situa-se nos 44 anos, sendo que a idade máxima situa-se nos 69 anos e a o utilizador mais jovem tem 23 anos.



**Gráfico 2: Idade dos Utilizadores apresentada por intervalos**

Relativamente à origem da referência para o USO, ou seja, o proponente, verifica-se que a maioria das referências foi iniciativa do próprio utilizador (15) ou foi alguma instituição (14), como se observa no Gráfico 3.

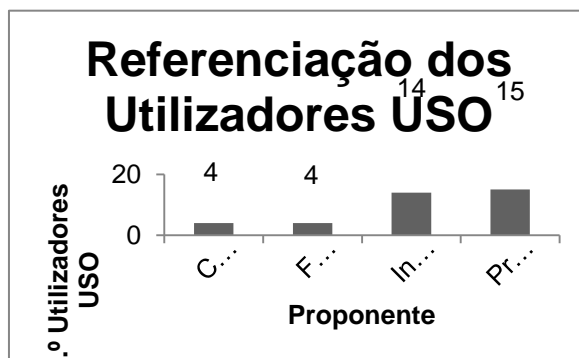


Gráfico 3: Proponentes dos Utilizadores USO

No que diz respeito à localidade dos utilizadores, de acordo com o Gráfico 4, constatamos que a maioria dos utilizadores reside no concelho de Braga (33), fato explicado pois o GIS situa-se na cidade de braga, sendo os acessos ao mesmo mais facilitados. A nacionalidade de todos os utilizadores é portuguesa.

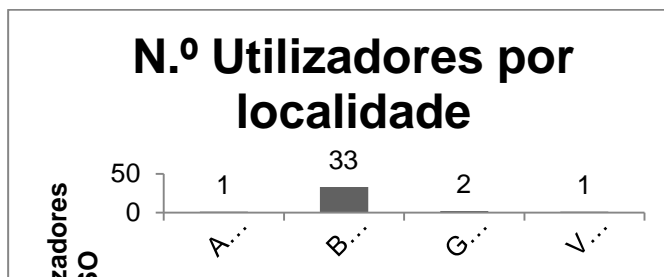


Gráfico 4: Utilizadores USO por localidade

Através do Gráfico 5, foi possível caracterizar a nossa amostra de acordo com o estado civil. Verificou-se que os utilizadores da USO são maioritariamente solteiros (20), seguindo os divorciados (8), casados (7) e viúvos (2).

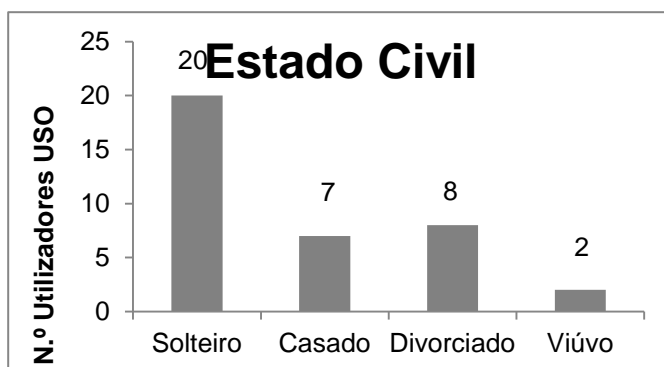
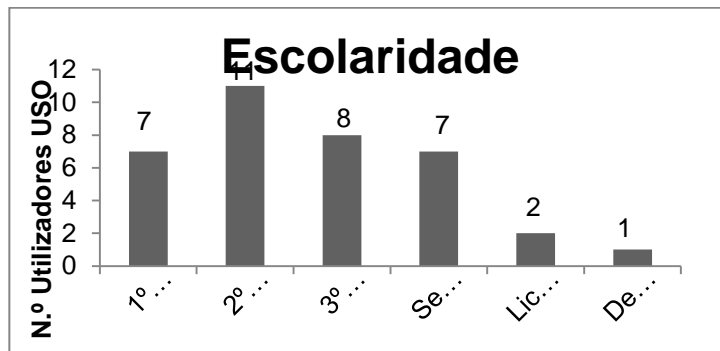


Gráfico 5: Utilizadores USO por estado civil

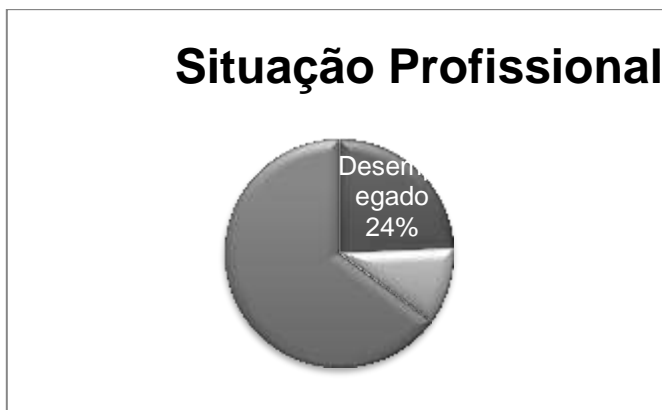
No item da escolaridade, Gráfico 6, pode-se verificar que os valores são diversificados, com maior concentração no 2º ciclo (11), seguindo-se o 3º ciclo (8) e logo de seguida o 1º ciclo e o

Secundário com mesmo número de utilizadores (7). A licenciatura é a escolaridade que apresenta menos número de utilizadores, apenas 2.



**Gráfico 6: Utilizadores USO distribuídos por Escolaridade**

Verifica-se no Gráfico 7, que quanto à situação profissional os utilizadores da USO são na sua maioria reformados (65%), desempregados (24%) e apenas 11% dos utilizadores exercem alguma atividade profissional.



**Gráfico 7: Utilizadores USO distribuídos por Situação Profissional**

Na USO todas as intervenções estão organizadas por “tempos”, cada tempo equivale a uma manhã ou uma tarde. Através da observação do Gráfico 8, constatamos que a maioria dos utilizadores (16) frequenta na maioria “1 a 3 tempos” e 14 utilizadores de “4 a 7 tempos”. Apenas 7 utilizadores estão inscritos de “8 a 10 tempos”.



**Gráfico 8: Utilizadores USO distribuídos por intervalo de tempos inscritos**

Anexo II\_ Programa de AVD – Higiene



Irmãs  
Hospitaleiras



## ÍNDICE

1. Descrição projeto/inação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

## **1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver**

Um dos objetivos da reabilitação consiste na emancipação do utente, procurando criar oportunidades para que pessoas com diagnóstico de doença mental vivam, aprendam e trabalhem em suas próprias comunidades (Stuart e Laraia, 2001). Daí ser necessária assistência por parte das equipas de reabilitação no desenvolvimento das aptidões sociais. (Cordo, 2003).

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene que carece de intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Neste sentido surgiu a definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”. Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), sendo esta parte integrante de uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene.

Este programa de treino terá a duração de 3 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS a sessão 1 e 36 e as restantes pelas Ajudantes de Ocupação.

O treino da AVD – Higiene corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação da escala Basis Everyday Living Skills (BELS) que avalia as competências básicas de vida diária.

## **2. Destinatários**

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

- Estabilização clínica;
- Défices na Atividade de Vida Diária – Higiene.

## **3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)**

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem e as Ajudantes de Ocupação que compõem a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

## **4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico**

Entende-se por reabilitação psicossocial 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 nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde, OMS 2001, “A reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.”

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 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.”

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção.

Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar o autocuidado higiene das pessoas que se encontram na unidade de vida protegida. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2, o autocuidado define-se como sendo uma “atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

## **5. Descrição dos Objetivos do Projeto**

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Executar autonomamente o autocuidado higiene.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene;
- Efetuar autonomamente o autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral).

## 6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram o USO.

Tem uma duração de 3 meses e encontra-se estruturado em 36 sessões que incluem:

- 1.ª Sessão – Avaliação inicial do utilizador USO;
- Da 2.ª Sessão à 35.ª Sessão – Sessões teóricas e práticas sobre o autocuidado higiene;
- 36.ª Sessão – Avaliação final do utilizador USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de 30 min. e serão asseguradas pelas ajudantes de ocupação, exceto na sessão nº1 e nº 36 que será assegurada pela equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de atividade de vida diária – higiene

## 7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A intervenção “Atividade de Vida Diária – Higiene” encontra-se estruturada nas seguintes fases: **FASE I** – 1.ª Sessão – Avaliação inicial do utilizador USO;

**FASE II** – Da 2.ª Sessão à 35.ª Sessão – Sessões teóricas-práticas sobre o autocuidado higiene;

**FASE III** – 36.ª Sessão – Avaliação final do utilizador USO.

### FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador USO

#### 1.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR USO

##### Objetivos:

- Proceder à avaliação inicial de enfermagem e avaliação de conhecimentos e experiências;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na realização do autocuidado higiene;
- Reconhecer a importância do autocuidado higiene.

##### Conteúdos:

- Introdução (motivo do acompanhamento);
- Partilha de experiências relativamente ao banho e higiene oral;
- Preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem;

- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Aplicação da Escala de Lawton e Brody;
- Aplicação da Escala BELS;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Escala)

**Material:** Gabinete e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

**Tempo estipulado:** 40 minutos

## FASE II

Sessões sobre o autocuidado higiene

### 2.ª A 12.ª SESSÃO – TREINO DO AUTOCUIDADO HIGIENE

---

#### Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
  - Reconhecer a importância do Autocuidado Higiene;
  - Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
  - Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Higiene;
  - Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
  - Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);

#### Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Reconhecer a importância do Autocuidado Higiene;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão)

**Material:** WC do GIS, material necessário para o autocuidado higiene (toalhas de banho, gel de banho, champô, esponja, creme hidratante, corta unhas, escova do cabelo, pasta dentífrica, escova de dentes, roupa pessoal limpa, luvas e avental).

**Tempo estipulado:** 40 minutos

### 13.ª A 35.ª SESSÃO – SUPERVISÃO DO AUTOCUIDADO HIGIENE

---

#### Objetivos:

- Reconhecer e utilizar corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene;
- Reconhecer e aplicar corretamente a sequência prática do Autocuidado de Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral).

#### Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Reconhecer e utilizar corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
- Reconhecer e aplicar corretamente a sequência prática do Autocuidado Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão)

**Material:** WC do GIS, material necessário para o autocuidado higiene (toalhas de banho, gel de banho, champô, esponja, creme hidratante, corta unhas, escova do cabelo, pasta dentífrica, escova de dentes, roupa pessoal limpa, luvas e avental).

**Tempo estipulado:** 40 minutos

### FASE III

Monitorização e avaliação da Pessoa Assistida

### 36.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR USO

#### Objetivos:

- Proceder à avaliação final do Utilizador da USO.

#### Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Preenchimento da Avaliação Final;
- Aplicação da Escala de Lawton e Brody;
- Aplicação da Escala BELS;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Escala)

**Material:** Gabinete e fotocópias dos instrumentos de avaliação

**Tempo estipulado:** 40 minutos

### 8. Impacto previsto do Projeto

Com a implementação desta intervenção os utilizadores USO deverão:

- Melhorar a autonomia no autocuidado higiene (avaliado através dos indicadores da BELS);
- Efetuar autonomamente o autocuidado higiene (avaliado através do registo de presenças e da grelha de observação).

### 9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)

O presente programa será implementado de acordo com um plano de sessões e avaliação definidos e apresentados em anexo deste documento e prevê-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

### 10. Acompanhamento e avaliação do projeto

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem do GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística. Prevê-se igualmente reuniões semanais com as ajudantes de ocupação para monitorizar a implementação da intervenção.

## 11. Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Autonomia do utilizador USO no Autocuidado Higiene.

## 12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores GIS.

## 13. Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

## 14. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Direcção Geral da Saúde (2007). Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: - Nova concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-12-02]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.asp>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Edição Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal nº. 322898/11
- PALHA, F. O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

Anexo III\_ Programa de AIVD – Medicação



Irmãs  
Hospitaleiras

## **PROPOSTA DE PROJETO**

Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação  
GIS – Gabinete Integrado de Serviços  
2014

## ÍNDICE

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

## 1. Descrição projeto/inação a desenvolver

As evidências afirmam que um dos "principais problemas com que o sistema de saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde cujas consequências tanto se refletem na morbidade e mortalidade" (...). (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009)

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.

Foi neste sentido que surgiu a definição do programa de treino intitulado "Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação". Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), sendo esta parte integrante de uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico.

Este programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais, de periodicidade quinzenais e com a duração de aproximadamente 40 min. por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS.

O treino da AIVD – Medicação corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação da escala de Medida de adesão ao Tratamento (MAT) e o questionário de crenças acerca dos fármacos (QCF).

A MAT pretende principal medir especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, incluindo a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelos médicos e a QCF avalia a crença das pessoas acerca dos medicamentos.

Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção.

## 2. Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;
- Défices na AIVD – Medicação.

### **3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)**

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

### **4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico**

Um dos objetivos da reabilitação consiste na emancipação do utente, procurando criar oportunidades para que pessoas com diagnóstico de doença mental vivam, aprendam e trabalhem em suas próprias comunidades (Stuart e Laraia, 2001). Daí ser necessária assistência por parte das equipas de reabilitação no desenvolvimento das aptidões sociais. (Cordo, 2003).

Segundo Cordo (2003) um dos exemplos de programas facilitadores da reabilitação dos doentes mentais é a preparação para a gestão da medicação.

A adesão é definida, em geral, como sendo “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.” (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009, p.31)

Centenas de estudos envolvendo grupos de clientes e tipos de doenças procuraram quantificar e compreender as questões complexas envolvidas no cumprimento de tratamentos prescritos.

Segundo Stuart e Laraia (2001) um estudo com 253 pacientes psiquiátricos que receberam alta hospitalar nos EUA, descreve que mais de metade dos utentes não conhecia o nome e a dosagem dos seus medicamentos psiquiátricos e o motivo pelo que os tomavam, embora tivessem recebido instruções sobre o medicamento tanto em grupo como individualmente durante a hospitalização. Para os autores os resultados sugerem a necessidade de existirem formas mais ativas de educação sobre medicamentos como por exemplo a auto-preparação e a auto-administração supervisionada previamente à autonomia do utente sobre esta.

As implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, incluindo o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes. Os indivíduos, as famílias e os prestadores de cuidados têm frustrações e aborrecimentos com a não-adesão. Uma folha informativa recente do ICN amplia o conceito de não-adesão, especialmente com terapêuticas a longo prazo, em termos de medicação, fatores que influenciam a adesão e estratégias para a melhoria da adesão. (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009). Utilizando a mesma fonte bibliográfica, os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico são:

- Baixo estatuto socioeconómico;

- Analfabetismo e baixo nível educacional;
- Desemprego;
- Distância dos centros de tratamento;
- Custo elevado do transporte ou da medicação;
- As características da doença;
- Fatores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;
- Crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

De acordo com o seu mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são particularmente os enfermeiros quem desenvolvem, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e as suas famílias. Decorrente da identificação que os enfermeiros fazem, quanto às dificuldades e constrangimentos, cabe-lhes planejar com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso.

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde.

Uma melhor adesão está relacionada com a segurança do doente, traduz-se em melhores resultados de saúde e diminui os custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes. A boa adesão também tem benefícios económicos para o sistema de cuidados de saúde e para o doente. Não há uma forma única de promover a adesão aos regimes de tratamento. Para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais. As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde podem investigar as preferências dos doentes, simplificando os regimes de dosagem etc.

As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar

de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009)

## 5. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico;
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;
- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Preparar autonomamente a sua própria medicação.

Pretende-se que estes momentos de aprendizagem da preparação da medicação não se resumam apenas ao colocar os comprimidos corretamente numa caixa de medicação, mas que vise outros objetivos interligados:

- Estabelecer uma relação de ajuda com o utente;
- Identificar problemas de saúde neste âmbito e noutros;
- Recolher e apreciar dados sobre cada situação que se apresenta;
- Formular diagnósticos de enfermagem;
- Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utilizador que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;
- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação e resposta do utente.

## 6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram a USO.

Tem uma duração de 6 meses e encontra-se estruturado em 12 sessões que incluem:

- 1.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- Da 2.<sup>a</sup> Sessão à 11.<sup>a</sup> Sessão – Sessões teóricas e práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;
- 12.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de aproximadamente 40 min. e serão da total responsabilidade da equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de treino do regime medicamentoso. Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo I e Anexo II respetivamente.

## 7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A intervenção "Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação" encontra-se estruturada nas seguintes fases:

- **FASE I** – 1.ª Sessão – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- **FASE II** – Da 2.ª Sessão à 11.ª Sessão – Sessões teóricas-práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;
- **FASE III** – 12.ª Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

### FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador da USO

#### 1.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR DA USO

---

##### Objetivo:

- Proceder à avaliação inicial de enfermagem e avaliação de conhecimentos e crenças;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;

##### Conteúdos:

- Introdução (motivo do acompanhamento);
- Partilha de experiências relativa à gestão do seu próprio regime terapêutico;
- Preenchimento da Avaliação Inicial, do instrumento de avaliação de necessidades MAT, Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF) e da Grelha de observação da sessão;
- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Solicitar o guia terapêutico prescrito para a próxima sessão;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Escala) e registo de presenças.

**Material:** Gabinete do GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

**Tempo estipulado:** 40 minutos

### FASE II

Sessões teóricas-práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;

#### 2.ª À 6.ª SESSÃO- SESSÕES TEÓRICAS-PRÁTICAS SOBRE A GESTÃO EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO

---

##### Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico;
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;
- Preencher guia terapêutico;
- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Ensinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação;

- Treinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação (com supervisão).

**Conteúdos:**

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do regime terapêutico;
- Explorar os conhecimentos e crenças do utilizador;
- Reconhecer a importância da gestão do regime terapêutico;
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Estimular a preparação da caixa da medicação;
- Treinar a preparação da caixa da medicação, com supervisão.
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão) registo de presenças.

**Material:** Gabinete GIS, caixa de preparação de medicação semana, guia terapêutico, caneta para preencher o guia terapêutico, fotocópia da grelha de avaliação da sessão.

**Tempo estipulado:** 40 minutos

**7.ª À 11ª SESSÃO- SESSÕES PRÁTICAS SOBRE A GESTÃO EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO**

---

**Objetivos:**

- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Treinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação

**Conteúdos:**

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Estimular a preparação da caixa da medicação;
- Treinar a preparação da caixa da medicação, apenas vigiar a preparação
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão) registo de presenças.

**Material:** Gabinete GIS, caixa de preparação de medicação semana, guia terapêutico preenchido, fotocópia da grelha de avaliação da sessão.

**Tempo estipulado:** 40 minutos

**FASE III**

- Avaliação final do utilizador da USO.

**12.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR DA USO**

---

**Objetivo:**

- Avaliação final do Utilizador da USO

**Conteúdos:**

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Preenchimento da Avaliação Final: instrumento de avaliação MAT
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Observação e quantificação de resultados (Escala) registo de presenças.

**Material:** Gabinete GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

**Tempo estipulado:** 40 minutos

## **8. Impacto previsto do Projeto**

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico;
- Executar autonomamente a preparação da caixa de medicação semanal.
- Aumentar adesão...

## **9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)**

O presente programa será implementado de acordo com um plano de sessões e avaliação definidos e apresentados em anexo deste documento, prevendo-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

## **10. Acompanhamento e avaliação do projeto**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem da GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

## **11. Indicadores/resultados a atingir**

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa (Medido através do registo de presenças);
- Melhoria da participação das utentes nas sessões (medido através da grelha de observação);
- Melhorar a adesão ao regime terapêutico (Medido através da MAT).

## **12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto**

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

## **13. Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

#### 14. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 289859/09
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

Anexo IV\_ Programa de Educação para a Saúde



Irmãs  
Hospitaleiras



índice

1. Descrição projeto/inação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

## 1. Descrição projeto/inação a desenvolver

O presente programa intitula-se de “Educação Para a Saúde” e é resultante de uma observação constante da prática clínica em que os défices a este nível são constantemente visualizados. O Objetivo da Educação Para a Saúde (EPS), pela primeira vez expresso na Carta de Ottawa no conceito de promoção da saúde, é o “processo de capacitação das pessoas para aumentar o conhecimento sobre a saúde e a melhorar” (WHO, 1986). Como consequência, a tarefa da EPS é ajudar as pessoas a identificar e auto-dirigir os fatores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia.

Para implementar o presente programa será utilizado o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas portadoras de doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário.

Este programa apresenta como população-alvo os utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional (USO), com a modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30.

A Educação Para a Saúde corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação de instrumentos de avaliação incluídos no programa “Viver em Equilíbrio”.

### Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;
- Risco acrescido de aumento de peso.

## 2. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

### 3. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico

A promoção da Saúde é reconhecida pela Carta de Ottawa (WHO, 1986) como um processo que “(...) visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a saúde, no sentido de a melhorar.” Nesta perspectiva, a pessoa ou grupo deve ser capaz de identificar, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio de forma a atingir o bem-estar físico, mental e social.

Como consequência, a tarefa da educação para a saúde é ajudar as pessoas a identificar e auto-dirigir os fatores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia. Nutbeam (1996) argumenta que nestes processos de capacitação é necessário focarmo-nos nos resultados da promoção da saúde, o que significa colocar a ênfase nos fatores pessoais, sociais e estruturais que determinam a saúde e podem ser modificados.

Para Tones e Telford, a EPS é “(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.25). De acordo com estes autores, a EPS pode influenciar ou clarificar valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Na perspectiva de Amorim, a EPS deve constituir “(...) um processo interactivo, reconhecido e aceite pela comunidade (...)” atribuindo responsabilidades na determinação da saúde e qualidade de vida (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.23).

London, Rankin, *et al.* (2005) definem “Educação do Cliente” com um “processo de influenciar e produzir alterações no conhecimento, atitudes e capacidades necessárias para manter ou melhorar a saúde. É um processo holístico com o objetivo de mudar o comportamento de um doente para beneficiar o seu status de saúde.” (cit in Townsend 2011, p.374). O trabalho de saúde pública e a prevenção primária começavam a ter maior peso e estava a ser enfatizada a importância do ensino da saúde nestas facetas de enfermagem. No **Quadro 1** são expostos alguns dos modelos de enfermagem e o seu foco na educação do cliente.

No século XIX, e educação do cliente ministrada pelos enfermeiros focava-se no tema do saneamento, limpeza e cuidado dos doentes. No entanto, no início do século XX, os enfermeiros educadores ainda expressavam alguma preocupação por estarem ausentes das escolas de enfermagem currículos que tratassem da EPS.

Na última parte do século XX, o foco alterou-se do tratamento da doença para a prevenção da mesma e manutenção da saúde. Os internamentos hospitalares tornaram-se mais curtos e a necessidade de EPS aumentou de modo a preparar os clientes para a recuperação no seu domicílio. Os enfermeiros encontram-se numa posição dominante para proporcionar este conhecimento a nível individual, familiar, a pequenos grupos e a nível da comunidade. É seu dever fazê-lo. (Townsend, 2011)

<b>Modelo Conceptual</b>	<b>Foco da Educação do Cliente</b>
<b>Peplau</b>	A enfermagem é definida como um processo interpessoal. A enfermagem é instrumento educativo, uma força de aperfeiçoamento que tem como objetivo promover o movimento da personalidade na direção de uma vivência criativa, construtiva, produtiva, pessoal e em comunidade
<b>Orem</b>	O sistema de enfermagem apoio-educação é um sistema no qual o cliente é capaz de atuar ou consegue e deve aprender a realizar as medidas necessárias para o auto-cuidado terapêutico mas não pode fazê-lo sem assistência. As técnicas de ajuda incluem apoio, orientação, provisão de um ambiente de desenvolvimento e ensino.
<b>Neuman</b>	A enfermagem preocupa-se com a pessoa com um todo. A enfermagem pode intervir na resposta de um cliente ao stress em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. A educação do cliente é uma intervenção de enfermagem aos três níveis, que têm como objetivo a obtenção, manutenção ou recuperação do máximo bem-estar.
<b>Hendersen</b>	A enfermagem é um processo interpessoal. O enfermeiro assiste o indivíduo na aprendizagem, descoberta ou satisfação da curiosidade que leva ao normal desenvolvimento e saúde. Os clientes aprendem através de exemplos que o enfermeiro dá a através das respostas que o enfermeiro confere às suas perguntas.
<b>Johnson</b>	A prática de enfermagem tem como objetivo a recuperação, manutenção ou obtenção de um equilíbrio do sistema comportamental ao nível mais alto possível. Os enfermeiros intervêm para mudar os elementos comportamentais através da instrução ou aconselhamento e adicionando opções através do ensino de novas competências.
<b>Orlando</b>	A enfermagem é um processo interpessoal. As atividades de enfermagem incluem instruções, sugestões, direções, explicações, informação, pedidos e questões dirigidas ao cliente; tomar decisões pelo cliente; lidar com o corpo do cliente; administrar medicações ou tratamentos e alterar o ambiente direto do cliente.

Fonte Bibliográfica: (Townsend, 2011, p. 374)

**Quadro 1** \_ Foco da Educação do Cliente dentro dos Modelos Conceptuais de Enfermagem

#### **4. Descrição dos Objetivos do Projeto**

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Melhorar hábitos de vida

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na prática de uma alimentação equilibrada;
- Reconhecer a importância de uma correta alimentação;
- Identificar estratégias para realizar uma alimentação equilibrada;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na prática de exercício físico;
- Reconhecer a importância da prática de exercício físico;
- Identificar estratégias para a realização de exercício físico.

#### **5. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas**

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram a USO.

Tem uma duração de 12 meses e encontra-se estruturado em 12 sessões que incluem:

- Sessão 0 – Avaliação inicial do utilizador da USO;

- Da 2.<sup>a</sup> Sessão à 11.<sup>a</sup> Sessão – Sessões sobre alimentação equilibrada e exercício físico;
- 12.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de aproximadamente 2 horas e serão da total responsabilidade da equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de EPS “Viver em Equilíbrio” ou podem sugerir novas temáticas para a realizar de outros programas de EPS.

## 6. Descrição das Atividades a Desenvolver

O programa de EPS “Viver em Equilíbrio” encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** - Sessão 0 – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- **FASE II** - Da 2.<sup>a</sup> Sessão à 11.<sup>a</sup> Sessão – Sessões sobre alimentação equilibrada e exercício físico;
- **FASE III** – 12.<sup>a</sup> Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

### FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador da USO

#### SESSÃO 0 – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR DA USO

##### Objetivo:

- Apresentar o programa, as sessões e todos os utilizadores;
- Reconhecer a importância de uma alimentação equilibrada;
- Definir o conceito de bem-estar.

##### Conteúdos:

- Introdução ao programa;
- Preenchimento da “Ficha do Facilitador”;
- Pré – teste de nutrição;
- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Gabinete do GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

### FASE II

Sessões do programa “Viver em Equilíbrio”

#### 1.<sup>a</sup> SESSÃO- IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

##### Objetivos:

- Preencher inquérito da “Qualidade de Vida”;
- Definir o conceito de bem-estar;
- Reconhecer a importância da alimentação para uma vida saudável;
- Preencher a ficha de “Monitorização da atividade”;
- Definir o conceito de Vida Saudável.

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Explorar os conhecimentos e crenças do utilizador;
- Reconhecer a importância de uma alimentação para uma vida saudável;
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Explorar os conceitos de “bem-estar” e “vida saudável”;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**2.ª SESSÃO- ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO****Objetivos:**

- Estabelecer a relação entre atividade física e alimentação;
- Debater a interação entre o exercício físico e alimentação;
- Caracterizar os vários tipos de alimentação;
- Compreender a importância da atividade física para uma vida saudável.

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Aplicação do Pré-teste sobre os conhecimentos da atividade física;
- Explicação, através de exemplos, sobre os vários tipos de alimentação e os benefícios do exercício físico;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**3.ª SESSÃO- ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO****Objetivos:**

- Reconhecer a importância da água para o bom funcionamento do organismo;
- Definir estratégias para melhorar os hábitos alimentares;
- Definir estratégias para controlar o apetite;
- Monitorizar a frequência cardíaca;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 4.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO

---

**Objetivos:**

- Definir: exercício cardiovascular, de flexibilidade e de fortalecimento;
- Controlar a frequência cardíaca;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 5.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO - FASES

---

**Objetivos:**

- Definir as diferentes fases do exercício físico: aquecimento, exercício e arrefecimento;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 6.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO – RECURSOS DA COMUNIDADE

---

**Objetivos:**

- Desenvolver sistemas de apoio para manter estilos de vida saudáveis;
- Identificar os recursos disponíveis na comunidade;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 7.ª SESSÃO- PIRÂMIDE DE ALIMENTOS

---

**Objetivos:**

- Caracterizar os alimentos;
- Definir porções de alimentos;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 8.ª SESSÃO- PLANEAMENTO DE UMA REFEIÇÃO

---

**Objetivos:**

- Planear a confeção de uma refeição;
- Elaborar a refeição escolhida;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação e a cozinha do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

#### 9.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO – AULA PRÁTICA

---

**Objetivos:**

- Executar diferentes exercícios físicos;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS, ginásio da Casa de Saúde do Bom Jesus.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**10.ª SESSÃO- REFORÇO MOTIVACIONAL**

---

**Objetivos:**

- Definir estratégias para manter uma alimentação equilibrada;
- Definir estratégias para manter a prática regular de exercício físico;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**11.ª SESSÃO- “VIVER EM EQUILÍBRIO” – EVOLUÇÃO**

---

**Objetivos:**

- Aplicar o questionário de “Qualidade de Vida”;
- Monitorizar os pontos positivos e negativos de todo o programa;

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

**FASE III**

- Avaliação final do utilizador da USO.

**12.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR DA USO**

---

**Objetivo:**

- Realizar um panfleto alusivo aos vários temas abordados durante as sessões.

**Conteúdos:**

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

**Avaliação:** Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

**Material:** Sala de formação do GIS.

**Tempo estipulado:** 60 minutos

## **7. Impacto previsto do Projeto**

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Aumentar adesão a uma alimentação equilibrada;
- Praticar exercício físico regular (Avaliados de acordo com o procedimento do programa “Viver em Equilíbrio”).

## **8. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)**

O presente programa será implementado de acordo com o manual “Viver em Equilíbrio” prevendo-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

## **9. Acompanhamento e avaliação do projeto**

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem da GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

## **10. Indicadores/resultados a atingir**

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria de hábitos de vida;
- Melhoria da qualidade de vida.

(Avaliados de acordo com o procedimento do programa “Viver em Equilíbrio”).

## **11. Perspetivas futuras de continuidade do projeto**

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

## **12. Condicionantes**

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

### 13. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Manual “Viver em Equilíbrio”
- Nutbeam, D. (1996). Achieving ‘best practice’ in health promotion: improving the fit between research and practice. Health Education Research, 11 (4), pp. 317-325.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-12-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1).

Anexo V\_ Panfleto Informativo sobre a Consulta de Enfermagem



Gabinete Integrado de Serviços  
Saúde Mental

## Consulta de Enfermagem



Rua Bernardo Sequeira, n.º 10  
S. Vitor - 4710-358 Braga

Telefone 253 061 971 • Telemóvel 96 168 77 59  
Fax 253 203 009

gis.csbj@irmashospitaleiras.pt  
www.gis.org.pt



### Objetivo Geral

Prestação de cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria.

### Objetivos Específicos

- Identificar necessidades e diagnósticos de enfermagem dos utilizadores da USO;
- Planear intervenções adequadas a cada utilizador;
- Colaborar na construção do Plano Individual de Intervenção;
- Desenvolver competências a nível da AIVD - Medicação;
- Desenvolver competências nível da AVD - higiene;
- Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de situação de crise;
- Realizar Psicoeducação a utilizadores e familiares/cuidadores.

### Destinatários

Utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional (USO)

### Horário

Quarta-feira das 9h30 às 12h30



## **Anexo VIII\_ Estudo Caso**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

# **ESTUDO DE CASO**

Sílvia Liliana Lopes Peixoto



## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

# **ESTUDO DE CASO**

**Módulo III –** Módulo III - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros)

**Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental – Consentido –  
Casa de Saúde do Bom Jesus**

**Aluno:** Sílvia Liliana Lopes Peixoto (n.º361612007)

**Sob orientação de:** Prof.<sup>a</sup> Aida Maria da Silva Fernandes

**Porto, fevereiro de 2014**

## **SIGLAS**

AVD – Atividade de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

GIS – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental

MESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PII - Plano Individual de Intervenção

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USO - Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni

## Índice

0 – Introdução .....	300
1 – Estudo de Caso.....	302
1.1 - Dados da Ficha de Referenciação .....	302
1.2. - Enquadramento Teórico .....	303
1.3. - Processo de Enfermagem.....	303
1.3.1. - Fase I _ Apreciação .....	304
1.3.2. - Fase II _ Diagnóstico .....	312
1.3.3. - Fase III _ Identificação dos Resultados .....	312
1.3.4. - Fase IV _ Planeamento.....	313
1.3.5. - Fase V _ Implementação.....	315
1.3.6. - Fase VI _ Avaliação.....	316
3 – Conclusão .....	317
4- Referências Bibliográficas.....	318

## 0 – Introdução

O presente Estudo de Caso foi elaborado no âmbito do V Curso do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente ao Módulo III - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros), realizado no Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS), mais particularmente no Apoio Domiciliário - ConSentido, na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) em Braga, no período de 25 de Novembro de 2013 a 01 de Fevereiro de 2014, sob orientação da Professora Aida Fernandes e da Tutoria do Enfermeira Ana Paula Palmeira.

Segundo Fortin (1999) um estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo). Considero que a realização do presente estudo de caso possibilita uma aprendizagem e um conhecimento mais aprofundado e específico relativamente ao utente em questão. Penso que me levará a refletir sobre o planeamento e concepção de cuidados e o processo de tomada de decisão, desenvolvendo deste modo as minhas capacidades cognitivas, crítica e reflexiva.

O estudo de caso refere-se à Sra. A.M. de 54 anos, portadora de doença mental, nomeadamente bipolaridade, que é acompanhada pela equipa do apoio domiciliário – Consentido. Após um diálogo com a utente, este deu-me autorização para ser objeto de estudo deste trabalho. A escolha da Sra. A.M. para desenvolver o presente estudo de caso, prendeu-se principalmente, pela relação empática e de confiança que pude estabelecer com esta utente ao longo das visitas domiciliárias. Após um diálogo com a utente, esta deu-me autorização para ser objeto de estudo deste trabalho. Neste caso concreto trata-se da intervenção em contexto de domicílio, tendo como particular atenção a perspectiva global da utente, desde a sua história de vida, condição actual e perspectivas futuras. Torna-se assim importante saber como lidar com a patologia de modo a ajudar a pessoa/ família a ultrapassar dificuldades relacionadas com a mesma.

Com a realização do presente estudo de caso, pretendo desenvolver as minhas competências e capacidades pessoais, nomeadamente comunicacionais e de empatia com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica com a utente, profissionais, potenciando a minha formação como futura enfermeira especialista e dando resposta a uma intervenção planeada no projeto de estágio para este o módulo III.

Os objetivos delineados para o estudo de caso são:

- Aprofundar conhecimentos sobre a Perturbação Bipolar;
- Aprofundar os conhecimentos relativamente à história clínica da utente;
- Saber realizar uma avaliação psiquiátrica eficazmente;
- Identificar o impacto da patologia na dinâmica relacional e social deste utente;
- Realizar um plano de cuidados adequado ao estado da utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a colmatar as necessidades identificadas;
- Organizar e interpretar todos os dados colhidos inerentes a esta utente;
- Percepcionar a utente como um todo com necessidades fundamentais de ordem biopsicossocial, cultural e espiritual;

- Aplicar competências relacionais;
- Contribuir como instrumento de avaliação;
- Realizar um percurso de aprendizagem centrado na auto-responsabilização.

As metodologias adotadas na elaboração deste trabalho foram do tipo descritiva, ao relatar de forma escrita o caso da Sra. A.M. e os cuidados a ela prestados durante o tempo que o acompanhei no apoio domiciliário; na observação direta do estado geral da utente; na entrevista, utilizada como instrumento de obtenção dos dados indispensáveis para a elaboração da avaliação da utente; a pesquisa de dados contidos no do processo da utente, à sua avaliação inicial de enfermagem, registos do diário de intervenção, nomeadamente os de enfermagem, folha de terapêutica, entre outros, permitiram-me obter um vasto leque de informações sobre a utente em estudo; e ainda pesquisas bibliográficas e cibernéticas pertinentes;

Para uma mais fácil compreensão, este trabalho foi estruturado em três partes. A presente introdução, onde é realizada uma retrospectiva dos temas a abordar neste estudo de caso, qual a metodologia utilizada e os objectivos que pretendo atingir. Segue-se o corpo do trabalho com o único capítulo intitulado “Estudo de Caso”, em que contempla vários itens nomeadamente, a História Clínica do utente em estudo, o Enquadramento Teórico com definição de alguns conceitos pertinentes à temática e o Processo de Enfermagem que descreve todas as suas fases que foram implementadas para a realização do presente estudo de caso. Termina com umas considerações finais ao estudo de caso, em que apresento uma breve síntese da análise dos resultados obtidos com a minha intervenção junto desta utente assim como dos ganhos individuais obtidos e as referências Bibliográficas utilizadas.

## 1 – Estudo de Caso

Todo o processo de investigação, mais simples ou mais complexo, assenta em princípios metodológicos, que asseguram o seu carácter científico. De acordo com a Fortin (1999, p. 164). “... o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”. O estudo de caso é, normalmente, de natureza qualitativa, naturalística ou interpretativa mas também podem fazer uso de metodologias quantitativas com uma articulação entre ambas, contudo deveria ser sempre baseado num quadro teórico, mesmo que o objectivo de estudo seja desenvolver ou verificar uma teoria.

O presente estudo de caso foi desenvolvido no Gabinete Integrado de Serviços (GIS) em particular na resposta comunitária do apoio domiciliário, designa-se por ConSentido. Este serviço corresponde a uma unidade móvel de apoio domiciliário integrado em saúde mental que faz o acompanhamento de pessoas com doença mental nos seus domicílios. Acompanha, neste momento, cerca de 50 pessoas que apresentam como principais necessidades a fraca adesão ao regime terapêutica e restantes AIVD's, isolamento social marcado e falta de atividades ocupacionais estruturadas.

Através destas visitas domiciliárias que o enfermeiro conhece e reconhece as reais necessidades que as pessoas e os seus cuidadores apresentam. De facto, é no domicílio, que temos a demonstração das verdadeiras necessidades e das dificuldades que as pessoas apresentam e que, muitas vezes não pedem ajuda a profissionais qualificados o que compromete todo o processo de reabilitação psicossocial. No cuidar em contexto domiciliário o enfermeiro deve ter uma perceção clara do seu real papel, bem como das competências enquanto profissional. Deve conhecer, não apenas a pessoa e o modo como a patologia a afeta a si e à sua família, deve estar consciente do domínio/vivência que o cuidador tem da situação, a mudança no estado de saúde da família, a tensão da relação entre o cuidador e a pessoa, a restrição da atividade social e a exaustão relacionada com a prestação de cuidados. Deve ainda ter presente os valores e as crenças da família e ser capaz de articular o tipo de recursos/ajudas que podem ser mobilizadas.

Faz parte integrante deste estágio realizar um estudo de caso. E através deste consegui dar resposta ao objetivo específico “ Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido””. E consequentemente responder ao objetivo geral nº2 que enfatiza o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para melhor compreensão, este estudo de caso, foi dividido do seguinte modo: dados da ficha de referênciação, enquadramento teórico e o processo de enfermagem.

### 1.1 - Dados da Ficha de Referênciação

A pessoa alvo deste estudo de caso chama-se A.M., tem 54 anos, é do sexo feminino, solteira e é reformada por incapacidade, tendo exercido a sua atividade profissional como professora do ensino especial. É acompanhada pela equipa do ConSentido desde 2012 tendo sido encaminhada através do médico psiquiatria aquando da alta da instituição do último internamento. Apresentava como principais défices: aivd's, dificuldade na resolução de problemas, oscilação do humor, assim como interação social deficitária.

Esta senhora vive com um companheiro num apartamento próprio nos arredores da cidade de Braga, apresentando algum apoio familiar, nomeadamente do pai. Sabe-se que tem alguns conflitos com um dos irmãos

## 1.2. - Enquadramento Teórico

Segundo Taber's (2005), humor é uma emoção global e sustentada que pode ter uma grande influência na percepção do mundo pela parte de uma pessoa. Exemplos de humor incluem a depressão, alegria, júbilo, raiva e ansiedade.

No século XIX, a definição de mania foi reduzida para a perturbação do afecto e da acção. O pensamento contemporâneo, início do século XX, foi formado grande parte pelos trabalhos de Sigmund Freud, Emil Kraepelin e Adolf Meyer, tendo evoluído o pensamento actual relativamente às perturbações do humor, a partir destes modelos.

As características principais desta perturbação são as frequentes alterações de humor, caracterizada por uma síndrome maníaca ou depressiva total ou parcial, que não pode ser atribuída a outra perturbação mental. As perturbações de humor são classificadas em duas categorias principais: perturbações depressivas e perturbações bipolares, que passo a caracterizar.

**Perturbações Depressivas:** caracterizadas por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades habituais; perturbação no funcionamento social e ocupacional que existe pelo menos 2 semanas sem história de comportamento maníaco e os sintomas não podem ser atribuídos ao uso de substâncias ou a um estado físico geral. As **Categorias das Perturbações Depressivas:** Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Disfórica pré-mestrua.

**Perturbações Bipolares:** caracterizadas por oscilações do humor da depressão profunda à euforia extrema (mania), com períodos intervenientes de normalidade; os delírios ou alucinações podem ou não estar presentes e o início dos sintomas pode reflectir um padrão sazonal. As **Categorias das Perturbações Bipolares:** Perturbação Bipolar I – diagnóstico atribuído a um indivíduo que está a experienciar ou já experienciou uma síndrome integral de sintomas maníacos ou mistos; Perturbação Bipolar II – diagnóstico atribuído a um indivíduo que pode apresentar sintomas ou história de depressão ou hipomania e Perturbação Ciclotímica - diagnóstico atribuído a um indivíduo que nunca fica sem sintomas hipomaníacos ou depressivos por mais de 2 meses.

Relativamente ao tratamento, não há nenhum tratamento que cure a doença por completo. No entanto, há grandes possibilidades de controlar a doença, através de medicamentos estabilizadores do humor, cuja acção terapêutica diminui muito a probabilidade de recaídas, tanto das crises de depressão como de «mania». As crises depressivas tratam-se com medicamentos antidepressivos ou, em casos resistentes, a electroconvulsivoterapia. As crises de mania tratam-se com os estabilizadores do humor atrás referidos e com os medicamentos neurolépticos antipsicóticos. Naturalmente, o apoio psicológico individual e familiar é um complemento indispensável para o tratamento. As crises graves obrigam a tratamento hospitalar em muitos casos.

## 1.3. - Processo de Enfermagem

A metodologia utilizada para a execução do estudo de caso baseia-se no processo de enfermagem. Foi aceite como metodologia científica da enfermagem, que o processo de enfermagem consiste em seis fases e utiliza uma abordagem de resolução de problemas. É orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade. Este processo é dinâmico e não estático, é contínuo e continua enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente.

As seis fases do processo de enfermagem são: (Re)avaliação, Diagnóstico, Identificação dos resultados esperados, Planeamento, Implementação e Avaliação.

Fases do Processo de Enfermagem	Caracterização
<b>Fase I _ (Re)Apreciação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa.</li> <li>- Reunida informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o cuidado mais adequado para a pessoa.</li> <li>- Avaliação Inicial de Enfermagem</li> </ul>
<b>Fase II _ Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise dos dados de avaliação para determinar diagnósticos de enfermagem;</li> <li>- Identificação de diagnósticos de enfermagem por prioridades.</li> </ul>
<b>Fase III _ Identificação dos Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São identificados os resultados esperados para um plano personalizado para a pessoa;</li> <li>- Definição dos objetivos mensuráveis esperados;</li> </ul>
<b>Fase IV _ Planeamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve um plano que inclui estratégias e alternativas para obter os resultados esperados.</li> </ul>
<b>Fase V _ Implementação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São executadas as intervenções selecionadas durante a fase IV.</li> <li>- A documentação das intervenções também ocorre nesta fase.</li> </ul>
<b>Fase VI _ Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação é o processo utilizado para determinar o progresso do cliente em direção à obtenção dos resultados esperados e a eficácia dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Apreciação do progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados;</li> <li>- Avaliação do sucesso das intervenções;</li> </ul> <p>Os diagnósticos, resultados e o plano de cuidados são revistos.</p>

**Quadro 1\_ Fonte Bibliográfica\_ Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.**

### 1.3.1. - Fase I \_ Apreciação

Esta fase é considerada a primeira etapa do processo de enfermagem em que o enfermeiro recolhe dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa. A informação pode ser recolhida a partir de várias fontes incluindo entrevistas com o utente ou família, observação do utente no seu domicílio, consultas com outros membros da equipa multidisciplinar, leitura dos registos do processo do utente e avaliação inicial de enfermagem que deve adquirir na prática um carácter informal.

Podemos caracterizar esta fase como sendo um processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados. Desta etapa, fazem parte a recolha de informações demográficas, a recolha do conjunto de sinais e sintomas, o conhecimento do estado mental e emocional do utente, a sua história clínica, etc.

Através desta colheita de dados, o enfermeiro consegue estabelecer o vínculo terapêutico onde identifica as necessidades psíquicas, biológicas e sociais do utente através da avaliação inicial de enfermagem.

De seguida é apresentada a avaliação inicial de enfermagem que se utilizou para realizar a avaliação inicial de enfermagem à Sra. A.M., este modelo de avaliação inicial utilizado é o mesmo que foi utilizado para a definição da consulta de enfermagem no GIS.

**AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM****ADMISSÃO**

MOTIVO DA ADMISSÃO (Observação de Enfermagem): Encaminhamento pós-alta da CSBJ para vigiar alterações de Humor.

FONTE DE INFORMAÇÃO:  PRÓPRIO  FAMILIARES  OUTROS: CSBJ

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Teve um internamento (fase maníaca) há pouco tempo devido à má gestão do regime terapêutico (abandono)

ACOMPANHAMENTO PSQUIÁTRICO:  NÃO  SIM LOCAL: Hospital de Braga

PSQUIATRA: Dr. BP DATA ÚLTIMA CONSULTA: 27/09/2013

MEDICAÇÃO HABITUAL: (descrita no guia terapêutico)

NAP:  NÃO  SIM ÚLTIMA TOMA PRÓXIMA TOMA

ADESÃO À TERAPÊUTICA:  NÃO  SIM

MEIOS AUXILIARES DE DIGNÓSTICO: DATA RESULTADOS

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

DOENÇAS: Doença de Crohn - Acompanhada em Consulta de Gastreenterologia

MEDICAÇÃO HABITUAL (descrita no guia terapêutico)

ADESÃO À TERAPÊUTICA:  NÃO  SIM

ALERGIAS:  NÃO  SIM QUAIS

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

DOENÇAS PSQUIÁTRICAS:  NÃO  SIM QUAIS: mãe com perturbação bipolar

OUTROS: Desconhece

**PARÂMETROS VITAIS**

TA 135/72 mmHg PULSO 65bpm RESPIRAÇÃO 22 c/m TEMPERATURA 36,0°C DOR (Score) o

PESO 73 kg ALTURA 1,68 m GLICEMIA 125 mg/dl

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

**AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS**

<b>TEGUMENTOS:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ROSADOS	<input type="checkbox"/> PÁLIDOS	<input type="checkbox"/> CIANOSADOS	<input type="checkbox"/> DESIDRATADOS
	<input type="checkbox"/> EDEMAS	<input type="checkbox"/> TUMEFAÇÕES	<input type="checkbox"/> FERIDAS	OUTROS
<b>SENTIDOS:</b>	AUDIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	VISÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input type="checkbox"/> USO ÓCULOS
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> AUMENTADO	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	<input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NECESSITA DE AJUDA	DIETA:	
	ESTADO DE NUTRIÇÃO:	<input type="checkbox"/> BEM NUTRIDA	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDA	<input type="checkbox"/> OBESA
<b>ELIMINAÇÃO:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA DE FEZES	<input type="checkbox"/> OBSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> USO LAXANTES
<b>LOCOMOÇÃO:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> MARCHA NORMAL	<input type="checkbox"/> MARCHA ALTERADA	<input type="checkbox"/> PERDA DE EQUILÍBRIO	
	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> PRÓTESES	QUAIS:	
	<input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AJUDA	<input type="checkbox"/> ACAMADO	<input type="checkbox"/> OUTROS APOIOS	

**ASPETO GERAL**

<b>HIGIENE:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> TOTAL	AJUDA	<input type="checkbox"/> PARCIAL	AJUDA
PADRÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> BANHO GERAL	<input type="checkbox"/> BANHO PARCIAL					
<b>HIGIENE ORAL:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE				
VESTUÁRIO ADEQUADO:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM				
IDADE APARENTE CORRESPONDENTE À REAL:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM				

**SONO/REPOUSO**

PADRÃO HABITUAL: 8h	DIFICULDADES SONO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FATORES FAVORECEDORES: toma da medicação			

**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

<input type="checkbox"/> RIGIDEZ	<input type="checkbox"/> TREMOR	<input type="checkbox"/> MOV. ANORMAIS	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> CATATONIA
<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES:	CARACTERÍSTICAS:		

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

X BOAS	<input type="checkbox"/> REGULARES	<input type="checkbox"/> DIFÍCEIS		
REACÇÃO SERVIÇO:	AO	X ACEITA	<input type="checkbox"/> NÃO ACEITA	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE
		<input type="checkbox"/> HOSTIL	<input type="checkbox"/> IRRITÁVEL	<input type="checkbox"/> AGITADO
ATITUDE:	X COLABORANTE	<input type="checkbox"/> COLABORANTE	NÃO	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE
				<input type="checkbox"/> AGRESSIVA

**AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)****USO DE SUBSTÂNCIAS**

USO DE ÁLCOOL:	X NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE TABACO:	X NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE DROGAS:	X NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS

**AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

<b>CONSCIÊNCIA:</b>	ORIENTAÇÃO:	X AUTOPSÍQUICA	X ALOPSÍQUICA
	DESORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESPACIAL
	X LÚCIDO	<input type="checkbox"/> VIGIL	<input type="checkbox"/> CONFUSO
<b>PENSAMENTO: (Curso)</b>	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	X BRADIPSQUISMO	<input type="checkbox"/> TAQUIPSQUISMO
	<input type="checkbox"/> FUGA DE IDEIAS	<input type="checkbox"/> INIBIÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIADO
<b>PENSAMENTO: (Forma)</b>	<input type="checkbox"/> DESAGREGADO	<input type="checkbox"/> DISSOCIADO	<input type="checkbox"/> ILÓGICO
<b>PENSAMENTO: (Conteúdo)</b>	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	X DEPRESSIVO	<input type="checkbox"/> FÓBICO
	DELÍRIOS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<b>DISCURSO:</b>	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBORREIA	<input type="checkbox"/> MUTISMO
	<input type="checkbox"/> MONÓLOGO	CONTEÚDO:	<input type="checkbox"/> COERENTE
<b>LINGUAGEM VERBAL:</b>	NÃO	EXPRESSÃO FACIAL – Normal	
		OLHAR – Mantém contacto ocular	
		POSTURA – Adequada	
<b>PERCEÇÃO:</b>	ALUCINAÇÃO	X NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	ES:		TIPO:
	ILUSÕES:	X NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> DESPERSONALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESREALIZAÇÃO	
<b>JUÍZO CRÍTICO:</b>	<input type="checkbox"/> CONSERVADO	X ALTERADO	
<b>MEMÓRIA:</b>	RECENT	X NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA
	E:		
	REMOT	X NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA
	A:		
<b>HUMOR:</b>	<input type="checkbox"/> EUTÍMICA	X DEPRESSIVA	<input type="checkbox"/> EUFÓRICA
			<input type="checkbox"/> ANSIOSA

APÁTICA LÁBIL AGRESSIVA**AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)****COMPORTAMENTOS DE RISCO**

Não aderir correctamente à toma da medicação

Isolamento Social

Dificuldade na resolução de problemas

Alteração do Humor

Conflitos familiares

**IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR PRIORIDADES**

Adesão ao regime medicamentoso, comprometido

Conhecimento sobre o processo patológico diminuído

Humor comprometido

Isolamento Social, comprometido

**OBSERVAÇÕES**

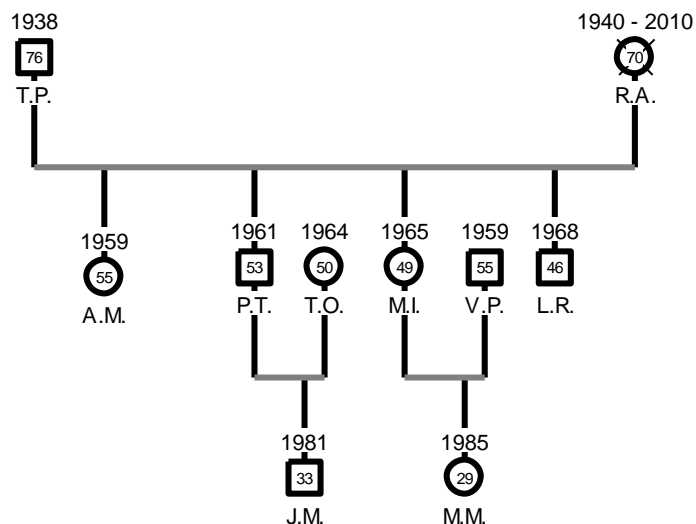
**Potencialidades:** Bom suporte familiar e económico; capacidades cognitivas preservadas; elevado nível de escolaridade;

boa capacidade em aceder aos serviços existentes na comunidade.

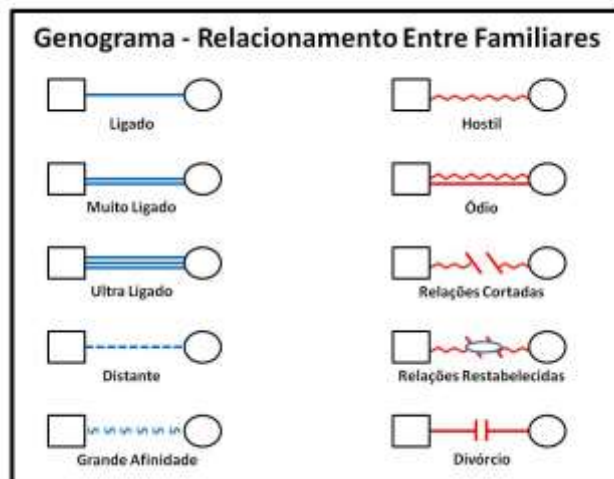
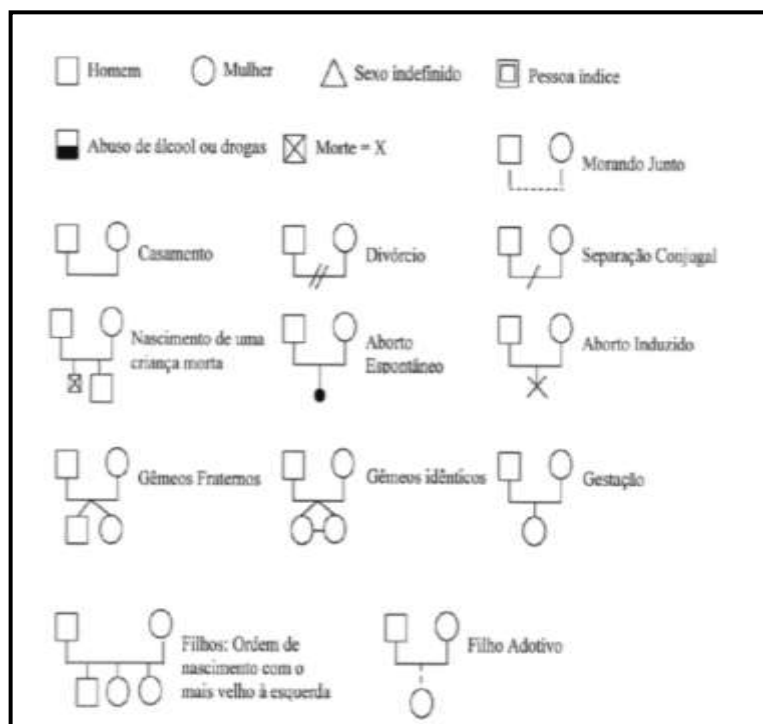
**Expectativas:** Evitar reinternamentos.

**AValiação Inicial de Enfermagem (Cont.)**

**GENOGRAMA**

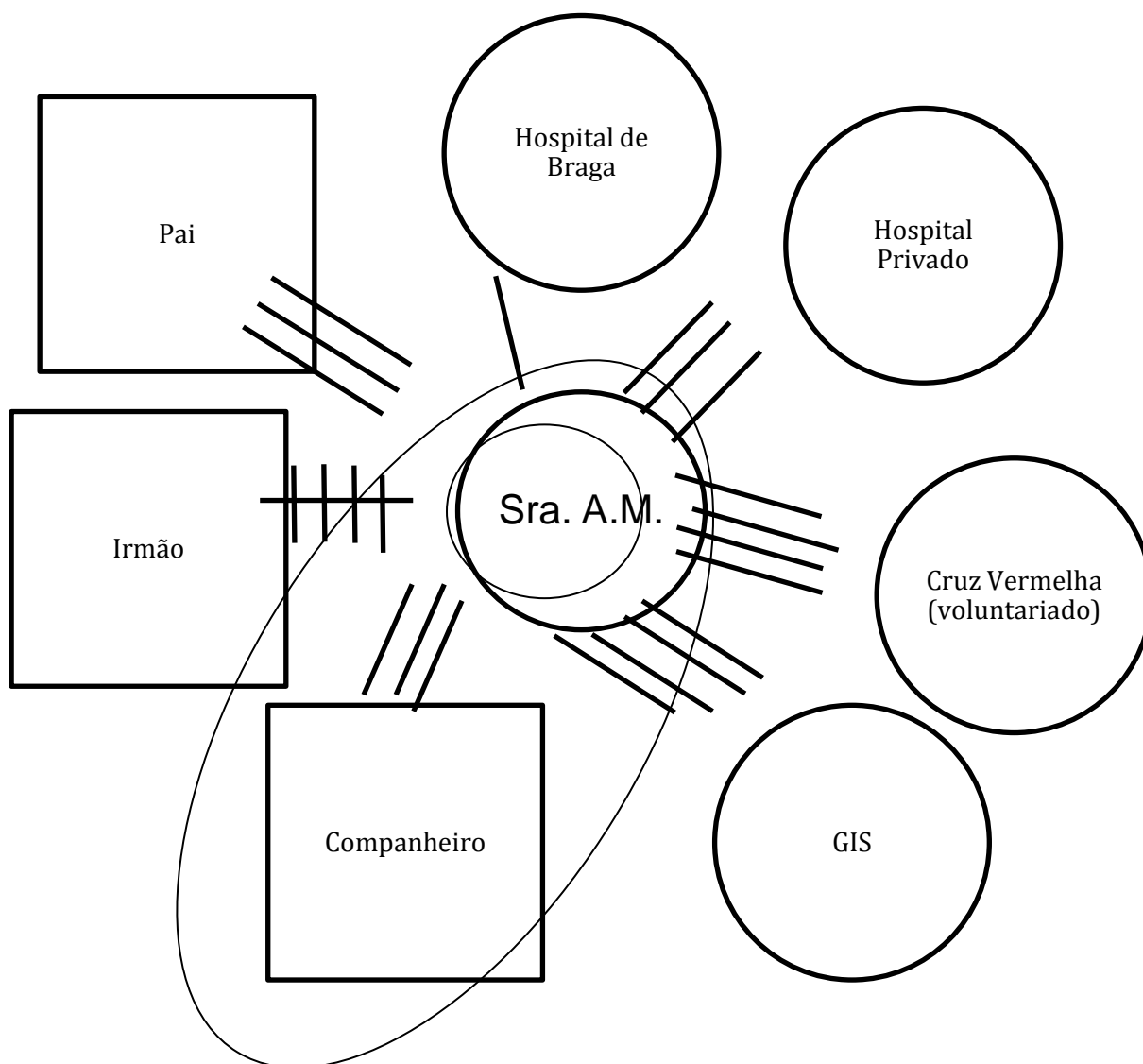


**LEGENDA:**

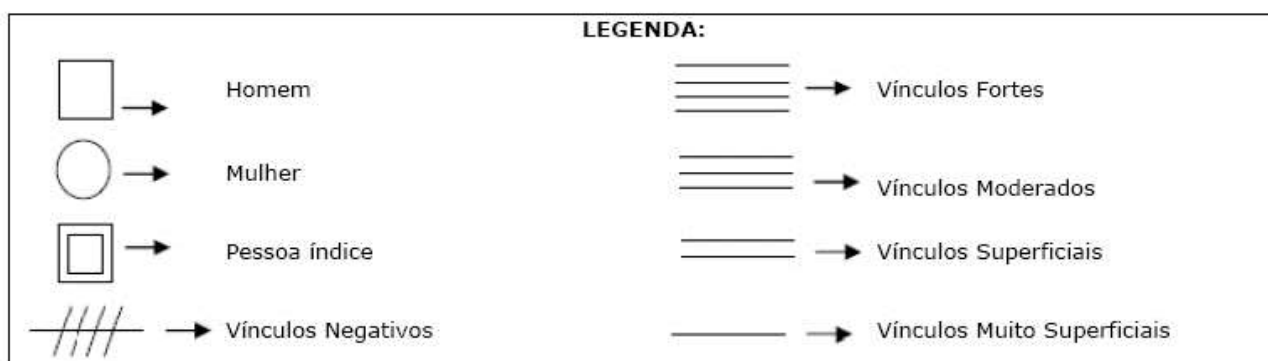


**AValiação Inicial de Enfermagem (Cont.)**

**ECOMAPA:**



**LEGENDA:**



**GUIA TERARÊUTICO:**

Medicamento (nome e dose)	Peq. Alm.	Almo ço	Lan che	Janta r	Deita r	Observações
Depakine Chrono 500 mg	1	1		1		
Seroquel 300 mg	1	1		1		
Messalazina 500 mg	1	1		1		
Lorazepam 2,5 mg				2		
Tercian 100 mg				1		
Sertralina 50 mg	1					Iniciou em 12/12/2013

O Enfermeiro

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP

|

### 1.3.2. - Fase II \_ Diagnóstico

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria analisa os dados recolhidos na avaliação inicial e determina diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico corresponde à segunda fase do processo de enfermagem que, de acordo com a NANDA (2007), diagnósticos de enfermagem definem-se como sendo juízos clínicos sobre respostas individuais, família ou da comunidade a problemas de saúde atuais ou potenciais processos de vida. Estes diagnósticos de enfermagem fornecem uma base para a definição de intervenções que em conjunto alcançarão resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão beta2, um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem.

Os diagnósticos são elaborados de acordo com sistemas de classificação aceites, que no presente caso, a fonte e instrumento orientador utilizado foi a CIPE Versão 2. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem seguimos as regras da CIPE, em que deve incluir 1 termo do eixo dos Focos e 1 termo do eixo do Juízo, sendo a inclusão de termos de outros eixos é opcional, em só pode ser usado 1 termo de cada eixo.

Para o presente estudo de caso os diagnósticos construídos para colmatar as necessidades não satisfeitas identificadas na etapa anterior foram:

- Adesão ao regime medicamentoso, comprometido
- Capacidade para cuidar da higiene pessoal, comprometido
- Capacidade para arranjar a casa, comprometido
- Isolamento Social, comprometido

### 1.3.3. - Fase III \_ Identificação dos Resultados

Nesta fase, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria identifica os resultados esperados para um plano personalizado do utente. Por definição “Resultados” são “objectivos mensuráveis, esperados, centrados no doente que se traduzem em comportamentos observáveis” (ANA, 2004). Estes resultados derivam do diagnóstico e devem ser mensuráveis e incluir uma estimativa de tempo para a sua aquisição.

Os objetivos gerais são a formulação dos resultados esperados e capacidades a adquirir com um determinado Plano Individual de Intervenção, num determinado tempo. Relaciona-se diretamente com o problema, esclarece e relaciona diretamente o foco central de atuação de uma maneira ampla.

Os objetivos gerais, para serem concretizados, são desdobrados em diferentes objetivos específicos, que no seu todo, dão execução ao objetivo geral. Os Objetivos Específicos definem os diferentes pontos a serem abordados, visando concretizar o objetivo geral.

A definição destes objetivos traduzem aquilo que o utente quer atingir num determinado período de tempo. Para este estudo de caso, os objetivos gerais e específicos foram definidos em

conjunto com o Sr. G.A. e de acordo com as suas necessidades, expectativas, potencialidades e prioridades. Todos estes componentes fazem parte integrante do Plano Individual de Intervenção (PII) do Sr. G.A. os objetivos gerais e específicos desenvolvidos em conjunto com o Sr.º G.A. e que fazem parte do PII são os seguintes:

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (Resultados a atingir) (O Sr. G.A. deve ser capaz de...)
1. Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do Regime Terapêutico	1.1. Cumprir toma da medicação autonomamente, em 100% das visitas domiciliárias, no prazo de 6 meses; 1.2. Identificar pelo menos 1 benefício da toma da medicação, no prazo de 6 meses; 1.3. Preparar caixa de medicação semanal, autonomamente, no prazo de 6 meses; 1.4. Adquirir medicação com ajuda da equipa, no prazo de 6 meses; 1.5. Aderir às consultas de psiquiatria, em 100%, no Hospital de Braga, prazo de 6 meses.
2. Aumentar o conhecimento sobre o problema designado	2.1. Nomear pelo menos 1 dificuldades e 1 potencialidades em lidar com o seu problema, no prazo de 6 meses; 2.2. Verbalizar pelo menos 2 sintomas de recaída, no prazo de 6 meses. 2.3. Identificar, pelo menos 1 estratégia para lidar com o seu problema, no prazo de 6 meses.
3. Diminuir o impacto do problema no funcionamento diário	3.1. Verbalização de sentimentos depressivos apenas em 50% do total das visitas domiciliárias realizadas, no prazo de 6 meses; 3.2. Apresentar humor eufímico em 50% do total das visitas domiciliárias realizadas, no prazo de 6 meses.
4. Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis	4.1. Realizar atividades no exterior do domicílio, pelo menos duas vezes por semana, no prazo de 6 meses; 4.2. Integrar atividade ocupacional, pelo menos uma vez por semana, no prazo de 6 meses.

**Nota:** Os objetivos apresentados foram redigidos de acordo com a nomenclatura SMART - Specific (específicos), Measurable (mensuráveis), Attainable (atingíveis), Realistic (realistas) e Time (temporizáveis).

#### 1.3.4. - Fase IV \_ Planeamento

Depois de realizar a avaliação inicial e definir os diagnósticos e os resultados esperados surge a fase do planeamento. Nesta etapa o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria desenvolve um plano onde estabelece estratégias e alternativas para a obtenção dos resultados esperados.

O plano de cuidados é fruto de uma relação existente o enfermeiro e o utente. Aquando da sua construção são definidos os diagnósticos e as intervenções mais adequadas.

Intervenção de Enfermagem, de acordo com a CIPE versão beta 2, é definida como a acção tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado em enfermagem e é composta pelos conceitos contidos nos eixos de classificação da acção.

De seguida são descritas as intervenções planeadas para cada diagnóstico de enfermagem definido, em que as mesmas foram incluídas no PII da Sra A.M.. Estas intervenções tiveram início a 9 de dezembro de 2013 e ainda se encontram a decorrer e a serem realizadas pela equipa de enfermagem do ConSentido.

**Foco de Atenção:** Adesão ao regime medicamentoso

**Diagnóstico de Enfermagem:** Adesão ao regime medicamentoso, comprometido

**Início:** 9 de dezembro de 2013

**Fim:** a decorrer

**Objectivo:** Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do Regime Terapêutico

**Intervenções de Enfermagem:**

Avaliar a adesão ao regime terapêutico;

Ensinar sobre os benefícios da toma correta da medicação;

Ensinar sobre os sinais e sintomas da doença;

Instruir o utente sobre preparação da caixa de medicação semanal;

Treinar a preparação da caixa de medicação semanal;

Vigiar a preparação da caixa de medicação semanal;

Avaliar atitude face à gestão da medicação.

Motivar disposição para aprender;

Realizar psicoeducação;

Promover a auto-responsabilização.

**Foco de Atenção:** Conhecimento sobre o processo patológico

**Diagnóstico de Enfermagem:** Conhecimento sobre o processo patológico diminuído

**Início:** 9 de dezembro de 2013

**Fim:** a decorrer

**Objectivo:** Aumentar o conhecimento sobre o problema designado

**Intervenções de Enfermagem:**

Ensinar sobre a doença;

Ensinar sobre sinais e sintomas de recaída;

Facilitar a capacidade para falar sobre o seu problema;

Facilitar a capacidade comunicar sentimentos;

Ensinar sobre estratégias adaptativas ao seu problema;

Motivar disposição para aprender;

Realizar psicoeducação;

Promover a auto-responsabilização.

**Foco de Atenção:** Humor

**Diagnóstico de Enfermagem:** Humor comprometido

**Início:** 9 de dezembro de 2013

**Fim:** a decorrer

**Objectivo:** Diminuir o impacto do problema no funcionamento diário

**Intervenções de Enfermagem:**

Avaliar os conhecimentos sobre as alterações de humor;

Assistir o utente a identificar alterações de humor;

Realizar psicoeducação à utente;

Ensinar estratégias sobre adaptação à variação do humor;

Vigiar adesão ao regime terapêutico;

Vigiar alterações de humor;

Motivar disposição para aprender;

Promover a auto-responsabilização.

**Foco de Atenção:** Isolamento Social

**Diagnóstico de Enfermagem:** Isolamento Social, comprometido

**Início:** 9 de dezembro de 2013

**Fim:** a decorrer

**Objectivo:** Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis

**Intervenções de Enfermagem:**

Identificar atitude face à adesão para as atividades ocupacionais;

Promover saídas regulares ao exterior;

Motivar para adesão a atividades ocupacionais;

Reforçar os benefícios da adesão a atividades ocupacionais;

Vigiar adesão a atividades ocupacionais;

Realizar psicoeducação;

Promover a auto-responsabilização.

### 1.3.5. - Fase V \_ Implementação

Nesta fase são executadas, pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, as intervenções seleccionadas durante a fase de planeamento. O plano de cuidados serve como projeto para a prestação de intervenções seguras, éticas e apropriadas. A documentação das intervenções também ocorrer durante este passo do processo de enfermagem. É nesta fase que o enfermeiro implementa as intervenções que procuram prevenir o desequilíbrio e promover os mecanismos de *coping* do utente. A fase de implementação do processo de enfermagem consiste: na validação, na documentação e na prestação de cuidados.

Durante a realização do estudo de caso foram diversas as visitas domiciliárias realizadas com o objetivo de implementar todo o plano de cuidados idealizado. Em todas as visitas domiciliárias mostrou uma atitude de colaboração e de comunicação que facilitou toda a minha intervenção.

As visitas domiciliárias foram realizadas com a periodicidade bissemanal, realizadas no início do turno da tarde, por conveniência da Sra. A.M., em que foram executadas todas as intervenções previstas e acima descritas. A intervenção terapêutica mais utilizada foi a psicoeducação e técnica de resolução de problemas.

### **1.3.6. - Fase VI \_ Avaliação**

A avaliação corresponde à etapa final do processo de enfermagem. O seu objetivo não é apenas verificar se houve evolução positiva ou negativa do utente, é também reformular as prescrições em relação às prescrições inicialmente planeadas.

Nesta fase o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria aprecia o progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados, medindo o sucesso das intervenções no que diz respeito aos resultados.

Relativamente à Sra A.M. a avaliação final do plano de cuidados instituído será realizada aquando término do seu PII. Por este motivo o que farei de seguida, será uma análise do balanço actual das minhas intervenções e dos resultados já atingidos, durante o período no qual realizei este estudo de caso. Posso referir que as intervenções planeadas foram executadas de acordo com o esperado e que a expectativa da Sra. A.M. (Evitar reinternamentos) está a ser cumprida.

### 3 – Conclusão

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 aspectos, 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.

O presente estudo de caso foi desenvolvido no GIS, em particular no ConSentido. Com a realização deste estudo de caso, permitiu-me efectivamente concretizar os objectivos propostos. Através da pesquisa bibliográfica realizada, foi possível desenvolver uma panóplia de conhecimentos no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria e assim consegui mobilizar todos os conhecimentos para a construção de um PII em conjunto com a Sr. A.M.. Pude aprofundar os conhecimentos relativamente à história clínica da utente, realizando uma avaliação psiquiátrica eficazmente; Identifiquei o impacto da patologia na dinâmica relacional e social desta utente; Realizei um plano de cuidados adequado ao estado da utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a colmatar as necessidades identificadas; Percepcionei a utente como um todo com necessidades fundamentais de ordem biopsicossocial, cultural e espiritual; Apliquei competências relacionais; Contribuindo para o meu percurso de aprendizagem centrado na auto-responsabilização.

A elaboração deste estudo de caso foi, sem dúvida, mais um momento de crescimento, reflexão e aprendizagem contribuindo directamente para a minha formação enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Gostaria por último de referir que o facto de não ter experiência anterior elaboração deste tipo de trabalho, foi de certa forma, limitativo do meu desempenho, tendo a consciência que demonstrar tudo o que foi realizado na prática, poderá não estar totalmente explícito neste documento.

#### 4- Referências Bibliográficas

- Amaral, A.C. (2010). **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência.
- Dalgalarondo, P. (2008). **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed.
- Fortin, M. (1999). **O processo de investigação – Da concepção à realidade**. Loures: Lusociências,
- Ordem dos Enfermeiros (2011). **CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - do original «ICNP Versão 2 Internacional Classification for Nursing Practice». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 322898/11.
- Townsend, M. C. (2011). **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência**. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.