



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Elisabete Catarina Teixeira Fernandes

(LISBOA, Julho de 2013)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Elisabete Catarina Teixeira Fernandes

Sob orientação da Professora Sarreira Santos

(LISBOA, Julho de 2013)

RESUMO

Este relatório pretende reunir todo meu processo de aprendizagem ao longo do curso de mestrado, testemunhando a sua importância no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Representa o percurso realizado com vista ao cumprimento dos objectivos delineados para os diferentes módulos do estágio.

O estágio teve início com o módulo II que incidiu no desenvolvimento de competências de intervenção na crise no adulto, no contexto da saúde mental e psiquiatria, constituindo um agente facilitador não só de todo o processo de aprendizagem bem como do futuro trabalho a desenvolver como enfermeira especialista em Cuidados de Saúde Primários. Os módulos I e III foram desenvolvidos em contexto de trabalho no âmbito da promoção de estilos de vida, do diagnóstico precoce e da prevenção na comunidade, na área de saúde mental e psiquiatria, e recaiu sobre a problemática da sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente crónica, dando início a um projecto a ter continuidade após conclusão do estágio.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica possibilita a intervenção especializada ao longo de todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, da família, do grupo e da comunidade, resultando em ganhos para a saúde.

Ter uma formação mais específica nesta área permitiu-me desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental, tornando-me mais capaz de dar resposta a uma grande diversidade de necessidades encontradas na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Intervenção Especializada; Comunidade.

ABSTRACT

This report intends to gather all my learning process along the masters course, witnessing it's importance in my personal and professional development. Represents the realized journey in the achievement of the objectives outlined to the different modules of the internship.

The internship began with the module II, that focused on developing skills for crisis intervention in adults, in the context of mental health and psychiatry, constituting not only a facilitator of the process of learning as well as future work to develop as a nurse specialist in Primary Health Care. The modules I and III were developed in the context of work in the promotion of lifestyles, early diagnosis and prevention in the community, mental health and psychiatry, and fell on the problem of informal caregiver burden of chronic dependent person, initiating a project to be continued after completion of the internship.

Mental Health and Psychiatric Nursing allows specialized intervention, throughout all phases of the life cycle of the individual, family, group and community, resulting in health benefits.

Having more specific formation in this area allows me to develop skills for advanced nursing care to people with mental health problems, making me more able to respond to a wide variety of needs in the community.

Key Words: Mental Health and Psychiatric Nursing, Specialized Intervention, Community.

AGRADECIMENTOS

À Professora Sarreira Santos, agradeço a sua disponibilidade e orientação, pelos esclarecimentos, sugestões, conselhos e comentários sempre oportunos e que espero ter sabido aproveitar.

Aos cuidadores, agradeço a sua colaboração no estudo, e pelo seu contributo para um melhor conhecimento da prestação de cuidados informais.

A todos os colegas, agradeço a sua disponibilidade e compreensão.

Um agradecimento especial aos meus pais e à minha irmã e pelo seu apoio e por acreditarem em mim.

Por último, agradeço ao Jorge pelo seu apoio, amor, incentivo e paciência.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BLVL - Banco Local de Voluntariado de Loures

CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CP I - Clínica Psiquiátrica I

ECL – Equipa de Coordenação Local

NIC - Núcleos de Intervenção na Comunidade

PCI – Prestador de Cuidados Informais

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCA – União de Cultura e Acção

USFSJT – Unidade de Saúde Familiar São João da Talha

UTRA - Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	7
1. MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE NO ADULTO	9
1.1. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA I - CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA	9
1.2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	10
1.3. REFLEXÃO.....	27
2. MÓDULOS I E III – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO PRECOCE E PREVENÇÃO NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE.....	29
2.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SÃO JOÃO DA TALHA.....	29
2.2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
2.3. REFLEXÃO.....	46
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
4. BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	57
ANEXO I - REFLEXÃO SOBRE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	59
ANEXO II - GESTÃO DE CONFLITOS.....	63
ANEXO III - INTERVENÇÃO NA CRISE	75
ANEXO IV – ACTUAR PERANTE UMA SITUAÇÃO DE AGRESSIVIDADE	87
ANEXO V – ENTREVISTA DE ENFERMAGEM.....	95
ANEXO VI– RELAXAMENTO	105
ANEXO VII – SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO	115
ANEXO VIII – SESSÃO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA	125
ANEXO IX – ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA.....	133
ANEXO X – REFLEXÃO SOBRE AS ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA	139
ANEXO XI – INTERNAMENTO COMPULSIVO	145
ANEXO XII – ESTUDO DE CASO 1	151
ANEXO XIII – ESTUDO DE CASO 2	169
ANEXO XIV – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	187
ANEXO XV – SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	193
ANEXO XVI – REFLEXÃO SOBRE O PROJECTO “DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS PSICOSSOCIAIS E FUNCIONAIS”	217
ANEXO XVII – CARACTERIZAÇÃO DA USFSJT	223

ANEXO XVIII – ESTUDO: “SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES COM DOENÇA CRÓNICA INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR S. JOÃO DA TALHA”	231
ANEXO XIX – VISITA DOMICILIÁRIA AO PCI.....	299
ANEXO XX – FOLHETO DE DIVULGAÇÃO: “EU CUIDO”	303
ANEXO XXI– CONSENTIMENTO INFORMADO – QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS USFSJT	307
ANEXO XXII – QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DA USFSJT	311
ANEXO XXIII – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES COM DOENÇA CRÓNICA INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR S. JOÃO DA TALHA	317
ANEXO XXIV – ENTREVISTA ENFERMEIRA EUGÉNIA - ECL.....	329

0. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem por base um plano de estudos que visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental.

A opção de ingressar na especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica surge da necessidade de encontrar um caminho que complementasse a minha formação inicial, permitindo o meu desenvolvimento profissional e pessoal, e de dar resposta a algumas carências formativas sentidas durante a prestação de cuidados à comunidade.

As constantes transformações ao nível científico, tecnológico, social e político às quais a sociedade está sujeita, conduzem à necessidade dos profissionais da saúde reflectirem e analisarem a sua formação por forma a darem uma resposta eficiente e eficaz à necessidade da população a quem prestam cuidados.

Considerando o facto de que as questões da saúde mental são transversais a todas as áreas de actuação, bem com as mudanças recentes das políticas de saúde, que pretendem a reabilitação e reinserção social do doente com perturbação mental nas comunidades onde se inserem, penso que torna-se cada vez mais urgente a formação especializada de profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários. Diariamente estes profissionais lidam com pessoas que sofrem de doença mental ou em situação de risco, bem como com a sua família, e que devido à inexperiência e/ou falta de formação não conseguem intervir de modo adequado e atempadamente. Neste contexto, a motivação para ingressar nesta área de especialização advém da preocupação em adquirir capacidades e competências que me permitam prestar cuidados autónomos à população em contexto comunitário, identificando problemas que possam resultar em doença mental, prescrevendo e implementando intervenções de enfermagem que visem a promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde mental.

Dado a que a minha área de actuação é no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e à minha falta de experiência na intervenção em serviços de psiquiatria, após reflectir conjuntamente com a professora orientadora, optei por iniciar o Módulo II do estágio na Clínica Psiquiátrica I (CP I) do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), no período de 26 de Abril a 17 de Junho de 2011. A escolha deste local deve-se ao facto deste ser um serviço com uma vasta experiência na intervenção em situações de crise do adulto, constituindo um pilar fundamental para a aquisição de ferramentas, aquisição de conhecimento de recursos para o futuro, desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista e, conseqüentemente, uma importante base para o desenvolvimento dos restantes módulos de estágio.

Os Módulos I e III do estágio decorreram no período de 26 de Setembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, na Unidade de Saúde Familiar São João da Talha (USFSJT). Além de esta unidade permitir o desenvolvimento de competências na área da saúde mental e psiquiátrica na comunidade, particularmente no âmbito da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção da doença mental, a opção de desenvolver ambos os módulos no mesmo local deve-se ao facto de ser o meu contexto de trabalho, facilitando a continuidade ao trabalho iniciado durante o estágio. Além disso, é constituída por uma equipa multidisciplinar receptiva a iniciativas que visem a melhoria do estado de saúde dos seus utentes, e que apoia o desenvolvimento de programas ou projectos de intervenção que visem uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

O presente relatório surge no âmbito da estrutura curricular e do plano de estudos deste curso, e pretende reunir e descrever as diversas actividades desenvolvidas e aptidões adquiridas ao longo do estágio, e visa a sua contextualização no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Deste modo, tem como objectivos:

- Descrever de forma clara e objectiva os objectivos propostos no projecto de estágio, as actividades desenvolvidas de forma a cumprir os mesmos, os recursos utilizados e a avaliação das actividades;
- A análise reflexiva de todas as práticas desenvolvidas ao longo do estágio e a sua pertinência na consecução dos objectivos;
- A avaliação global do meu desempenho e desenvolvimento de competências.

No que se refere à estrutura deste relatório, após esta breve introdução, seguem-se dois capítulos onde se realiza a descrição dos módulos de estágio, divididos em três subcapítulos: no primeiro, descrevo a caracterização do serviço; no segundo, identifico os objectivos (geral e específicos), e procedo a uma análise crítica das actividades realizadas com vista ao cumprimento dos objectivos, procedendo à respectiva fundamentação teórica, no sentido de avaliar o desenvolvimento competências específicas e a vivência de experiências significativas; no terceiro, apresento uma reflexão sobre os aspectos gerais de cada módulo de estágio. Na conclusão, pretendo revelar o quanto foi oportuno o meu desempenho e em que medida considero ter atingido os objectivos do estágio. De seguida, apresento as referências bibliográficas (norma NP 405), e por fim os anexos, que têm como finalidade auxiliar a compreensão e leitura do relatório visto terem informação complementar.

A metodologia utilizada na elaboração deste portefólio foi descritiva, reflexiva e analítica, baseando-me nos conhecimentos adquiridos no contexto teórico e pesquisa bibliográfica, e com vista a orientar e consolidar todo o meu processo de aprendizagem, sistematizar os objectivos atingidos e contribuir para documentar o próprio relatório final.

1. MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE NO ADULTO

1.1. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA I - CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA

A realização do Módulo II pretendeu o desenvolvimento de competências na área da saúde mental e psiquiatria em unidades de intervenção na crise no adulto. Neste sentido, escolhi como local de estágio a CP I, que decorreu de 26 de Abril a 17 de Junho de 2011, uma unidade com grande experiência de intervenção na crise.

A CP I integra o CHPL, um hospital central especializado onde se prestam cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação na área da psiquiatria e saúde mental, inserido no Parque da Saúde de Lisboa. Encontra-se situada no pavilhão 29 r/c do Pólo Júlio de Matos e constitui o Sector A desta instituição, em conjunto com a Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos (UTRA) e os Núcleos de Intervenção na Comunidade (NIC) de Loures e Odivelas.

A CPI recebe doentes em fase aguda de doença mental, cuja área de residência é Loures Ocidental ou Odivelas. Os utentes podem ser internados na CP I através do NIC de Loures e Odivelas, da consulta externa, ou a partir da urgência psiquiátrica do hospital Curry Cabral. Tem a particularidade de ser a única clínica associada à UTRA, desde Maio de 2009, recebendo por esse motivo todos os utentes residentes em toda a área de abrangência do CHPL cujo internamento visa a desabitação alcoólica. Tem um total de vinte e oito vagas para internamento, das quais seis estão atribuídas aos utentes da UTRA.

A CP I tem como missão a prestação de cuidados de enfermagem de excelência com vista ao tratamento de pessoas adultas com patologia psiquiátrica em fase aguda, de ambos os géneros. Inclui o apoio à família e a reinserção social através do encaminhamento para o Núcleo de Intervenção Comunitária de Odivelas e de Loures, e, de acordo com o regulamento interno, tem como objectivos primordiais:

- a) Prestar de cuidados de enfermagem de excelência na área de saúde mental e psiquiátrica à população abrangente das suas áreas de intervenção;
- b) Promover da saúde mental dos cidadãos e a qualidade de vida do cidadão doente e da sua família;
- c) Prestar mais e melhores cuidados de saúde com os meios disponíveis optimizando a capacidade instalada dos serviços e elevando os níveis de eficiência e de produtividade;
- d) Promover a equidade no acesso e o atendimento personalizado do cidadão doente;
- e) Garantir a melhoria contínua da qualidade e da humanização da prestação dos cuidados de saúde;

- f) Promover a reabilitação “precoce” e a reinserção social e profissional do cidadão doente;
- g) Realizar avaliações iniciais;
- h) Estabelecer os diagnósticos e o planeamento das intervenções de enfermagem;
- i) Assegurar a realização de sessões de Terapia de Grupo com componente psicossocial e educativa;
- j) Assegurar o envio da Carta de Alta de enfermagem.

1.2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este módulo de estágio teve como **objectivo geral desenvolver competências de intervenção na crise no adulto, em contexto da saúde mental e psiquiatria.**

A sua escolha da CP I teve em consideração o facto de ser um local que permite prestar cuidados especializados não só ao doente do foro psiquiátrico mas também à sua família. A família constitui um elemento fundamental para a compreensão do estado actual do doente, permite perceber melhor o contexto em que ele se insere e complementar dados relevantes à sua avaliação, e representa um agente importante na adesão do doente ao projecto terapêutico. Além disso, qualquer situação de perturbação mental causa impacto na estrutura familiar, causa sofrimento emocional, espiritual e por vezes físico.

Deste modo, considerei a relação de ajuda uma ferramenta essencial que serviu de base para as minhas intervenções ao longo de todo o estágio. A relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo (Rogers, 2009).

É uma relação de natureza terapêutica e estabelece-se entre o indivíduo que necessita de ajuda, que passa pela experiência de um problema ou sofrimento em que sente dificuldades em enfrentar, e um indivíduo que o ajuda a encontrar em si próprio os recursos necessários para fazer face às adversidades. Segundo Phaneuf (2005), permite à pessoa compreender melhor a situação, aceitá-la melhor e mesmo abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.

A minha prática foi sustentada nas teorias de Peplau e Neuman (Neeb, 2000; Tomey e Alligod, 2004) que conduziram ao pensamento crítico e a tomada de decisões, por conferirem significado ao conhecimento, explicando e antevendo os fenómenos.

O modelo de Peplau proporcionou-me uma base teórica para a interacção com os doentes, constituindo um importante contributo para a elaboração dos respectivos planos de cuidados, validando os diferentes papéis que adoptei no sentido de ajudar os doentes a adquirirem novos recursos ou reajustar recursos antigos para enfrentar novos problemas recorrentes. De acordo com Townsend (2002), estes papéis são conjuntos de valores e comportamentos que são específicos de posições funcionais em estruturas sociais, e podem ser:

- Pessoa recurso - é aquela que fornece informações específicas e necessárias, que ajudam o cliente a compreender seu problema e a nova situação.
- Conselheiro - é aquele que ouve enquanto o cliente revê sentimentos relacionados às dificuldades que está tendo em algum aspecto da vida. Foram identificadas "técnicas interpessoais" para facilitar a interação da enfermeira no processo de ajudar o cliente a resolver problemas e tomar decisões em relação a essas dificuldades.
- Professor - é aquele que identifica necessidades de aprendizagem e fornece informações ao cliente ou a seus familiares que podem ajudar a melhorar a situação de vida.
- Líder - é aquele que dirige a interação enfermeira-cliente e assegura que sejam tomadas providências apropriadas para facilitar o alcance dos objectivos desejados.
- Perito técnico - é aquele que tem conhecimento de vários recursos profissionais e possui as habilidades clínicas necessárias para efectuar as intervenções que sejam no melhor interesse do cliente.
- Substituto - é aquele que serve como figura substituta de outra.

Relativamente ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, considerei fundamental o seu recurso por permitir uma abordagem da pessoa na sua globalidade, atendendo a constante interacção com o ambiente, quer interno, quer externo, que interfere na estabilidade do seu sistema. Este modelo baseia-se na reacção do indivíduo ao *stress* e nos factores envolvidos na reconstituição ou adaptação do seu sistema. Assim, este modelo facilita a compreensão dos factores que desencadearam a situação de crise, identificando stressores presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem com vista à resolução dos seus problemas no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar.

Por reconhecer a sua importância no meu desenvolvimento pessoal e profissional, evitando dispersões ao longo do estágio, e com o intuito de cumprir o objectivo geral proposto, estabeleci os seguintes **objectivos específicos**:

- **OBJECTIVO 1 - Integrar a Equipa Multidisciplinar da CP I.**

O alcance deste objectivo foi facilitado pelo facto de toda a equipa, em especial a equipa de enfermagem, ter-se revelado bastante receptiva e disponível. Comecei por conhecer o serviço através da observação directa da organização, funcionamento e infra-estruturas do serviço; consultei normas e protocolos instituídos; tomei conhecimentos sobre os objectivos do serviço, metodologia de trabalho, o processo de acolhimento dos doentes, as actividades desenvolvidas no serviço e sobre o processo de articulação com outros serviços/instituições.

Tudo isto foi indispensável para compreender melhor a realidade do serviço, o que fez com que sentisse necessidade de ajustar o meu projecto de estágio, pois só no próprio contex-

to é que é possível identificar as intervenções mais adequadas face às necessidades específicas do serviço e dos seus doentes. Deste modo, este objectivo constituiu um importante pilar para a consecução dos restantes objectivos de estágio.

Visitei a UTRA, tomando conhecimento da sua organização, funcionamento e infra-estruturas, da dinâmica da equipa multidisciplinar e assisti a algumas das actividades desenvolvidas (reuniões com componente psicoterapêutica, sessões de relaxamento, jornal de parede, dança, treino de aptidões sociais, entre outros). Este espaço foi criado para tratamento dos doentes em regime de internamento com adição de álcool, e posterior acompanhamento durante 3 a 6 semanas após a sua alta, com vista à avaliação e orientação do processo de reabilitação e reinserção social na comunidade onde se inserem. Estas instalações são compartilhadas por psicólogos, psiquiatras, um administrativo, uma assistente social e um enfermeiro que aí exercem funções.

Pude também conhecer a Unidade de Terapia Ocupacional, que recebe doentes das várias clínicas do CHPL. Acompanhei um grupo de doentes internados da CP I, permitindo-me conhecer as infra-estruturas, a organização, o processo de atendimento e algumas das actividades desenvolvidas. Esta é uma unidade que visa o tratamento de determinadas condições de saúde que afectam o desempenho das pessoas através do seu envolvimento em actividades significativas, com o objectivo de lhes proporcionar o seu máximo nível de funcionalidade e de independência nas ocupações em que participam. Antes de iniciarem estas actividades, o Terapeuta Ocupacional realiza uma entrevista inicial ao indivíduo, avalia as funções sensoriais, perceptivas, físicas e sociais do indivíduo, bem como os factores ambientais que influenciam o seu desempenho nas actividades; identifica as áreas de disfunção e envolve o indivíduo num programa estruturado de actividades significativas de forma a ultrapassar as dificuldades proporcionadas pela sua condição de saúde. Se após esta avaliação, o terapeuta considerar é pertinente o indivíduo integrar esta unidade, é realizada a selecção das actividades, de acordo com as necessidades pessoais, sociais, culturais e económicas e reflectem os factores ambientais que orientam a vida do indivíduo.

O apoio e autonomia que me foi concedida por parte de toda a equipa, especialmente por parte da enfermeira orientadora, constituíram pilares fundamentais no desenvolvimento de todas as minhas acções e contribuiu para a concretização de todos os objectivos delineados. Integrei na metodologia de trabalho da equipa, conheci as dinâmicas e recursos existentes na instituição, projectos implementados no serviço e desenvolvi várias actividades:

❖ **Reuniões de Família com a Equipa Multidisciplinar**

Integrei as reuniões de família com a equipa multidisciplinar, realizadas semanalmente às sextas-feiras de manhã e, geralmente, são realizadas por iniciativa da equipa multidisciplinar, podendo ser também ser solicitadas pela família do doente a seu pedido ou quando expressa alguma necessidade que justifique uma abordagem interdisciplinar. Nestas reuniões, os profissionais das várias equipas disciplinares (médico, enfermeiro, assistente social e psicó-

loga) reúnem-se com um utente e sua família para esclarecer e delinear estratégias de acção do projecto terapêutico. A minha intervenção direccionou-se para a compreensão da dinâmica do trabalho da equipa multidisciplinar, reflectir sobre as práticas implementadas no serviço e criar espaço para a discussão de casos clínicos.

Estas reuniões constituem um espaço onde são expostos e analisados diferentes pontos de vista, e onde é possível perceber os contextos, as dúvidas e os anseios da família e doente bem como falhas e lacunas na prestação de cuidados. Este trabalho em equipa multidisciplinar permite obter uma visão global de cada caso mediante uma interlocução entre os diferentes profissionais, contribuindo para alcançar um melhor prognóstico para os doentes e para melhorar a qualidade da prestação de cuidados, de acordo com as necessidades individuais e personalizadas. Deste modo, é possível melhorar não somente a qualidade de vida de quem é cuidado (doente), como também a de quem cuida (família), através da construção de um projecto terapêutico adequado e adaptado às condições reais de existência da família e doente.

❖ **Formação em Serviço**

No início do estágio, fui alertada para a existência de um plano de formação no serviço e, consciente da importância de desenvolver competências na área da formação, considerei pertinente a realização de uma sessão de formação em serviço (ANEXO I). De acordo como o plano de formação da CP I, optei por realizar uma sessão sobre “Gestão de Conflitos”, para a qual elaborei um plano de sessão, apresentação de diapositivos e respectiva avaliação da sessão (ANEXO II). Esta escolha teve por base o facto de ser o tema que me suscitou mais interesse e que considerei ser uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a sua pertinência para a equipa de enfermagem na medida em que a prestação de cuidados é uma área susceptível à divergência de opiniões, o que pode resultar numa situação de conflito, sendo por isso essencial que os profissionais possuam conhecimentos, habilidades e capacidades para a sua resolução.

O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelos profissionais, que revelaram-se bastante interessados, receptivos e sensíveis à temática, intervindo de forma espontânea e organizada. A sessão contribuiu positivamente para todos os profissionais, de um modo individual e também colectivo (enquanto equipa de enfermagem), e para a minha formação pessoal e profissional. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão e análise das suas práticas. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participantes concluíssem que o conflito não é apenas algo negativo, mas também algo que pode ser um agente de

mudança no sentido de uma melhor prestação de cuidados, caso a equipa consiga gerir e resolver o problema de forma adequada.

- **OBJECTIVO 2 - Desenvolver Competências Específicas de Intervenção na Crise ao Utente internado na CP I e à Família.**

Com o intuito de desenvolver competências específicas de enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria, desempenhei funções de grande relevância na melhoria da qualidade de vida das pessoas, seja na relação de ajuda, na gestão do ambiente terapêutico, na promoção de estilos de vida saudáveis, como nos momentos de crise, proporcionando as condições necessárias a um restabelecimento tão rápido quanto possível e seguro, servindo-me das múltiplas competências e saberes adquiridos em contexto teórico, na vida profissional e durante o estágio.

As actividades efectuadas neste momento de prática clínica foram antecipadas por um levantamento de necessidades, e realizadas devido à sua pertinência e utilidade para o utente e sua família. Assim, com vista a atingir este objectivo, surgiram várias temáticas de interesse, que foram alvo de análise e reflexão, e foram desenvolvidas várias actividades:

❖ **Intervenção na Crise**

Segundo Phaneuf (2005), uma situação de crise é um estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa, e quando esta se debate com um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e o repertório das suas capacidades interiores de maestria, pode desencadear-se uma crise, que provoca uma desorganização do comportamento.

As pessoas com perturbação mental em situação de crise necessitam de uma assistência adequada e num curto espaço de tempo, no sentido de promover uma vivência positiva dessa situação e evitar danos temporários ou permanentes da sua integridade física e psíquica no futuro, ou, em situações mais graves quando se encontram num estado de completo desprendimento da realidade a ponto de colocar em risco sua integridade física ou a de outras pessoas. O objectivo da intervenção na crise é ajudar o indivíduo a procurar mecanismos de adaptação novos e úteis, dentro do contexto do seu sistema de apoio social. Segundo Benter (2001), a intervenção na crise centra-se na solução do problema imediato e tem como objectivo que o indivíduo retome o nível de funcionamento anterior à crise, verificando-se com frequência, que o indivíduo avança para um patamar de crescimento mais elevado que o nível anterior à crise, porque aprende novos modos de solucionar problemas.

Neste sentido, a minha intervenção teve por base uma prestação de cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos e interdependentes, com vista à resolução dos problemas identificados no utente e sua família na área da saúde mental e psiquiatria. Para isso, recorri à metodologia científica, e as minhas práticas foram sustentadas por vários princípios

teóricos, com ênfase em Benter (2001), Caplan (1980), Chalifour (2009) e Taylor (1992) (ANEXO III), por permitirem compreender os vários aspectos a considerar numa situação de crise, a planear e implementar intervenções adequadas às diferentes situações de crise.

Colaborei com a equipa multidisciplinar na definição, implementação e avaliação do tratamento e na sensibilização do utente e família para a adesão ao projecto terapêutico. A realização de entrevistas individuais aos utentes e à família permitiu-me desenvolver um papel activo na identificação e avaliação do impacto na saúde mental de factores de stress e situações de crise, e de factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental, bem como na avaliação da percepção do utente relativamente à sua doença; numa prática de cuidados com vista a que o utente atingisse uma percepção cognitiva correcta da situação, conseguindo lidar eficazmente com as suas emoções e adquirir mais estratégias para lidar com os factores desencadeantes da crise, tornando-se mais funcionais. Estas entrevistas facilitaram o desenvolvimento da competência de auto-consciência na relação terapêutica com o utente, tendo sido capaz de reflectir sobre os meus valores, sentimentos, e todos os factores que pudessem afectar a relação terapêutica; de identificar os meus mecanismos de protecção e de defesa na relação (sublimação, projecção, formação reactiva); e de gerir fenómenos de transferência e contra-transferência. Desenvolvi competências relacionais com o utente e família através do desenvolvimento da relação terapêutica; entrevistas de ajuda; estratégias facilitadoras da comunicação e técnicas comunicacionais adequadas, de acordo com as características do utente e da família.

Durante o estágio, presenciei um episódio de agressividade, podendo observar a intervenção da equipa de enfermagem, e que suscitou a necessidade de pesquisar sobre as intervenções possíveis neste tipo de situações. As dificuldades na inter-relação com a pessoa em contexto da psiquiatria exigem estratégias de intervenção particulares, sustentadas numa visão humanística da pessoa. Neste sentido, encontrei em Chalifour (2008) uma proposta de intervenção (ANEXO IV) a ter em consideração na minha actuação futura perante situações de cólera e agressividade. Este autor permite-me a compressão da importância de adoptar, durante a avaliação da situação de agressividade, um conjunto de questões sobre o cliente (o que conheço deste cliente?; o que explica a sua agitação?; etc.), sobre ambiente (há outros intervenientes, por perto, que poderão apoiar-me na minha intervenção?; poderei diminuir os estímulos ambientais?; etc.) e sobre mim mesma (que se passa em mim?; quais são as minhas expectativas?; que intervenções vou desenvolver?; etc.); e a adequar a minha intervenção, por exemplo, ajudar o cliente a reconhecer a presença em si da cólera ou de comportamentos agressivos e ajudá-lo a determinar a origem da sua agressividade (nomeadamente na ansiedade que precedeu esta cólera, nas experiências vividas enquanto ameaça à auto-estima ou à sua integridade física, nas frustrações ligadas à satisfação de uma expectativa).

Assim, concluo que cumpro com o objectivo, actuando sempre no sentido de ajudar o indivíduo que se encontrava a vivenciar um estado de desequilíbrio a adquirir mais capacidades para ajudar-se a si mesmo, o que me possibilitou desenvolver competências específicas na intervenção na crise.

❖ Entrevista de Ajuda

As entrevistas de enfermagem foram realizadas com a intenção de estabelecer uma relação terapêutica que me permitisse identificar as necessidades sentidas pelo doente e sua família, formular diagnósticos de enfermagem com vista ao planeamento e implementação de cuidados adequados e personalizados, estabelecendo objectivos e intervenções para o tratamento e a verificação de estratégias de acção. Estas desenvolveram-se de acordo com metodologia própria, sustentada nos fundamentos teóricos de Phaneuf (2005) (ANEXO V). De acordo com a autora, a entrevista é muitas vezes o veículo das intervenções da enfermeira que quer ajudar a pessoa a tomar consciência de certas coisas e a sensibilizá-la para a necessidade de modificar alguns dos seus comportamentos, servindo também para explorar estratégias de suporte para a pessoa no seu processo de mudança.

Consciente de que é importante recurso para avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição (Phaneuf, 2005), as entrevistas de ajuda tiveram os seguintes objectivos: estabelecimento da relação terapêutica; planificação de cuidados (avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação das intervenções, avaliação dos resultados); colher dados; ajudar a pessoa em situação de crise, resolução de problemas ou de conflitos; informar e educar (patologia, evolução, tratamento, prognóstico, adesão ao projecto terapêutico, alterar hábitos não saudáveis); permitir a expressão de emoções, sentimentos, dúvidas e questões do seu interesse; tomar conhecimento do significado e vivências da pessoa e família relativamente à doença, ajudar na percepção da mesma, fazer emergir elementos de resolução do problema/necessidade e validar recursos anteriores adequados e eficazes. Neste sentido, as entrevistas de enfermagem foram estruturadas do seguinte modo:

1. Preparação: preparar o local (ambiente calmo, cadeiras num ângulo de noventa graus); tomar medidas para não ser interrompida; consultar previamente o processo; delinear objectivos (geralmente, colheita de dados e de ajuda), natureza (preferencialmente, entrevista semi-directiva).
2. Orientação: apresentar-me e instalar a pessoa confortavelmente; explicar os objectivos, o tempo disponível e o processo da entrevista, salientando a confidencialidade; demonstrar uma postura de receptividade (posição descontraída e ligeiramente inclinada para a frente) e escuta activa; se necessário, adoptar técnicas de diminuição ansiedade (por exemplo, toque).
3. Exploração: iniciar com perguntas abertas e permitir que a pessoa se exprima; sempre que necessário, recorrer a perguntas fechadas, mas não orientadoras, no sentido de

clarificar algum assunto; encorajar a pessoa a relatar os seus problemas principais; adoptar uma comunicação funcional (simplicidade, concisão, clareza, pertinência, flexibilidade, adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da pessoa); manter a entrevista sob controlo, mas dando sempre espaço a que a pessoa possa responder no seu modo e na totalidade; obter respostas tão precisas quanto possível; avaliar estado físico e mental; analisar e interpretar comunicação verbal e não-verbal da pessoa.

4. Conclusão: resumir o que se apreendeu da entrevista e validar junto da pessoa as conclusões (verificar ideias erróneas); questionar a pessoa se há algo que deseja falar e que tenha sido abordado; agendar próxima entrevista, explicando o que se pretende fazer de seguida; agradecer disponibilidade.

Na minha prática, privilegiei a entrevista de ajuda por a considerar uma ferramenta de extrema relevância para o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista, imprescindível na intervenção junto dos doentes em crise. Foram realizadas quatro entrevistas formais a dois utentes: na admissão e após três semanas de internamento. As entrevistas na admissão constituíram momentos de avaliação diagnóstica, contribuindo para a elaboração dos respectivos estudos de caso, incluindo o plano de cuidados à pessoa em situação de crise. As entrevistas realizadas após três semanas de internamento permitiram a avaliação das intervenções implementadas, percebendo em que medida é que contribuíram para a melhoria do estado de saúde de cada um dos utentes.

Senti-me tranquila, à vontade, segura e bem preparada na sua realização, sendo capaz de gerir fenómenos de transferência e contra-transferência, recorrendo a técnicas comunicacionais adequadas à relação terapêutica (linguagem simples e clara, contacto visual, manter a pessoa centrada no tema abordado, etc.).

As entrevistas facilitaram a obtenção de ganhos em saúde para os utentes, ajudando na adequação das intervenções de enfermagem por forma a dar uma resposta eficaz e eficiente às suas necessidades, resultando na melhoria significativa das alterações da saúde mental e resolução da crise. Revelou-se um contributo muito positivo na minha formação pessoal e profissional, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica, sustentada na confiança e empatia, tornando-me um elemento de referência para o doente e sua família. As informações consideradas pertinentes para prestação de cuidados foram partilhadas com a equipa multidisciplinar, dando visibilidade às minhas intervenções junto da pessoa em situação de crise.

❖ Relaxamento

Ao longo do segundo módulo de estágio, desenvolvi seis sessões de relaxamento, mais especificamente, um ciclo de três sessões com a técnica da Imaginação Guiada intercaladas com três sessões com a técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson, versão modi-

ficada de Bernstein e Borkovec (1978) cit. in Payne (2003). Considerei pertinente desenvolver estas sessões, baseadas nos fundamentos teóricos de Payne (2003) (ANEXO VI), na medida em que o relaxamento é uma intervenção terapêutica estratégica no combate as adversidades do dia-a-dia, aos factores geradores de stress. Pode ser utilizado na resolução de problemas, constituindo um método natural com efeitos semelhantes aos dos ansiolíticos. A escolha destas duas técnicas de relaxamento deveu-se ao facto de poderem ser utilizadas ao longo do ciclo vital, nos diversos grupos etários, em pessoas física e/ou mentalmente doentes desde que devidamente seleccionadas e adaptadas a cada situação, apresentado bons resultados na diminuição dos níveis de ansiedade. Além disso, são técnicas simples, económicas e que facilmente podem implementadas na prática comum dos enfermeiros, podendo mesmo ser ensinada aos doentes e que podem ser utilizadas por eles no seu tratamento. Para cada técnica foi elaborado um plano de sessão, um guião de orientação e respectiva avaliação (ANEXO VII e VIII).

O relaxamento progressivo de Jacobson visa reduzir o tónus muscular e, consequentemente, diminuir a excitabilidade cerebral, levando o córtex ao repouso; além do elemento calma, de diminuição da tensão e da ansiedade, este método pode libertar também certos problemas afectivos, inconscientes em maior ou menor nível; exige do indivíduo uma enorme atenção e um estado muito intenso de vigiância, e propõe uma educação muito acentuada da sensibilidade proprioceptiva e cinestésica, que irá permitir o domínio do tónus e, consequentemente, o domínio de si (Masson, 1986). Segundo Payne (2003), embora o método de Jacobson reduzisse tanto a pulsação e a pressão sanguínea, era demasiado longo e pouco apelativo tal como estava originalmente, surgindo então o “treino de relaxamento progressivo”, desenvolvido por Bernstein e Borkovec, cuja abordagem consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos, e simultaneamente, prestar atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento.

A Imaginação Guiada ou Ideação Orientada recorre à utilização de imagens mentais que, de acordo com Payne (2003), podem ser utilizadas como valor terapêutico de forma a proporcionar: auto-desenvolvimento e mudança psicológica; relaxamento; e distração, por exemplo, para desviar a mente de pensamentos inoportunos. A imagem mental ou ideação pode ser considerada como uma técnica de relaxamento individual ou fazendo parte de outras técnicas; é um processo de pensamento que invoca os sentidos (visão, audição, olfacto, paladar e tacto), podendo estar todos envolvidos nesta actividade, e podem ocorrer na ausência de qualquer estímulo externo (Payne, 2003). Pretende-se que as imagens sejam agradáveis, induzindo uma sensação de calma que deve-se, em parte, à distração relativamente a pensamentos geradores de stress; contudo a imaginação pode aproximar-nos do eu interno, e esta sua característica pode ser usada para ajudar as pessoas a descobrir nelas próprias novas possibilidades, de forma a enriquecer as suas vidas (Payne, 2003).

Na primeira sessão de relaxamento, senti alguma dificuldade em escolher os doentes que possuíam critérios para a sua realização. Muitos apresentavam-se em evidente actividade alucinatória e delirante, cuja participação seria contraproducente não só para o próprio mas

também para o restante grupo, motivo pelo qual não os seleccionei. Além disso, senti alguma dificuldade quando abordei os doentes para participarem, pois alguns demonstraram alguma resistência, sendo necessário motiva-los para realizarem a sessão de relaxamento. Mas ao longo das sessões seguintes, estas dificuldades foram ultrapassadas. A iniciativa e motivação para a participação, por parte dos doentes, manteve-se ao longo das restantes sessões, independentemente da técnica utilizada; alguns porque gostaram de participar, outros por curiosidade. Em todas as sessões, foram sempre surgindo novos participantes. A formação de um grupo fechado nunca foi considerada, uma vez que a CP I é uma unidade de internamento de doentes em fase aguda, conseqüentemente, a maioria dos doentes têm alta ao fim de cerca de três a quatro semanas.

As sessões de relaxamento bem como as diferentes técnicas foram bem aceites pelos grupos. Durante a sua realização, observei que os doentes foram capazes de manter o foco da atenção durante o treino, de seguir as instruções e cumprir o procedimento na totalidade. Na avaliação, além da observação, recorri à escala de faces da dor no início e final da sessão, o que facilitou aos participantes verbalizar os seus sentimentos e a forma como os sentiram e vivenciaram, possibilitando-os comparar o antes e o depois, o que também permitiu-me perceber o impacto causado pelo relaxamento. Todos os participantes assinalaram na escala de faces da dor uma melhoria do seu bem-estar de pelo menos um nível. De um modo geral, o grupo verbalizou o alívio de tensão e da ansiedade sentindo-se mais relaxados.

Assim, considero que as sessões de relaxamento foram de encontro aos objectivos propostos. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista através da prestação de cuidados de qualidade, com recurso a uma metodologia de trabalho activa no cuidar da pessoa com doença mental.

❖ **Actividades Terapêuticas Psicossociais e Educativas**

As actividades terapêuticas de grupo desenvolvidas durante o estágio foram sustentadas por uma pesquisa prévia e fundamentação teórica (ANEXO IX). Os indivíduos com perturbação mental apresentam, frequentemente, disfunção cognitiva, negativismo, ansiedade, desinteresse, baixa auto-estima, fracos relacionamentos interpessoais e isolamento social. De acordo com LaSelle e LaSelle (2001), as actividades terapêuticas de grupo estimulam a interacção entre os membros, mediante um foco sobre tarefas simples que encorajam os membros a concentrarem-se nos objectivos do grupo, em vez das suas próprias questões individuais. Um grupo proporciona ao enfermeiro uma modalidade potencialmente mais terapêutica do que o encontro entre duas pessoas, enfermeiro e utente; possibilita aos seus membros uma variedade de relacionamentos, enquanto interagem uns com os outros e com o líder do grupo (LaSelle e LaSelle, 2001). O grupo terapêutico, tem como objectivo ajudar os indivíduos a alte-

rarem os seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o stress da vida diária; para atingirem este objectivo, os indivíduos encontram-se regularmente para expressarem suas ideias, sentimentos e preocupações, para examinarem seus modos actuais de comportamento e para desenvolverem novos padrões de comportamento (Taylor, 1992).

Foram realizadas quatro sessões semanais, com a duração de uma hora cada, com os seguintes objectivos: promover o desenvolvimento pessoal, no contexto da dinâmica de grupo; promover a interacção organizada do grupo, de modo a aumentar a capacidade de comunicação interpessoal, a reduzir o isolamento, a corrigir comportamentos sociais desajustados e a desenvolver novas habilidades sociais; estimular a expressão de opiniões, sentimentos, emoções, dúvidas, anseios, a partilha de experiências e conhecimentos entre os membros; educar e estimular a reflexão sobre situações vivida, a sua doença e a importância da adesão ao projecto terapêutico; identificar factores geradores de stress e promover a capacitação da pessoa para lidar com os eventos da vida; ajudar os indivíduos a alterarem os seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o stress da vida diária.

A constituição do grupo foi heterogénea, ou seja, doentes internados na CP I com diferentes patologias, géneros masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios), variando entre oito a doze dos membros, não sendo possível formar um grupo fechado por esta ser uma unidade de internamento de doentes em fase aguda cuja média de tempo de internamento é de três a quatro semanas.

Ao longo das sessões foi pedido aos participantes que comentassem individualmente a sua interpretação sobre determinados temas abordados, verbalizando sentimentos, opiniões, questões ou dúvidas suscitadas pela temática. Estas sessões constituíram importantes momentos de partilha de experiências, não apenas sobre as temáticas abordadas mas também sobre assuntos individuais que os perturbavam e que permitiram uma melhor compreensão do contexto familiar, social, económico e cultural e como isso afectou a sua condição mental. Foi possível ao grupo reflectir sobre várias formas de suportar e compreender melhor as experiências que vivenciaram, a evolução da sua doença e a importância da adesão ao projecto terapêutico; sensibilizar para a mudança de ideias e comportamentos desajustados; aquisição de novas estratégias para a resolução de problemas e o planeamento de metas.

Desenvolvi um papel activo na dinamização das sessões, na gestão de um ambiente terapêutico, na coordenação das intervenções, na modulação da expressão dos sentimentos e opiniões, e abordei temáticas que estimularam a participação do grupo. Adoptei uma postura que revelasse segurança, tranquilidade e confiança, sendo capaz de gerir fenómenos de transferência e contra-transferência, tendo sempre consideração os limites da relação terapêutica. Desenvolvi técnicas comunicacionais adequadas à relação terapêutica, de acordo com as características do grupo, como por exemplo, utilizar uma linguagem simples, clara e adaptada ao contexto, atitude de receptividade (atenção ao outro, contacto visual), encorajamento (para

continuar a expressar determinada ideia) e focalização (manter a pessoa centrada no tema abordado).

As actividades terapêuticas de grupo com vertente psicossocial e educativa foram, de todas as actividades realizadas durante o estágio, as que obtiveram maior adesão, interesse e participação activa por parte dos doentes, proporcionando-me momentos privilegiados para conhecer melhor os doentes e como reagem face á diversidade de opiniões e a sua interacção com o grupo. Permitiram-me analisar a interacção do grupo através da observação dos comportamentos e atitudes, como por exemplo, vergonha, timidez, entusiasmo, curiosidade, entre outros; identificar factores stressores que afectam a estabilidade individual e que estão intimamente relacionados com as recaídas e o prognóstico da doença; ajudar os doentes a encontrarem formas de enfrentar alguns problemas do quotidiano, bem como dificuldades na interacção social, através do aconselhamento, da validação e reforço positivo dos comportamentos e atitudes adequadas, da clarificação de ideias e opiniões e do encorajamento para o desenvolvimento de novas competências psicossociais e educativas.

Os temas foram bem aceites e considerados pertinentes pelo grupo. A avaliação das sessões foi realizada individualmente através da observação da comunicação verbal (questões, dúvidas, opiniões, sugestões, troca de experiências, apreciação individual sobre a sessão entre outros) e não verbal (postura, motivação, atenção, comportamentos, gestos,).

Após uma reflexão crítica (ANEXO X), considero ter atingido os objectivos propostos. As actividades terapêuticas desenvolvidas contribuíram positivamente para o desenvolvimento pessoal dos membros do grupo, para a sua educação, desenvolvimento de competências relacionais, autoconhecimento e para a aprendizagem de novos modos e mais eficazes de lidarem com factores stressores. Além disso, permitiu-me o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

❖ Internamento Compulsivo

Talvez pela falta de experiência em unidades de internamento de doentes com perturbação mental em situação aguda, aliado à existência de vários doentes sob o regime de Internamento Compulsivo, o facto é que esta temática despertou-me algum interesse. Além disso, para desenvolver uma prática de cuidados de excelência na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é necessário adquirir conhecimentos que permitam decidir e actuar em conformidade com a legislação vigente. A identificação dos dilemas éticos, e a forma como reflectir sobre eles, torna necessário que os profissionais de enfermagem possuam os conhecimentos e a experiência para contribuir para a correcta compreensão, análise e tomada de decisão, à luz de referências bem ponderadas (Queirós, 2001). Neste sentido, realizei uma pesquisa

bibliográfica que me permitiu entender melhor o contexto da legislação de saúde mental e reflectir sobre boas práticas de direitos humanos (ANEXO XI).

De acordo com a Organização Mundial De Saúde (2005), o objectivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos.

“Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis [...] reflecte uma sociedade que respeita e cuida do seu povo. A legislação progressista pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção da saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais.” (Organização Mundial De Saúde, 2005, p.1).

É de referir que a Lei de Saúde Mental não viola os princípios da Constituição da República Portuguesa. No que respeita ao internamento compulsivo, no n.º 2 do artigo 27.º da Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de Agosto, “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança”; e a alínea *h*) do n.º 3 acrescenta que o direito à liberdade e à segurança não é violado se o internamento for “em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente”.

O internamento compulsivo em psiquiatria é uma intervenção de última linha nos indivíduos que manifestam perturbações mentais graves e recusam tratamento, fundamentada nos princípios de necessidade terapêutica e de protecção social; e quando se verifica a aplicação correcta da lei, não causa prejuízo aos direitos fundamentais. Contribui para a melhoria do estado de saúde, da segurança e do bem-estar dos doentes com perturbações mentais graves, família, e de uma maneira geral da sociedade.

São várias as formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, nomeadamente através da elaboração, implementação e aplicação de uma boa legislação. A decisão de internamento compulsivo surge da necessidade de proteger e assegurar tratamento psiquiátrico adequado, sem o qual o doente com transtorno mental grave pode sofrer consequências dramáticas. O seu procedimento está rigorosamente legislado sendo importante o conhecimento dos principais aspectos que o caracterizam.

❖ Estudos de caso

O estudo de caso proporciona uma familiarização do enfermeiro com a literatura científica, utilizada para fundamentar suas decisões; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribui para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem. (GALDEANO *et al*, 2006). É um método que pode ser aplicado a uma grande variedade

de de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem.

Durante o decurso do estágio, realizei dois estudos de caso, analisando-os à luz de diferentes modelos teóricos de enfermagem. Com o objectivo de descrever, compreender, avaliar e explorar cada caso clínico, este trabalho pretende ser uma ferramenta importante para o levantamento e análise de problemas e/ou necessidades essenciais para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções adequadas, contribuindo para prestação de cuidados individualizados de qualidade. A metodologia adoptada na realização deste trabalho é descritiva, reflexiva e analítica, com base na consulta do processo clínico, na entrevista de enfermagem e na pesquisa bibliográfica considerada pertinente. A sua realização foi consentida por ambos utentes e teve por base o princípio ético da participação livre e esclarecida.

O primeiro estudo de caso (ANEXO XII), aborda a situação de uma utente com diagnóstico clínico de Depressão Major, onde adoptei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman por permitir a abordagem da pessoa na sua globalidade, atendendo a constante interacção com o ambiente, quer interno, quer externo, que interfere na estabilidade do seu sistema. Este modelo baseia-se na reacção do indivíduo ao *stress* e nos factores envolvidos na reconstituição ou adaptação do seu sistema. A sua aplicação no caso da D.M. permitiu compreender o que desencadeou a situação actual, identificando stressores presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem com vista à resolução dos seus problemas no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar.

O segundo estudo de caso (ANEXO XIII) aborda a situação de uma utente com diagnóstico clínico: provável Esquizofrenia Paranóide. Para uma prática de cuidados de excelência à pessoa com doença mental, em particular à pessoa com diagnóstico de Esquizofrenia, é essencial o desenvolvimento de uma relação interpessoal enfermeiro-cliente positiva que dê segurança à pessoa e satisfaça as suas necessidades. É durante o processo interpessoal e terapêutico que o enfermeiro adquire conhecimento sobre os aspectos biopsicossociais e culturais que influenciam a qualidade de vida do cliente. O modelo de Peplau proporcionou-me uma base teórica para a interacção com D.C., constituiu um importante contributo para a análise do caso, para a elaboração do respectivo plano de cuidados de enfermagem, e valida os diferentes papéis que adoptei no sentido de ajudar a utente a adquirir novos recursos ou reajustar recursos antigos para enfrentar novos problemas recorrentes da via.

De um modo geral, considero que a realização destes estudos de caso revelaram-se uma importante estratégia na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para a melhoria da condição de saúde dos utentes através intervenções sustentadas no conhecimento aprofundado da pessoa, na sua complexidade e no seu dinamismo próprio.

- **OBJECTIVO 3 - Intervir junto do utente com perturbação mental e família, em contexto de internamento, com vista ao tratamento, prevenção de recaídas, e reabilitação psicossocial.**

De modo a ajudar a pessoa a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja, a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, é necessário incentivar o doente na busca e desenvolvimento das capacidades remanescentes, no sentido de alcançar a sua autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, o que só é possível se o enfermeiro compreender as vivências do utente e família relativamente à doença mental.

De forma a cumprir com o objectivo, foi necessário implementar intervenções de enfermagem cuja abordagem ao doente foi feita essencialmente na vertente psicossocial e educativa, com uma visão holística, centrando a acção na promoção da saúde, tratamento e reabilitação do utente. Assim, além de dar continuidade a algumas actividades iniciadas ainda em situação de crise (por exemplo, entrevista de enfermagem, actividades terapêuticas de grupo, sessões de relaxamento), desenvolvi as seguintes actividades:

❖ **Educação para a Saúde**

No planeamento de cuidados à pessoa com patologia mental torna-se importante a adopção de intervenções que tenham como objectivo a promoção da qualidade de vida, sendo a educação para a saúde um factor fundamental. Atendendo a que estas pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade psicossocial, necessitam de sessões de educação para a saúde estruturadas e que respondam às suas necessidades específicas. Estes, com frequência, apresentam disfunção cognitiva, desinteresse e baixa auto-estima, o que pode levar à negligência ou mesmo ao défice de hábitos de vida saudáveis. Mais do que informar, ao enfermeiro compete-lhe educar, promovendo a aquisição ou modificação de comportamentos inerentes à manutenção ou recuperação da saúde. O enfermeiro é um educador para a saúde e, tal como refere Carvalho e Carvalho (2006), educar é uma dimensão do cuidar.

Considerando a realidade da CPI, faz todo sentido que se desenvolvam acções de educação para a saúde (ANEXO XIV) que visem a diminuição de comportamentos de risco e a implementação de estilos de vida saudáveis. Efectivamente, é evidente que a maioria dos doentes internados na CPI tem grandes carências de formação no âmbito da saúde. A escolha das áreas temáticas abordadas teve em conta a sua pertinência para o grupo de doentes que se encontravam internados na altura, e as necessidades identificadas, e a possibilidade de desenvolverem competências que os tornassem mais despertos para a sua saúde física e mental. Assim, as três sessões de Educação para a Saúde foram sobre “Saúde Oral”, “Viva mais... Diga não ao Tabaco” e “Viva Melhor o Verão” (ANEXO XV).

Estas sessões tiveram como objectivos: contribuir para a melhoria do estado de saúde geral dos utentes; promover o entendimento sobre a importância da adesão de estilos de vida

saudáveis e alertar para as consequências de comportamentos nocivos para a saúde física e mental; promover a informação sobre as temáticas abordadas; promover atitudes e valores positivos no âmbito das temáticas abordadas, com vista à tomada de decisão responsável e autónoma; promover a comunicação interpessoal no grupo; criar espaços de debate que permitissem aos participantes, individualmente ou em grupo, colocar as suas questões, opiniões e os seus problemas; criar um espaço onde fosse possível o aconselhamento, mantendo a disponibilidade e o sigilo. Destinaram-se a doentes internados na CPI, que se encontravam orientados auto e alopsiquicamente, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) e que manifestaram interesse em participar.

Além da preocupação de informar, tive que recorrer a estratégias criativas para captar e manter a atenção do grupo, promovendo o seu envolvimento, com o intuito de criar condições para as pessoas reflectissem sobre os comportamentos não saudáveis e se tornassem mais capazes para tomarem decisões que interessem ao seu bem-estar pessoal, familiar e social, com todo o conhecimento de causa. Neste sentido, a realização das sessões de educação para a saúde exigiu a adopção de uma atitude de envolvimento efectivo, de compromisso e dirigida ao aproveitamento e desenvolvimento das potencialidades do doente na sua saúde. Implicou o domínio dos processos de comunicação, da relação de ajuda e conhecimentos sobre os processos de adopção de comportamentos relacionados com a saúde.

As sessões de educação para a saúde promoveram a interacção entre os participantes que, através da partilha de informação e debate de opiniões, concluíram, na sua maioria, que são agentes activos na sua saúde e que é necessário adoptarem comportamentos de saudáveis.

❖ **Desenvolvimento de Competências Psicossociais e Funcionais**

“Muitas vezes as perturbações mentais mais graves dão origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional, que podem ser compensadas através do processo de reabilitação, que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.” (Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento da Saúde Mental em Portugal, 2007).

O projecto “Desenvolvimento de Competências Psicossociais e Funcionais” encontra-se implementado pela equipe de enfermagem e surgiu da necessidade de colmatar as dificuldades de âmbito funcional (actividades de vida diária, autonomia) e relacional, que têm vindo a ser detectadas em alguns doentes internados na CP I. Tem por objectivo a promoção da aquisição de competências funcionais e psicossociais nos doentes, e implica a elaboração e exe-

ção de um programa individual, que parte da avaliação da pessoa, e é adaptado à realidade específica de cada um. O acompanhamento é individual e contínuo, e tem em consideração os objetivos da intervenção, a sua implementação e a avaliação de metas alcançadas.

Este projecto faz todo o sentido uma vez que, com a nova reestruturação e desenvolvimento da saúde mental em Portugal na qual esta incluída uma visão holística do ser humano e a promoção da sua reabilitação e inserção social, torna-se necessário e fundamental que os enfermeiros promovam acções que visem a sua independência pessoal (por exemplo, alimentação e higiene), inteligência prática (capacidade de se ser auto-suficiente como pessoa), e desenvolvimento de competências na realização das actividades de vida diária.

O objectivo principal do internamento dos utentes em situação aguda da perturbação mental é a actuação na crise, estabilização da patologia, reduzir alterações do pensamento e da percepção, sentimentos de ansiedade e angústia e “normalizar” o seu comportamento. No entanto, em vários casos, em especial nos internamentos mais prolongados (que na sua maioria devem-se à situação social), o internamento constitui um momento em que o enfermeiro pode implementar acções que visem a promoção da autonomia, da inteligência prática e do desenvolvimento de competências na realização das actividades de vida diária e também psicossociais; ou seja, capacitar a pessoa disfuncional para atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar. O tratamento e a reabilitação, numa perspectiva holística, são interdependentes, interagindo um sobre o outro; a combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, existindo diferenças entre os métodos utilizados e as metas a longo e a curto prazo (Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento da Saúde Mental em Portugal, 2007).

Em conjunto com a restante equipa de enfermagem, planei e desenvolvi programas personalizados com vista ao incremento das competências individuais, em particular, o treino de aptidões funcionais e o desenvolvimento sócio-emocional, de forma a maximizar a sua autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, evitando fenómenos de exclusão social. Neste sentido, desempenhei um papel activo ao incentivar, instruir, orientar e apoiar o indivíduo para o auto-cuidado (banho, higiene oral, barba), para a realização de actividades de vida diária (fazer a sua cama, cuidar da roupa pessoal, limpar e organizar o seu roupeiro e mesa-de-cabeceira), para a participação em actividades lúdicas e pedagógicas e para a resolução de problemas do quotidiano (por exemplo, gerir dinheiro e cumprimento de horários). Pude ajudar a pessoa a potencializar as suas capacidades e atingir um padrão, o mais próximo possível, de funcionamento saudável e satisfatório, o que contribuiu para o seu bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida.

A maior dificuldade sentida diz respeito à motivação para a adesão ao projecto, cujos destinatários são uma pequena parte dos utentes internados na CPI, que já não se encontram numa fase aguda da doença, ou seja, já não estão numa situação de crise, mas por razões sociais (integração numa unidade de reabilitação, falta de suporte comunitário, outros) vão permanecendo no serviço por tempo indeterminado. Na sua maioria, estes utentes já sofreram vários reinternamentos, encontrando-se desinteressados pela sua situação de saúde, sem

esperança no tratamento, auto-estima ou vontade em integrar nas actividades que lhes eram propostas. Neste sentido, tive que educar para a importância do projecto, negociar o estabelecimento de metas mais simples (aumentando gradualmente a sua complexidade), esclarecer e dar exemplos de sucesso (por exemplo, alguém ainda internado no serviço e que aderiu ao projecto), modular os comportamentos e motivar os assistentes operacionais a colaborar com a equipa de enfermagem.

Integrar este projecto permitiu-me desenvolver uma prática reflexiva (ANEXO XVI), e facilitou o estabelecimento da relação de ajuda com os utentes, que reconheceram em mim uma pessoa de referência, solicitando a minha validação nas tarefas por eles desempenhadas. Pude ajudar a pessoa a potencializar as suas capacidades e atingir um padrão, o mais próximo possível, de funcionamento saudável e satisfatório, o que contribuiu para o seu bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida.

1.3. REFLEXÃO

A CP I é um local de estágio rico em situações que dão origem a questões, argumentação, análise, avaliação e investigação. Facilitou o meu processo de aprendizagem, promoveu a reflexão sobre a prática de cuidados na área de saúde mental e psiquiatria e permitiu uma visão crítica sobre a dinâmica da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados em fase aguda, a nível institucional. Permitiu verificar a importância do papel que cada elemento da equipa multidisciplinar desempenha no tratamento do doente, e o destaque que o enfermeiro tem enquanto elo de ligação das várias áreas de actuação.

Os cuidados prestados permitiram-me vivências que possibilitaram a análise e a discussão de situações concretas e objectivas, nas quais se procurarão soluções adequadas e ancoradas na vertente teórica. Promoveram a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, no contexto prático da intervenção em crise, que conduziram ao desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

De acordo com Phaneuf (2005, p.4), as aquisições de formação e experiência profissional, bem como as exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas em contexto de trabalho ou de estágio, são fundamentais para a aquisição da competência clínica em enfermagem, que define como sendo:

“(...) um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Pude estabelecer relações terapêuticas sustentadas na relação de ajuda, bem como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. Penso ter contribuído para a adequação das respostas da pessoa com perturbação mental e sua família perante os problemas relacionados com a doença mental, no sentido de evitar o agravamento da situação e a exclusão social, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Constituiu um desafio não só profissional mas também pessoal. Proporcionou-me momentos de reflexão sobre mim enquanto pessoa e sobre a forma como me relaciono com o outro. E foi no estabelecimento da relação de ajuda com o doente e a sua família que surgiram as maiores dúvidas e anseios, o que considero natural, uma vez que a especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica visa o desenvolvimento de competências menos relacionadas com técnicas instrumentais e mais com as dimensões relacionais e comunicacionais.

De um modo geral, considero ter cumprido com o projecto de estágio, tendo apenas reformulado alguns conteúdos mais específicos ao longo do estágio, que só foram possíveis averiguar após o conhecimento adequado da realidade do serviço e das suas necessidades. O cronograma apresentado no projecto de estágio, e que foi elaborado com base nas actividades a desenvolver para atingir os objectivos propostos, foi cumprido sem dificuldade.

Assim, concluo ter atingido todos os objectivos propostos inicialmente, e reconheço a sua importância na medida em que eles direccionaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, evitando dispersões ao longo do estágio. Além disso, revelaram-se válidos pois permitiram o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, prestando cuidados de qualidade, não só no sentido de preservar, manter ou recuperar a saúde mental, mas também no sentido de alcançar a reintegração e a reabilitação psicossocial.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem, Decreto-lei nº161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº104/98, de 21 de Abril, Artigo 4º, compete ao enfermeiro especialista executar, para além dos cuidados gerais, *“cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”*.

Como enfermeira de cuidados de saúde primários, com pouca experiência junto de utentes em fase aguda da doença no âmbito da saúde mental e psiquiatria, considero fundamentais as práticas desenvolvidas na CP I, pela aquisição de novas ferramentas e desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista, e pela tomada conhecimento de recursos destinados para a pessoa com doença mental e família.

2. MÓDULOS I E III – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO PRECOCE E PREVENÇÃO NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE

2.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SÃO JOÃO DA TALHA

A realização do Módulo I e III visou o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no âmbito da promoção de estilos de vida, do diagnóstico precoce e da prevenção na comunidade. O estágio decorreu de 26 de Setembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, realizado em contexto de trabalho na Unidade de Saúde Familiar São João da Talha (USFSJT), situada na freguesia de S. João da Talha, Concelho de Loures, Distrito de Lisboa, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VI – Loures, constituídos pelos Centros de Saúde de Loures e Sacavém.

A USFSJT (ANEXO XVII) garante a prestação de cuidados personalizados, globais, acessíveis e longitudinais a todos os cidadãos utentes da unidade, independentemente da sua idade, sexo ou cultura. Tem por base o trabalho em equipa e em articulação com os recursos da comunidade, com vista a obtenção de ganhos em saúde, a continuidade dos cuidados prestados, valorizando essencialmente as vertentes da acessibilidade, a relação custo-benefício/produzividade, qualidade técnico-científica, eficácia, eficiência e satisfação. O seu principal objectivo é a satisfação dos compromissos relativos à prestação dos cuidados de saúde, desenvolvimento profissional e cooperação interdisciplinar.

2.2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

As políticas em saúde não são estáticas, e a reestruturação dos serviços de saúde mental passa pela transição para um modelo comunitário, ou seja, mais cuidados integrados na comunidade e menos cuidados hospitalares. A reforma da saúde mental é indispensável para assegurar a integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, aproximar os cuidados de saúde mental das populações, facilitar o acesso dos utentes e famílias aos serviços, e desenvolver os programas comunitários integrados que a evidência científica mostra serem actualmente os mais efectivos. Acredito que esta é uma mudança importante e que a prestação de cuidados em saúde mental e psiquiatria na comunidade pode revelar-se mais eficiente e abrangente do que o modelo hospitalar, por serem mais acessíveis em termos de custo e de proximidade dos seus lares, possibilitando a manutenção das suas actividades quotidianas e a monitorização das pessoas com perturbação mental. Além disso, facilitam iniciativas realizadas junto da comunidade no âmbito da promoção de saúde mental, bem como a detecção precoce de situações de risco.

As questões da saúde mental são transversais a todas as áreas de actuação e, enquanto Enfermeira de Família, não só actuo na promoção da saúde mas também realizo intervenções holísticas nas situações de doença física e nas diferentes componentes psicossociais do utente e família. Diariamente lido com pessoas que sofrem de doença mental ou em situação de risco, bem como com a sua família, sendo confrontada com situações que requerem habilidades e competências que só através da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica poderei dar uma resposta adequada.

Neste sentido, e por contar com uma equipa multidisciplinar dinâmica e inovadora, com a abertura e o potencial necessário para a implementação de novos projectos e desafios na área de saúde mental na comunidade, considereei que a USFSJT reúne as características necessárias para desenvolver os módulos I e III de estágio.

Estes módulos de estágio tiveram como **objectivo geral desenvolver competências na área da saúde mental e psiquiatria no âmbito da promoção de estilos de vida, do diagnóstico precoce e da prevenção na comunidade.**

Segundo Phaneuf (2005, p.4):

“(...) o conceito de competência cobre um saber em actos, responsável, reconhecido, organizado em função de uma finalidade. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, trata-se de um conjunto integrado, que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-efectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tais como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

As competências clínicas do especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro generalista, sustentado por conhecimentos, capacidades e habilidades na área de especialidade que permitem atingir níveis diferenciados de cuidados.

A minha abordagem ao indivíduo, família, grupo e comunidade foi influenciada pelas teóricas Neuman e Peplau (Neeb, 2000; Tomey e Alligod, 2004).

O modelo de Neuman privilegia a abordagem da pessoa global guiando as minhas intervenções no sentido de ajudar os PCI a obterem e manterem um nível óptimo de bem-estar. As intervenções de enfermagem são intencionais e têm como objectivo a prevenção através da redução de factores de stress e de condições adversas que, potencial ou realmente, se encaixam no funcionamento óptimo da pessoa (Tomey e Alligod, 2004).

Peplau esclarece os papéis que o enfermeiro pode adoptar na educação e na adopção de modelos de desempenho de saúde física e mental (Neeb, 2000), sustentando a relação terapêutica estabelecida com os PCI que contribui para prestação de cuidados de qualidade; onde privilegiei a relação de ajuda, que constitui:

“(...) um processo relacional complexo através do qual o interveniente se interessa pelas pessoas, famílias, grupos, aos seus modos de interagir com o seu ambiente para aí recolher a informação, a energia e a matéria necessárias à satisfação das suas necessidades. Segundo as necessidades e as dificuldades que apresentam, as intervenções do

interveniente serão centradas sobre a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a readaptação.” Chalifour (2008, p. 212-213).

Com o intuito de cumprir o objectivo geral proposto, estabeleci os seguintes **objectivos específicos**:

- **OBJECTIVO 1** – Promover a saúde mental e prevenção da sobrecarga no cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica inserida na comunidade.

Actualmente verifica-se a tendência crescente para transferir o cuidar da pessoa dependente para o domicílio, atribuindo a responsabilidade ao cuidador informal, que na maioria das vezes é um familiar próximo. Tal facto deve-se à sobrecarga do sistema de saúde e, por outro lado, mesmo considerando as mudanças no sistema familiar, o domicílio continua a ser o espaço sociocultural natural.

Na maioria das vezes, este cuidador não está ou não se sente devidamente preparado para a prestação de cuidados do seu ente querido ou encontra-se em sobrecarga psicológica significativa que advém desta responsabilidade, pela relação de proximidade com a pessoa dependente e pela falta de recursos de suporte.

Na comunidade, o especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pode intervir de forma autónoma ao prestar cuidados à população, identificando problemas que possam resultar em doença mental, prescrevendo e implementando intervenções de enfermagem que visem a promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde mental. No âmbito do exercício da minha actividade de enfermeira em cuidados de saúde primários, é com grande frequência que contacto com estes cuidadores informais. Consciente de que estão sujeitos a enormes fontes de stress, constituindo um grupo de alto risco para o desenvolvimento de problemas físicos e mentais, considerei pertinente dirigir estes módulos de estágio para a promoção da saúde mental e prevenção da sobrecarga no PCI, considerando os importantes ganhos em saúde não só para os próprios, mas para a sociedade em geral.

As actividades realizadas foram antecipadas por um levantamento das necessidades, e realizadas devido à sua pertinência e utilidade para o PCI, doente e sua família. Assim, com vista a atingir este objectivo, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ❖ **Estudo:** “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha”

Ao desenvolver estes módulos de estágio em contexto de trabalho, considerei pertinente elaborar um estudo que permitisse um melhor conhecimento destes PCI, contribuindo para a compreensão mais abrangente do cuidado informal ao idoso dependente. Além disso, pretendeu-se com a sua realização verificar a necessidade de criar novos projectos comunitários direccionados e especializados que intervenham precocemente junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou o alívio da sobrecarga.

Assim, este estudo (ANEXO XVIII) tem como objectivos caracterizar o cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica inscritos na USFSJT e avaliar o nível de sobrecarga objectiva e subjectiva por eles apresentados. Tendo como questão inicial “Qual o nível de sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar de S. João da Talha?”, esta investigação apresenta um estudo quantitativo de tipo descritivo e exploratório, transversal e não experimental.

Por questões relacionadas com a acessibilidade, escolheu-se como população alvo todos os cuidadores informais de idosos dependentes com doença crónica inscritos na USFSJT que usufruam ou já tenham usufruído de visita domiciliária pela equipa de enfermagem. A necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio foi considerada como indicador por se tratar de situações de alguma dependência por parte dos idosos, que naturalmente justificariam o envolvimento de PCI. Foi realizada a pesquisa de utentes, por médico de família, através do sistema informático *Vitacare* (adoptado pela USF) que reuniam os seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos de idade; ter pelo menos uma visita domiciliária pela equipa de enfermagem. Esta escolha destes critérios de pesquisa deve-se ao facto de não existir um diagnóstico que permita a identificação de todos os utentes que reúnem os critérios desejados para inclusão no estudo. De seguida, foram contactados os médicos e enfermeiros de família, que identificaram 92 utentes portadores de doença crónica dependentes, dos quais foram seleccionados 28 para a aplicação do questionário. O estudo foi realizado com base numa amostra não probabilística, segundo o método de amostragem acidental, de acordo com a sua acessibilidade e do consentimento em participar voluntariamente no estudo, e que reuniam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos de idade; ser o cuidador principal da pessoa idosa dependente com idade igual ou superior a 65 anos; prestar cuidados por um período igual ou superior a seis meses; estar apto para responder ao questionário; assinar o consentimento informado.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o “Questionário ao Cuidador Informal do Idoso Dependente com Doença Crónica”, dividido em duas partes: Identificação do Cuidador Informal e Escala de Sobrecarga do Cuidador. A primeira parte é constituída por 15 itens que, para além dos dados sociodemográficos sobre o cuidador, incidem também sobre o contexto da prestação de cuidados, a rede de apoio e o estado de saúde dos PCI. A segunda parte, é constituída pela Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) e permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal, incluindo informação sobre os quatro principais factores de sobrecarga (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar percepção de auto-eficácia). A colheita de dados foi realizada entre 14 a 18

de Novembro de 2011, em contexto domiciliário, sendo solicitada a todos os participantes a sua declaração de consentimento informado, após esclarecimento e informação acerca da importância e tipo de estudo, do seu objectivo, da necessidade da sua participação voluntária, garantindo o seu anonimato, e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, sem qualquer prejuízo. O questionário foi elaborado por forma a ser possível o preenchimento pelos próprios prestadores de cuidados mas, tendo em atenção o baixo nível de escolaridade de muitos dos elementos da população, bem como o grau de dificuldade que o preenchimento do instrumentos poderia representar, colocou-se desde logo a possibilidade de os questionários poderem ser respondidos com ajuda parcial ou total do profissional de saúde que estivesse em contacto com o inquirido. A aplicação do questionário aos PCI foi, na sua maioria (64,3%), aplicado pelo próprio autor do estudo, que contactou previamente por telefone os seleccionados de modo a confirmar a sua disponibilidade e vontade em participar no estudo. Em relação aos PCI que constituíram a amostra, cuja colheita de dados foi realizada por outros enfermeiros da USF (25%), não foi estabelecido contacto telefónico na medida em que se encontravam, no momento da aplicação do questionário, a usufruir de cuidados de enfermagem no domicílio. A estes enfermeiros foi efectuada uma explicação prévia do estudo, garantindo-se o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir sobre o seu preenchimento. Apenas 10,7% dos questionários foram preenchidos pelos próprios inquiridos, que tiveram possibilidade de contactar o autor do estudo se considerasse

Os dados colhidos foram introduzidos e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 para Windows 7. Os resultados obtidos através da colheita de dados da Identificação do Cuidador Informal encontram-se dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e relativas. Os resultados obtidos na Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) encontram-se dispostos (em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e relativas) e analisados de forma agrupada, de acordo com os quatro principais factores de sobrecarga (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção de auto-eficácia); cotação global da escala de sobrecarga do cuidador; e sobrecarga objetiva e subjetiva. Os questionários aplicados foram sujeitos a codificações por um número editor e tratados separadamente da base geral, de modo a garantir a sua confidencialidade.

Os resultados permitem concluir que, de um modo geral e à semelhança de outros estudos, a família constitui um elemento fundamental na assistência ao idoso dependente com doença crónica. Os PCI são predominantemente do sexo feminino (75%), o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos (Brito, 2002; Lage, 2007; Moreira, 2004). Verifica-se que, na sua maioria, têm idade igual ou superior a 65 anos e são casados. De salientar que os participantes se situavam maioritariamente com idades próximas da pessoa de quem cuidam, o que é compreensível se atendermos ao facto de uma percentagem significativa ser o

conjugue, estando assim de acordo com os resultados expressos no estudo de Veríssimo e Moreira (2004). Tal como acontece nos estudos de Brito (2002) e Ricarte (2009), no que concerne à literacia, verifica-se que a maioria dos participantes possui baixa escolaridade; e encontram-se reformados, dado que está em consonância com Francisco D'El Rey e Mazarrasa Alvear (1995) que consideram as domésticas, desempregados e os reformados, os grupos com mais possibilidade de dispor tempo para a realização de actividades de ajuda.

Relativamente ao contexto da prestação de cuidados, verifica-se que todos os PCI são familiares da pessoa dependente, o que vai de encontro com vários autores que consideram a família o principal agente dos cuidados informais (Lage, 2007; Figueiredo, 2007; Sousa, Relvas e Mendes, 2007). A coabitação é predominante (96%), facto que pode ter tido influência no emergir natural do cuidador, dado que, como referem Veríssimo e Moreira (2004) citando Jani-Le Bris (1993), muitas vezes assume-se o papel de cuidador pela proximidade geográfica, física e afectiva vivida entre quem cuida e quem é cuidado. A situação de prestação de cuidados tem um tempo de duração superior a 2 anos e inferior ou igual a 5 anos em 89% dos casos, e em relação ao número de horas que os PCI ocupam no cuidado da pessoa dependente, verifica-se que 35,7% da amostra despende até 4 horas; 35% despende entre 4 a 6 horas e 28,6% ocupam mais do que 6 horas por dia. Este número de horas referem-se à prestação activa de cuidados, ou seja, no desenvolvimento de actividades exclusivamente direccionadas para a pessoa dependente, como por exemplo, higiene pessoal, mobilizações e alimentação. Deste modo, considero que é significativo o número de PCI que possuem um grande volume de trabalho diário pois entende-se que além deste número de horas declaradas, é necessário acrescentar muitas mais horas de atenção para com a pessoa dependente.

No que respeita à rede de apoio dos PCI, a maioria afirma que receber a apoio, com destaque para o apoio familiar e apoio domiciliário (IPSS's e Centro Paroquial), em particular na higiene da pessoa dependente, na higiene da habitação e na alimentação. Saliencia-se que na grande maioria dos casos, o PCI refere apenas o apoio instrumental e nenhum identifica qualquer tipo de suporte emocional. Estes resultados demonstram o que foi possível avaliar durante a aplicação do questionário, em que foi visível a necessidade que os PCI tinham em exprimir as dificuldades e necessidades inerentes aos cuidados, valorizando em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, relegando para um segundo plano as suas próprias necessidades. Além disso, em semelhança com o que acontece no estudo de Brito (2002), como um dos critérios de na identificação destes PCI era receberem cuidados de enfermagem no domicílio, o que à partida facilita o acesso a outros tipos de ajuda profissional.

Quanto ao estado de saúde, a maioria (53,6%) dos PCI classificou-o como 'Fraco', semelhante ao resultado óbito no estudo de Ricarte (2009), apesar de não tomarem regularmente medicação para 'acalmar os nervos' (67,9%), nem 'para dormir' (64,3%), ou terem realizado qualquer tratamento 'por doença nervosa' (71,4%), dados compatíveis com os obtidos por Brito (2002). Tal como no estudo de Figueiredo (2007), verifica-se que os prestadores de cuidados têm, na sua maioria, uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde, mesmo recorrendo a respostas formais de apoio.

Relativamente ao dados obtido na aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), verifica-se que estamos perante uma população de PCI com níveis muito elevados de sobrecarga. Ao considerar a percentagem elevada (89,3%) de PCI que apresentam níveis de sobrecarga intensa importa salientar que no processo de selecção da amostra para o estudo, um dos critérios para identificar os cuidadores foi o idoso ter usufruído da visita domiciliária de enfermagem, o que pode ser considerado um indicador situação de alguma dependência.

Tabela 1 – Cotação global da escala de sobrecarga do dos PCI de acordo com os pontos de corte.

	<i>Nível de Sobrecarga</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
	<i>Sem Sobrecarga</i>	0	0,0%
	<i>Sobrecarga Ligeira</i>	3	10,7%
	<i>Sobrecarga Intensa</i>	25	89,3%
	<i>Total</i>	28	100,0%

De acordo com Lage (2005), as consequências que o cuidado pode ter no prestador de cuidados e no sistema familiar têm sido reconhecidas desde uma forma objectiva e subjectiva. Figueiredo (2007) refere que a vantagem na distinção entre estas duas dimensões reside na possibilidade de se analisar separadamente as tarefas da prestação informal de cuidados e as respostas emocionais do cuidador. A mesma autora acrescenta que, a investigação tem demonstrado que a sobrecarga subjectiva constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, ao contrário da sobrecarga objectiva.

Relativamente à sobrecarga objectiva, verifica-se que os inquiridos são menos afectados negativamente pelas relações interpessoais, revelando que, apesar da elevada sobrecarga e sentimento de incapacidade na manutenção da prestação de cuidados por um período prolongado de tempo, na maioria das vezes os PCI consideram desejar continuar a cuidar do seu familiar.

Tabela 2 – Score médio da sobrecarga objectiva dos PCI.

Sobrecarga Objectiva						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	25.0	7.1	35.7	28.6	3.6
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.0	3.6	39.3	50.0	7.1

3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3.6	0.0	25.0	50.0	21.4
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	60.7	28.5	3.6	3.6	3.6
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	10.7	17.9	57.1	10.7	3.6
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	10.7	14.3	39.3	28.6	7.1
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.0	7.1	17.9	75.0	0.0
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	3.6	10.7	82.1	3.6
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.0	17.9	35.7	35.7	10.7
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	7.1	53.6	28.6	10.7
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	28.6	28.6	28.6	10.7	3.6
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	3.6	3.6	42.8	46.4	3.6
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	3.6	10.7	35.7	42.9	7.1
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	14.3	21.4	35.7	25.0	3.6
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.0	7.1	64.3	28.6	0.0
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.4	7.1

Na sobrecarga subjectiva, os PCI sentem receio face às suas expectativas relativamente à prestação de cuidados, no que diz respeito à dependência dos seus familiares, aos encargos económicos, revelando grande receio pelo futuro do idoso dependente. No entanto, revelam uma perceção satisfatória relativamente à sua eficácia no papel de cuidadores, considerando que dão o seu melhor, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar, como a auto satisfação pelo “dever cumprido” em cuidar o melhor possível do seu familiar.

Tabela 3 – Score médio da sobrecarga subjectiva dos PCI.

Sobrecarga Subjectiva						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.5	7.1
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.0	0.0	7.1	35.8	57.1
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.0	10.7	3.6	57.1	28.6
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.0	7.1	10.7	64.3	17.9
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	25.0	14.3	50.0	10.7	0.0
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	21.4	17.5	50.0	7.1	0.0

De um modo geral, este estudo oferece informações que incitam à reflexão sobre várias questões relacionadas com os aspectos psicopatológicos que o cuidar poderá desencadear, auxiliando tanto os profissionais que trabalham com estes grupos, quanto os PCI. Ajuda a identificar necessidades, criar/otimizar/adequar estratégias e recursos que contribuam para o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores e idosos, e permite a criação de serviços de adaptados às suas características.

Este estudo fomentou a reflexão crítica da prática profissional e dos problemas relacionados com o utente e família, conduzindo à formulação e análise de questões de maior complexidade relacionados com a temática da sobrecarga do cuidador, com base num discurso pessoal fundamentado, considerando diferentes perspectivas da problemática. Permitiu-me promover e realizar investigação em serviço, aprofundando o nível conhecimentos na minha área de especialização.

❖ **Visita Domiciliária ao PCI**

A realização do estudo revelou a urgência de intervir junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou aliviar a sobrecarga. Neste sentido, considerei pertinente a implementação da VD (Visita Domiciliária) ao PCI (ANEXO XIX) na USFSJT, por constituir um recurso essencial na intervenção comunitária.

A VD é realizada por dois enfermeiros que, após avaliação da situação e discussão do caso junto da equipa de enfermagem da USF, estabelece a periodicidade da mesma, e se considerarem necessária intervenção médica podem solicitar a colaboração do médico assistente do PCI. Os PCI podem ser referenciados por qualquer profissional da equipa multidisciplinar, a pedido da família/amigo do PCI ou do próprio. Na grande maioria dos casos, verificou-se que a iniciativa foi da equipa de enfermagem, mas em alguns casos surgiu do próprio PCI através da verbalização da necessidade de apoio na prestação de cuidados ou de sentimento de fadiga.

Esta actividade tem como objectivos: assegurar uma vigilância de saúde adequada do PCI; identificar factores protectores da saúde mental e factores predisponentes da perturbação mental; adaptar os cuidados às necessidades da pessoa idosa dependente e do PCI/família; adequar recursos de apoio existentes por forma a otimizar a prestação de cuidados informais; avaliar no contexto e potenciar os conhecimentos e capacidades do PCI; identificar a percepção do PCI informal relativamente aos cuidados prestados; apoiar o PCI, promovendo a utilização de estratégias de *coping* eficazes; garantir a manutenção da prestação de cuidados informais; e identificar situações de necessidade de descanso do cuidador. pretende-se que os profissionais prestem vigilância de saúde adequada do PCI

É de salientar que, o conceito de *coping* adoptado ao longo deste trabalho é o definido pelo ICN (1999, p. 50, cit. por ICN, 2005):

“(...) tipo de Adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

A implementação desta actividade permitiu aos PCI reconhecerem as suas competências para o cuidado, obter informação e apoio em situações familiares mais complexas, bem como orientação na busca de soluções para as necessidades sentidas. Facilitou a intervenção da equipa de enfermagem no sentido da promoção da saúde mental e prevenção da sobrecarga no PCI através da capacitação do cuidador para que este possa criar/desenvolver/otimizar recursos próprios com vista à resolução de problemas. Foram valorizados os recursos e as capacidades dos PCI e da família e não tanto as suas dificuldades e problemas, e dado suporte emocional e informacional e não apenas atenção a aspetos práticos do cuidado.

Desde o início da visitação domiciliária ao PCI, já foram referenciados dois casos para a RNCCI no âmbito do descanso do cuidador, por verificar-se desgaste físico e mental, e alteração das relações sociais e familiares. Um PCI foi referenciado para o médico assistente por alterações do estado geral de saúde (humor depressivo, insónias, diminuição do apetite e do peso). Em todas as visitas domiciliárias procedeu-se à identificação e optimização dos recursos de apoio disponíveis: família, vizinhos e amigos; recursos pessoais (auto-eficácia, crenças, valores); e recursos sociais (RNCCI, centros de dia, apoio domiciliário).

Por reconhecer os importantes ganhos em saúde obtidos para o idoso dependente, PCI/família e sociedade, a equipa de enfermagem desta instituição considera indispensável a continuidade da visita domiciliária ao PCI. Considera, ainda, que o acompanhamento e a interacção próxima e regular com o idoso dependente e o PCI constituem importantes contributos para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, por facilitar o suporte, o acompanhamento, a supervisão, a (re)avaliação dos recursos de apoio existentes e a optimização das estratégias de coping.

Deste modo, posso afirmar que esta iniciativa promoveu meu desenvolvimento pessoal e profissional bem como de todos os elementos da equipa de enfermagem, permitiu-me desenvolver um papel activo na supervisão do exercício profissional, zelando pelos cuidados prestados na minha área de especialização com base numa metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

❖ **Sessão Apoio Psicoeducativa na Comunidade**

Ao longo da minha prática profissional, verifico frequentemente a falta de resposta às necessidades dos PCI, que não sabem que existem ou quais os serviços de saúde a quem podem recorrer no sentido de obterem informação, orientação e apoio para a prestação e manutenção de cuidados, bem como os recursos disponíveis na comunidade. Assim, e em

concordância com Silva, Sequeira e Barbosa (2008), considero necessária a implementação de programas comunitários que promovam a informação e a formação dos prestadores de cuidados, e que podem reduzir os níveis de mal-estar dos cuidadores além de serem determinantes e de grande utilidade na aquisição e desenvolvimento de competências, de conhecimentos e na cooperação e compreensão do plano de cuidados.

O apoio psicoeducativo tem como objectivo central a diminuição da sobrecarga subjectiva, na medida em que procura apurar a percepção dos cuidadores relativamente as suas próprias necessidades, melhorar a relação entre o cuidador e o doente, promover a troca de experiências fomentando a ventilação emocional e, por último, otimizar as aptidões práticas inerentes ao cuidar (Chen *et. al*, 2010, cit. In Pinto, 2010).

Para isso, é essencial o estabelecimento de parcerias na comunidade e a sua sensibilização para a temática da sobrecarga do cuidador. Após o levantamento dos recursos existentes na comunidade e das necessidades ao nível das várias respostas sociais, foram estabelecidos vários contactos: assistente social e Presidente da Junta de Freguesia de S. João da Talha; directora técnica do Polo Comunitário 'Os Amigos de Sempre'; e primeira Vogal da Direcção Executiva da União de Cultura e Acção.

Por considerar este tipo de intervenção uma importante estratégia na prevenção ou na redução dos níveis de sobrecarga inerentes à prestação de cuidados informais, foi realizada uma sessão de apoio psicoeducativa a 24 de Janeiro de 2012, no Polo Comunitário 'Os Amigos de Sempre', em S. João da Talha.

Esta instituição dá aos PCI vários tipos de respostas sociais: Lar/Residência, Centro de Dia, Centro Comunitário e apoio domiciliário. A sua escolha deve-se à disponibilidade e abertura da direcção em desenvolver novos projectos e à particularidade desta prestar apoio domiciliário, uma vez que este é o contexto associado a maiores níveis de sobrecarga do PCI, onde o idoso se encontra permanentemente dependente dos cuidadores informais principais.

Esta intervenção teve como objectivo geral reduzir o impacto negativo e a sobrecarga associada à prestação de cuidados da pessoa idosa dependente com doença crónica e, neste sentido, prevenir a sua exacerbação, através da optimização das competências e autoestima do cuidador. Os destinatários foram os PCI dos idosos dependentes com doença crónica que usufruem de apoio domiciliário do Polo Comunitário.

A sessão organizou-se em torno de duas dimensões: educativa e de suporte. A vertente educativa pretendeu dar resposta a dois objetivos: a) informar sobre a doença (etiologia, quadro clínico, prognóstico, regime terapêutico, redes de apoio, legislação de saúde, etc.), o que permite aos pacientes e à família antecipar disrupções e mudanças no estilo de vida requeridas pela doença, aumentando a sua capacidade para lidar construtivamente com essas transições; esclarecer sobre cuidados no domicílio, nomeadamente, como aliviar os efeitos adversos dos tratamentos e prevenir eventuais recaídas; dar conhecimento sobre recursos

comunitários que podem ajudar nos seus esforços; *b*) reenquadrar a doença, desenvolvendo sentimentos de competência e controlo (Sousa, Relvas e Mendes, 2007). A vertente de suporte teve por função dar orientações para reduzir o stress resultante do impacto da doença; ajudar a gerir emoções e a usar estratégias mais eficazes de resolução de problemas; facilitar a comunicação na família e com os serviços de saúde; evitar o isolamento social e manter redes de apoio (Sousa, Relvas e Mendes, 2007).

Constituiu uma intervenção num grupo de PCI, dirigida aos PCI, mas sem a presença dos idosos dependentes. Um grupo proporciona ao enfermeiro uma modalidade potencialmente mais terapêutica do que o encontro entre duas pessoas, enfermeiro e utente; possibilita aos seus membros uma variedade de relacionamentos, enquanto interagem uns com os outros e com o líder do grupo (LaSalle e LaSalle, 2001).

Optou-se por realizar uma sessão com uma duração de 60 minutos por considerar que uma duração superior seria demasiado cansativa e poderia trazer alguns transtornos para os cuidadores, interferindo na decisão da sua participação, enquanto que uma duração superior seria insuficiente para a consolidação dos objectivos da sessão. Esta sessão foi desenvolvida a um sábado, considerando que seria a este dia da semana seria mais fácil ao cuidador organizar os recursos de apoio informais (família, amigos ou vizinhos) por forma a manter o idoso dependente acompanhado no seu domicílio.

Foi entregue um folheto para divulgação da sessão (ANEXO XX) e comunicado à direcção da instituição, responsável pelo recrutamento de participantes junto aos PCI que usufruem de apoio domiciliário, que o número de participantes deveria compreender entre 10 a 15 cuidadores. Mas, a adesão foi maior do que a prevista: 14 participantes confirmaram a sua presença, mas efectivamente compareceram 27 cuidadores. Este número elevado de participantes impediu que a sessão se desenvolvesse tal como previsto: devido ao espaço da sala de reuniões, as cadeiras tiveram que ficar dispostas em filas e não dispostas em forma de círculo, dificultando assim o contacto visual e interacção entre os participantes; os 60 minutos estipulados inicialmente revelaram-se insuficientes para que todos participassem, logo a duração da sessão teve de ser prolongada até aos 90 minutos.

A sessão foi dinamizada por mim com a colaboração de uma médica assistente da USFSJT e de uma interna de Medicina Geral e Familiar, pretendendo que esta fosse uma intervenção multidisciplinar para uma resposta mais abrangente às necessidades do PCI. Desenvolvi um papel activo na dinamização da sessão, na coordenação das participações, na normalização da experiência de alguns sentimentos (medos, angústias, sofrimentos, cansaço). Adoptei uma postura empática, que revelasse interesse, segurança, tranquilidade e confiança, sendo capaz de gerir fenómenos de transferência e contra-transferência, tendo sempre consideração os limites da relação terapêutica. Desenvolvi técnicas comunicacionais adequadas à relação terapêutica, de acordo com as características do grupo, como por exemplo, utilizar uma linguagem simples, clara e adaptada ao contexto, atitude de receptividade (atenção ao outro, contacto visual), encorajamento (para continuar a expressar determinada ideia) e focalização (manter a pessoa centrada no tema abordado).

Procurei diminuir as discrepâncias entre as necessidades dos PCI e as dos receptores de cuidados através da partilha de experiências e da informação sobre: a doença crónica, formas de tratamento e cuidados; a importância da optimização das dinâmicas familiares; as redes de apoio; o impacte da doença no cuidador e repercussões; e algumas estratégias para lidarem com o stress e a sobrecarga.

Verificou-se que todos os participantes eram familiares que, por escolha ou obrigação, se viram confrontados com a situação de cuidar um idoso dependente. Deste modo, a sessão que permitiu uma perspectiva interfamiliar do cuidar, através de uma melhor compreensão da percepção dos familiares acerca da prestação de cuidados. Permitiu ainda que fossem perspectivados nas suas singularidades, através da partilha de diferentes experiências, expressão de sentimentos e dúvidas. Ofereceu aos participantes um espaço para falarem abertamente sobre um problema em comum: a doença crónica. Ajudou os PCI a identificarem eles próprios as suas necessidades e estratégias para lidarem com as dificuldades, a (re)pensarem nos seus recursos de apoio e em formas de os otimizar/adaptar/adequar ao seu contexto da prestação de cuidados, tornando-os mais competentes e capazes de gerir as relações interpessoais, o ambiente e os acontecimentos de vida, contribuindo para melhorar o funcionamento psicossocial do doente e o bem-estar da família.

A avaliação da sessão foi realizada através da observação da comunicação verbal (questões, dúvidas, opiniões, sugestões, troca de experiências, apreciação individual sobre a sessão) e não-verbal (postura, motivação, atenção, comportamentos, gestos) do grupo. O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelo grupo.

Por condicionantes temporais, uma vez que foram desenvolvidas várias actividades ao longo do estágio, e também pela disponibilidade dos parceiros comunitários, apenas foi programada a realização de uma sessão psicoeducativa. Tal como foi referido por alguns participantes, pela direcção do Polo Comunitário e pelos colaboradores, considera-se pertinente a continuidade deste tipo de intervenção. Neste sentido, pretendo após a conclusão deste estágio, desenvolver um programa de apoio às famílias na USFSJT e em parceria com o Polo Comunitário.

❖ Grupo de Voluntariado

Considerei pertinente a dinamização das redes de voluntariado locais com iniciativas de interesse social e comunitário, no sentido de activar um grupo de voluntários no âmbito do alívio da sobrecarga do PCI. O objectivo deste grupo é promover um apoio pontual ao cuidador ao nível de algumas actividades de vida diária ou simplesmente para sua companhia ou do doente crónico.

Tal como já foi referido anteriormente, realizei uma pesquisa sobre os recursos existentes na comunidade e verifiquei a existência de uma instituição que presta apoio social a pessoas idosas e familiares em regime de voluntariado – a União de Cultura e Acção (UCA). Foi estabelecido o contacto com a primeira vogal da direcção executiva da UCA. Esta instituição está localizada em Santa Iria de Azóia, e é uma associação sem fins lucrativos que tem por objectivo incentivar a cultura, o saber, o convívio e a integração de todos os associados. Tem actividades implementadas no sentido de combater o isolamento e a exclusão social, tais como a realização de convívios e o voluntariado de proximidade.

O voluntariado de proximidade faz parte do projecto denominado 'Acção Social', destinado aos sócios desta instituição, onde os voluntários colaboram com as pessoas idosas: prestam apoio nas actividades do quotidiano, fazem companhia, acompanhamento nas idas às consultas médicas ou em actividades de lazer (passeios, teatro, etc.), sinalização aos coordenadores de casos de negligência (dos técnicos de saúde, dos familiares, etc.), entre outros. A angariação e formação destes voluntários tem o apoio do Banco Local de Voluntariado de Loures (BLVL), programa promovido e gerido pela Câmara Municipal de Loures que tem como objectivo desenvolver uma cultura de voluntariado no seio da comunidade local.

Foi pedida colaboração à UCA no sentido de criar uma bolsa de voluntários para apoiar o PCI: fazer companhia ao PCI; substituir o PCI por curtos períodos de tempo (quando o PCI necessita e se ausentar para ir ao Banco, Supermercado, consulta médica, etc.); e auxiliar na prestação de cuidados. A representante da direcção desta instituição revelou-se sensibilizada para esta problemática, disponibilizando-se para verificar a viabilidade desta acção junto dos seus colaboradores. Neste momento, aguardo resposta para iniciar o processo de sinalização de voluntários e cuidadores interessados.

- **OBJECTIVO 2 – Promover a reflexão das práticas de enfermagem, no âmbito da prevenção da sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica inserida na comunidade.**

O enfermeiro na comunidade presta cuidados personalizados a indivíduos e famílias, acompanhando o seu desenvolvimento ao longo de todas as fases do ciclo de vida. Esta assistência com carácter de continuidade permite ao enfermeiro assistir a situações de sofrimento e mesmo ao eclodir de distúrbios mentais numa fase inicial, quer se trate de simples reacções adaptativas, em fases críticas do ciclo de vida, ou mesmo em situações de doença mental grave.

Por conseguinte, considero essencial a sensibilização de todos os enfermeiros que actuam no contexto comunitário para esta problemática, pois encontram-se numa situação privilegiada para implementarem práticas que visem a promoção e protecção da saúde mental, e até mesmo para detectarem precocemente situações de risco ou de sobrecarga do PCI e

deste modo realizarem rapidamente a sua referenciação para o médico assistente ou mesmo para cuidados psiquiátricos especializados.

É meu papel, como futura especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promover esta sensibilização e a consciência da equipa de enfermagem para a necessidade de desenvolver uma prática reflexiva no sentido da optimização da qualidade dos seus cuidados na área da saúde mental, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Para isso, é importante proporcionar informação para o processo de cuidar, alertando para a necessidade de intervirem de forma pró-activa na redução de factores precipitantes de perturbação mental, e de participarem em projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade. Neste sentido, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

❖ **Questionário aos Enfermeiros da USF**

Devido à complexidade que envolve a atenção ao PCI de Idosos Dependentes com Doença Crónica, em particular a capacidade dos profissionais de saúde em detectar as necessidades de assistência destes cuidadores, foi elaborado e aplicado um questionário aos enfermeiros da USFSJT (ANEXO XXI e XXII). Este questionário teve como objectivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática da sobrecarga do cuidador informal.

Todos os inquiridos (8 enfermeiros) responderam que a visita domiciliária é o contexto de trabalho durante o qual identificam um maior número de situações de sobrecarga do PCI, e desde que este programa de enfermagem foi implementado (em Dezembro de 2008) tem-se verificado um aumento do número de identificação de novas situações de risco. A maioria (87,5%) refere conhecer os seguintes recursos de apoio comunitários como sendo capazes de proporcionar algum alívio da sobrecarga do PCI: a RNCCI, o apoio domiciliário e os centros de dia. Apenas 1 enfermeiro (13,5%) identificou outro recurso, além dos descritos anteriormente: as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), nomeando a AMARA (Associação de pela Dignidade na Vida e na Morte). Todos afirmam divulgar a existência destes recursos de apoio ao PCI, e a maioria (75%) refere ter realizado, nos últimos 6 meses, entre 3 a 6 avaliações de enfermagem no âmbito da referenciação para a RNCCI para descanso do PCI (é de salientar que as avaliações de enfermagem para a RNCCI são realizadas por dois enfermeiros em conjunto, justificando o número elevado de pedidos de referenciação). Todos referem utilizar os instrumentos presentes na folha de referenciação para a RNCCI na avaliação de enfermagem, aos quais 50% dos inquiridos acrescentam com os instrumentos do Vita-care – sistema informático adoptado pela USFSJT. Relativamente aos aspectos mais relevantes na avaliação da sobrecarga do cuidador informal, a equipa de enfermagem classificou-os de acordo com a seguinte ordem de importância: o ‘Estado físico, mental e psicológico do cuidador’ aparece classificado como o mais importante por 87,5% dos inquiridos; o ‘Tipo e nível

de dependência do receptor de cuidados' é classificado como o segundo mais importante por 62,5% dos inquiridos; em terceiro lugar de importância segue-se a 'Percepção do cuidador sobre a prestação de cuidados' (62,5% dos inquiridos); 50% dos inquiridos classificam as 'Experiências, conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados' como sendo o quarto aspecto mais importante; e por fim, classificado como o menos importante por 50% dos inquiridos, surge os 'Recursos familiares, sociais e/ou económicos'.

Foi realizada uma reunião com a equipa de enfermagem para discussão dos resultados da aplicação do questionário onde todos os elementos reconheceram que o seu preenchimento conduziu à reflexão sobre as suas práticas, tornando-os mais conscientes dos factores que afectam o PCI e que são inerentes ao cuidado. Concluíram a necessidade de (re)ajustarem as suas intervenções de forma a conseguir canalizar estratégias eficazes e eficientes no sentido da promoção e/ou prevenção tratamento da perturbação mental do PCI.

Este questionário permite perceber que de facto a visitação domiciliária possibilita ao enfermeiro conhecer melhor o contexto em que a pessoa se encontra inserida, permitindo a avaliação das suas necessidades *in loco*. A maioria dos enfermeiros não divulga a existência das IPSS's como recurso de apoio ao PCI, e ao serem questionados referem desconhecer o seu funcionamento ou as mais próximas (que abrangem a área de residência da pessoa dependente/PCI). Privilegiam a RNCCI, realizado com frequência avaliações de enfermagem para referenciação para a RNCCI, e divulgam o internamento no âmbito do descanso do cuidador. Acredito que a aplicação deste questionário cumpriu o seu propósito, ou seja, resultou na sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática, fazendo com que deixassem de pensar no PCI não só como um importante recurso na prestação de cuidados à pessoa dependente, mas também como pessoa constituindo figuras na manutenção do seu bem-estar e da qualidade de vida.

❖ **Formação em Serviço**

Para que a promoção da saúde e prevenção da doença mental seja integrada com êxito nos cuidados de saúde primários é fundamental haver formação dos profissionais de saúde. Permite o conhecimento de novas abordagens na prestação de cuidados, promove a aplicação de conhecimentos e técnicas mais adequadas às situações e conduz às práticas reflexivas, tornando o enfermeiro mais eficaz e eficiente na resposta às necessidades dos utentes. A formação em serviço constitui um pilar fundamental na prestação de cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, que podem ser alterados/adaptados na medida em que são desenvolvidas novas investigações que produzem novos conhecimentos.

Neste sentido, considerei pertinente realizar uma formação com vista à divulgação dos aspectos mais relevantes do estudo "Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha", para a qual elaborei um plano de sessão, apresentação de diapositivos e respectiva avaliação da sessão (ANEXO XXIII).

O conhecimento das características destes PCI e do nível de sobrecarga por eles apresentados permite aos enfermeiros uma melhor compreensão de alguns aspectos determinantes para a saúde e qualidade de vida dos cuidadores, e a discussão da intervenção da equipa de enfermagem.

A equipa revelou-se surpreendida pelo estudo ter verificado uma percentagem elevada de inquiridos com níveis de sobrecarga elevados. Relativamente aos aspectos sociodemográficos do cuidador e do contexto da prestação de cuidados, afirmaram que estes corresponderam às suas expectativas, mas desconheciam os dados sobre a rede de apoio, que consideraram insuficiente, e que a maioria dos cuidadores classifica o seu estado de saúde como 'Mau'.

De um modo geral, a equipa concluiu a necessidade de apoiar mais os PCI e da existência de uma supervisão continuada da prestação de cuidados, concordando com a importância da manutenção da visita domiciliária ao PCI e com a criação de novos programas comunitários, disponibilizando-se para colaborar.

Esta formação permitiu-me a aquisição de competências, tais como: comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; identificar as necessidades formativas na área de especialização; e promover a formação em serviço.

❖ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Apesar dos recursos de apoio destinados aos PCI não serem ainda suficientes para dar resposta às necessidades inerentes à prestação de cuidados, tem-se verificado alguma preocupação em desenvolver iniciativas no sentido de assegurar algum auxílio a estes cuidadores, como é exemplo a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Estes recursos de apoio, centrados não só na melhoria global da tarefa de cuidar, mas também no aumento dos recursos pessoais do cuidador e, indirectamente, no bem-estar do receptor de cuidados, podem enquadrar-se dentro dos serviços sociais ou de saúde, com carácter privado ou público e, ainda, com remuneração associada ou em regime de voluntariado (Zarit *et. al*, 2001, cit. por Pinto, 2010).

No âmbito da RNCCI, o serviço de descanso temporário ao cuidador está previsto nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). De acordo com o n.º3, Artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, estas unidades podem proporcionar o internamento, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias. Os serviços de descanso ao cuidador visam pro-

porcionar uma pausa efectiva e temporária do acto de cuidar para que o cuidador descanse, possa realizar outras actividades ou assumir outras obrigações de carácter pessoal e, restituir as suas estratégias de coping (Shaw et. al., 2009, cit. por Pinto,2010).

No sentido de compreender o funcionamento do serviço de descanso ao cuidador, o número de vagas, os locais de internamento, as condições de acesso e as limitações funcionais, foi realizada uma entrevista à enfermeira da Equipa de Coordenação Local (ECL) de Sacavém (ANEXO XXIV), responsável de enfermagem pela avaliação e integração na RNCCI. Para conhecer melhor o processo de referenciação, assisti a uma reunião da ECL de Sacavém, entidade responsável pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, constituída por dois médicos, duas enfermeiras, uma assistente social e uma assistente técnica, onde foram discutidas várias propostas de integração para a RNCCI, nomeadamente dois casos de necessidade de descanso do PCI.

A entrevista e a reunião da ECL permitiram-me o acesso a informação sobre a referenciação para a rede; esclarecer dúvidas; obter as folhas de registo da avaliação médica, enfermagem e assistente social, bem como instrumentos de avaliação utilizados na proposta de integração na RNCCI; compreender os aspectos mais relevantes para a ECL na avaliação multidisciplinar das propostas, considerando a situação de saúde e social do doente e PCI, e a verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

O enfermeiro que actua na comunidade, especialmente em contexto domiciliário, é um elemento essencial na identificação e avaliação do PCI em risco ou em situação de sobrecarga, bem como na sua referenciação para os serviços de descanso do cuidador da RNCCI. Desse modo, considerei importante difundir a informação recolhida junto da equipa de enfermagem da USFSJT com o intuito de promover a reflexão sobre a temática, sensibilizando para a importância deste recurso de apoio, e estimular a sua divulgação junto dos PCI. Foi explicada a necessidade de dar atenção a determinados aspectos (estado de saúde do doente e PCI, percepção do PCI sobre a prestação de cuidados, rede de apoio, etc.) e o seu registo na avaliação de enfermagem com vista à referenciação para a RNCCI, bem como a importância do preenchimento de todas as escalas disponíveis, por permitirem uma avaliação mais objectiva da sobrecarga do PCI. Os enfermeiros referiram sentirem-se “mais à vontade” para falarem sobre este serviço junto dos PCI e mais capazes para responder a eventuais questões ou dúvidas, e esclarecer eventuais ideias erróneas levantadas pelos familiares, cuidadores ou doente.

2.3. REFLEXÃO

Ao reflectir sobre o percurso realizado ao longo destes dois módulos de estágio, considero que a escolha da problemática da sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente crónica foi bastante pertinente para a minha valorização profissional e pessoal, e mereceu o reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar, dos parceiros sociais e dos PCI. Permitiu-

me dar visibilidade às intervenções de enfermagem e sensibilizar para a necessidade da existência do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade.

No que diz respeito aos estudos encontrados sobre a temática do cuidador informal, na sua maioria a pessoa dependente é portadora de doença mental, mais especificamente Alzheimer e Esquizofrenia, ou encontra-se em fim de vida (cuidados paliativos), mais raramente abordam questões de assistência social. Deste modo, considerei oportuno desenvolver uma abordagem diferente, considerando o cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica.

A opção de realizar o estágio em contexto de trabalho deve-se ao facto de poder dar resposta a algumas das necessidades mais complexas do indivíduo, da família e da comunidade com as quais me deparo durante a minha prática profissional. Na comunidade, o enfermeiro especialista em saúde mental pode intervir de forma autónoma ao prestar cuidados à população, identificando problemas que possam resultar em doença mental, prescrevendo e implementando intervenções de enfermagem que visem a promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde mental.

O facto de já estar integrada no serviço e conhecer a instituição, foi possível rapidamente mobilizar a equipa e todos os recursos que facilitaram a minha intervenção, obtendo o apoio de todos na consecução do plano de acção que havia traçado.

A abordagem ao PCI e família foi facilitada pelo facto de prestar cuidados domiciliários na USFSJT, tendo já contactado com a maioria deles, o que proporcionou a sua aceitação em participar no estudo desenvolvido.

A minha intervenção passou também pela sensibilização da equipa de enfermagem para a temática da sobrecarga do cuidador informal, alertando para a complexidade que envolve a atenção ao PCI de idosos dependentes com doença crónica. Considero que este objectivo foi conseguido, tendo resultado na vontade em (re)ajustarem as práticas no sentido de ajudarem o PCI a utilizar recursos eficazes e eficientes que os aliviem na prestação de cuidados. Compreenderam o seu papel na promoção e protecção da saúde mental do PCI na medida em que podem facultar suporte, acompanhamento, supervisão, a (re)avaliação dos recursos de apoio existentes.

O percurso realizado permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional, onde a reflexão sistemática das práticas com vista à melhoria da qualidade da prestação de cuidados foi uma constante, resultando em ganhos em saúde para o utente/família e comunidade. Além disso, contribuiu não só para a aquisição de competências para a implementação de projectos futuros na área da saúde mental na comunidade, como permitiu-me ajudar toda a equipa a compreender melhor a prestação de cuidados informais, com base no conhecimento mais aprofundado dos seus contextos e necessidades, e que resultou na vontade de se envolverem nas actividades realizadas através da abordagem do utente/PCI/família.

Enquanto elemento da equipa de enfermagem da USFSJT, e por reconhecer os importantes ganhos em saúde obtidos para o idoso dependente, PCI/família e sociedade, considero indispensável a continuidade da intervenção iniciada. Para isso, conto com a colaboração de todos os profissionais da equipa multidisciplinar que se encontra receptiva para o desenvolvimento de projectos e/ou programas comunitários. É de salientar que a VD ao PCI vai continuar após a conclusão do estágio, com uma periodicidade mensal, e pretendo ainda implementar o projecto “Educar o Cuidador Informal da Pessoa Dependente”, desenvolvendo um papel activo na dinamização das intervenções. Este projecto destina-se aos PCI da pessoa dependente inscrita na USFSJT, e tem como objectivo promover a aquisição de conhecimentos nos PCI sobre cuidados básicos à pessoa em situação de dependência, através de um conjunto de acções de formação.

De um modo geral, considero ter atingido os objetivos delineados inicialmente no projeto de estágio. A realização das actividades foi discriminada e fundamentada na análise individualizada de cada objectivo ao longo deste relatório e resultaram no desenvolvimento das competências específicas da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este curso de especialização pretende dar resposta a algumas necessidades formativas sentidas na prestação de cuidados de saúde primários. As questões da saúde mental são transversais a todas as áreas de actuação e, enquanto Enfermeira de Família, não só actuo na promoção da saúde mas também realizo intervenções holísticas nas situações de doença física e nas diferentes componentes psicossociais do utente e família.

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na comunidade constitui um recurso essencial na: promoção da saúde mental de pessoas, família e comunidade; detecção e intervenção precoce; melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental, sem necessariamente recorrer aos serviços de psiquiatria; reabilitação psicossocial dos doentes com doença mental, por meio da orientação destes e dos familiares, verificação da adesão ao plano terapêutico, intervenção em situação de crise, consulta de enfermagem, visita domiciliar, entre outros. Além disso é um importante contributo para a sensibilização da comunidade, promoção da aceitação e integração da pessoa com perturbação mental, na família, no emprego e nos grupos sociais.

Por conseguinte, este relatório é resultado de um projecto de acção que orientou as práticas desenvolvidas com vista ao cumprimento dos objectivos delineados para cada módulo de estágio. Desta forma, este documento tornou-se algo singular, que traduz o carácter particular dos interesses, reflexões e vivências que nele se encontram descritas. Retrata o meu processo de aprendizagem ao longo do curso de mestrado, que resultou numa prática reflexiva suportada no desenvolvimento de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos que caracterizam as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por forma a facilitar o trabalho a quem integre cursos subsequentes, gostaria de sugerir a realização de uma sessão para orientação e esclarecimento de dúvidas sobre a elaboração do relatório antes do início da unidade curricular Estágio. Deste modo, os alunos poderão estruturar os portefólios ao longo dos módulos de estágio de modo a facilitar a compilação de toda a informação relevante para o relatório de estágio.

A realização do módulo II de estágio permitiu-me desenvolver competências específicas para o cuidado do indivíduo com perturbação mental e sua família, actuando em situação de crise e no seu tratamento, prevenção de recaídas, e reabilitação psicossocial. Desempenhei funções de grande relevância na melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sua família, através de uma prática adequada às suas necessidades.

No módulo I e III intervimos no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da sobrecarga no cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica inserida na comunidade. Através do estudo realizado, verifiquei que estes cuidadores se encontram com níveis elevados de sobrecarga, justificando todas as intervenções realizadas e a necessidade

de promover o envolvimento toda a equipa de enfermagem e a colaboração de parceiros sociais.

De um modo geral, este percurso formativo permitiu-me usufruir de uma experiência única na área da prestação de cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo largamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, com ênfase na realização de intervenções autónomas de enfermagem no âmbito da promoção e protecção da saúde mental, prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial. Permitiu-me consolidar conhecimentos e adquirir novas capacidades e habilidades para a prestação de cuidados diferenciados, traduzindo-se em ganhos em saúde para o indivíduo, família, grupo e comunidade. A sua elaboração proporcionou-me momentos de reflexão e análise crítica sobre as práticas desenvolvidas, dificuldades encontradas e respectivas estratégias para as ultrapassar.

Este estágio constitui um importante contributo para a minha formação e valorização profissional e pessoal, permitindo-me desenvolver competências para desenvolver projectos e/ou programas comunitários na área de saúde mental.

Considero que o meu desempenho foi satisfatório, conseguindo atingir todos os objectivos a que me propus, tendo contribuído para uma prestação de cuidados especializados de qualidade nos serviços por onde passei, resultando no reconhecimento da minha prestação pelas Orientadoras locais, equipa multidisciplinar, utentes e famílias.

4. BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
- BRITO, L. - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN 972-8717-19-9
- CAPLAN, G. - **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- CARVALHO, A. e CARVALHO, G. - **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Lisboa : Lusociência, 2006.
- CHALIFOUR, J. - **A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5
- CHALIFOUR, J. - **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta, 2009.
- COLLIÈRE, M. – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-757-109-3
- COMISSÃO NACIONAL PARA A RESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de acção – 2007-2016. [Em linha] 2007 [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível na internet: http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%A9RIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-strutura%C3%A7%C3%A3oSM_ABRIL2007.pdf
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)**. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. ISBN 972-98149-5-3
- CORDEIRO, J.C. - **Manual de Psiquiatria Clínica**. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.
- FAZENDA, I. - **O Puzzle desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN: 978-972-796-291-4

- FIGUEIREDO, Daniela – **Cuidados Familiares ao Idoso Dependente**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-276-1
- FRANCISCO D'EL REY, C. e MAZARRASA ALVEAR, L. - Cuidados Informales. Revista Rol de Enfermeira. ISSN 0210-5020. Ano XVIII, n. 202 (1995), p. 61-6
- GALDEANO, L.; ROSSI, L.; ZAGO, M. - Instructiva para la elaboración de un estudio de caso. Revista Latino-Americana Enfermagem [Em linha].Vol. 11, n.º 3 (2003), p.371-375. [Consult. 22 Maio 2011]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000300016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-1169
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- Índice de Envelhecimento [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [Consult 18 Nov. 2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2.
- JARA, J. - Hospitalização Psiquiátrica e Internamento Compulsivo. Bipolar: Revista da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. N.º 27 (2005), p. 8-10.
- LAGE, I. - Cuidados familiares a idosos. In PAÚL, C. e FONSECA, A. - **Envelhecer em Portugal**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. Cap. 8.
- LAGE, I. - **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.
- LaSELLE, P. e LaSELLE, A. – Grupos Terapêuticos. In STUART, G. e LARAIA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora., 2001. ISBN 85-7307-713-1
- MARTÍN, I. - O cuidado informal no âmbito social. In PAÚL, C. e FONSECA, A. - **Envelhecer em Portugal**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. Cap. 7.
- MARTINS, T., RIBEIRO, J. P. e GARRET, C. - Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, Saúde & Doenças. ISSN 1645-0086. Vol. 1, N. 4 (2003), p. 131-148.
- MASSON, S. - **Os relaxamentos**. São Paulo: Editora Manole, 1986.
- NEEB, K. – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-14-2

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Vol.2, n.º15 (2001).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde-DGS, 2001.ISBN: 972-675-082-2
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). **Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Lisboa: Ministério da Saúde-DGS, 2001.ISBN: 92-4-856282-5
- ORNELAS, J. - Psicologia Comunitária: Origens, Fundamentos e Áreas de Intervenção. Revista Análise Psicológica. XV (1997), p.375-388.
- PAÚL, M. - **Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.
- PAYNE, R. - **Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde**. Loures: Lusociência, 2003.
- PHANEUF, M. - **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3
- PINTO, M. - **Serviços de descanso ao cuidador: soluções de internamento temporário na região EDV**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Mestrado em Gerontologia.
- QUEIRÓS, A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.ISBN 972-8717-07-5
- RICARTE, L. - **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado.
- ROGERS, C. - **Tornar-se Pessoa**. 1ª Edição. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2009.
- SCAZUFCA, M. - Versão Brasileira da escala «Burden Interview» para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 24, N. 1 (2002), p.12-17.
- SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

- SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0
- SILVA, A.; SEQUEIRA, C. e BARBOSA, A. - Recursos de Apoio aos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas com Demência. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL - **Saúde Mental e o Equilíbrio Social: I Congresso Internacional da SPESM**. Maia: SPESM, 2008. P. 141-149.
- SILVA, A. - **Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009. Tese de Mestrado.
- SOUSA, L.; RELVAS, A. E MENDES, A. – **Enfrentar a velhice e a doença crónica**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-259-4
- STUART, G. e LARAIA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica: Principios e Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- TAYLOR, C. - **Fundamentos de enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TEIXEIRA, J. - Conceito de Funcionalidade em Doentes com Perturbações Mentais. Revista Mental Health. Vol. X, n. 04 (2008), p.7-9.
- TONES, K. e TILFORD, S. - **Health education - effectiveness, efficiency and equity**. 4ª ed. London: Chapman & Hall, 1994.
- TOMEY, A. E ALLIGOD, M. – **Teorias de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures: Edições Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-74-6
- TOWNSEND, M. - **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.
- VERISSIMO, C. e MOREIRA, I. – Cuidadores Familiares/Informais: Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. ISSN 0873-8904. Lisboa. Vol. 8, nº 1 (2004), p. 60-65.
- **Legislação Portuguesa:**
 - LEI nº 48/90. Diário da República - I Série. 195 (1990-08-24) 3452-3459.
 - LEI nº 36/98. Diário da República - I Série A. 169 (1998-07-24) 3544-3550.

- LEI CONSTITUCIONAL nº1/2005.Diário da República - I Série A. 155 (2005-08-12) 4642-4686
- DECRETO-LEI nº161/96.Diário da República - I Série A. 205 (1996-09-04) 2959-2962.
- DECRETO-LEI nº104/98.Diário da República - I Série A. 93 (1998-04-21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI nº 437/91. Diário da República - I Série A. 257 (1991-11-08) 5723-5741.

ANEXOS

ANEXO I - REFLEXÃO SOBRE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

REFLEXÃO SOBRE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A evolução constante na área da saúde faz com que haja uma necessidade permanente da busca de actualização de saberes. Estes saberes são de natureza bastante complexa, numa interface entre o "saber-saber", "saber-fazer" e "saber-ser". É essencial o acompanhamento contínuo, uma atitude reflexiva sobre a prática de enfermagem e conseqüentemente a abertura para novos conhecimentos e para o desenvolvimento de competências, em que a formação em serviço apresenta um papel vital.

A formação em serviço é parte de um processo contínuo de aprendizagem de um enfermeiro, permite a aquisição e melhoria dos seus conhecimentos e capacidades com vista ao seu desenvolvimento profissional e pessoal, e que se reflecte na melhoria do seu desempenho e na prestação de cuidados de qualidade. Permite o conhecimento de novas abordagens na prestação de cuidados, promove a aplicação de conhecimentos e técnicas mais adequadas às situações, conduz às práticas reflexivas, tornando o enfermeiro mais eficaz e eficiente na resposta às necessidades dos utentes.

O nº 6 do artigo 64º do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro descreve que : “A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”.

Por reconhecer a necessidade de dar resposta aos problemas específicos de cada unidade, o Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa é uma Instituição que valida e valoriza a formação em serviço. Nesse sentido, o responsável de cada serviço, anualmente, elabora um levantamento das necessidades de formação e implementa um plano de formação. No plano de formação da CPI, o tema “Gestão de Conflitos” foi o que me suscitou mais interesse e melhor respondia à minha necessidade de desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, daí a escolha desta temática.

O conflito pode ser surgir da divergência, interna ou externa, de opiniões, valores ou sentimentos de duas ou mais pessoas. Ao reportar para a prestação de cuidados, verificamos que frequentemente surgem dentro da equipa multidisciplinar contrariedades que resultam em conflitos, e é essencial que os profissionais possuam conhecimentos, habilidades e capacidades para a sua resolução. Deste modo, entendo que a formação em serviço sobre esta temática promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes.

Esta formação possibilitou à equipa de enfermagem um momento de reflexão e debate sobre as práticas implementadas no serviço, e sobre a forma como cada um enfrentou e lidou com situações concretas na prestação de cuidados e que se revelaram geradoras de conflito. Permitiu a análise e discussão de situações profissionais à luz dos conhecimentos adquiridos durante a formação. De facto, é em contexto de trabalho que se corrigem comportamentos

incorrectos e errados e que se reforçam os comportamentos correctos, inovadores e adequados.

Na avaliação da sessão, todos reconheceram a importância da abordagem do tema e o facto de esta formação ter dado origem a que todos os elementos participassem e partilhassem momento vividos no serviço. Os participantes reflectiram sobre a sua actuação e identificaram as situações geradoras de conflitos mais frequentes no serviço e os estilos de gestão de conflitos a que recorreram, reconhecendo as suas vantagens e desvantagens.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Decreto-lei nº 437/91, de 08 de Novembro. *Diário da República n.º 257- I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

ANEXO II - GESTÃO DE CONFLITOS

PLANO DE SESSÃO
GESTÃO DE CONFLITOS

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Gestão de Conflitos.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao facto de que a prestação de cuidados é uma área susceptível à divergência de opiniões, o que pode resultar numa situação de conflito dentro da equipa multidisciplinar, sendo por isso essencial que os profissionais possuam conhecimentos, habilidades e capacidades para a sua resolução.
- **Destinatários:** Todos os enfermeiros a exercer funções na CPI e todos os alunos da licenciatura e mestrado em enfermagem em estágio na CPI.
- **Número de Sessões:** 1.
- **Data:** 7 de Junho de 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de reunião.
- **Duração:** 45 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes ficarão com mais competências e informação para gerir com sucesso as situações de conflito em que estiverem, directa ou indirectamente envolvidos, tirando daí todas as vantagens possíveis para si, para o serviço e para a entidade que representam.

3. Objectivos Específicos:

- Reconhecer situações geradoras de conflitos.
- Analisar uma situação conflitual.
- Identificar estratégias de gestão de conflitos.

- Identificar os efeitos positivos e negativos do conflito.
- Reconhecer “10 Mandamentos” para uma boa gestão de conflitos.

4. Pré-Requisitos:

- Ser enfermeiro a exercer funções na CPI ou aluno da licenciatura/mestrado em enfermagem a estagiar na CPI.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Portátil
- Projector
- Tela

6. Metodologia:

- Método expositivo e interrogativo.

7. Avaliação:

- Atenção do grupo de participantes.
- Colocação de questões, dúvidas e troca de experiências e opiniões.
- Apreciação individual sobre a sessão.

GESTÃO DE CONFLITOS



Enfermeira Rute Amaral e Enfermeira Elisabete Fernandes CPI 7 Junho 2011

OBJECTIVO

- ◉ No final desta formação, os participantes ficarão com mais competências e informação para gerir com sucesso as situações de conflito em que estiverem, directa ou indirectamente envolvidos, tirando daí todas as vantagens possíveis para si, para o serviço e para a entidade que representam.



2

CONTEÚDOS QUE IRÃO SER ABORDADOS

- ◉ O que são Conflitos?
- ◉ Situações que Geram Conflitos
- ◉ Análise da Situação Conflitual
- ◉ Estratégias de Gestão e de Conflitos
- ◉ Potenciais Efeitos Positivos e Negativos do Conflito
- ◉ Os “10 Mandamentos” para uma Boa Gestão de Conflitos



3

ENQUADRAMENTO

- ◉ Os conflitos fazem parte do processo de evolução dos seres humanos e são necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional.
- ◉ Existem inúmeras alternativas para indivíduos e grupos lidarem com os conflitos. Estes podem ser ignorados ou então resolvidos e transformados num elemento chave na evolução de uma sociedade ou organização.

4

ENQUADRAMENTO (CONT.)

- ◉ A ausência de conflitos era encarada como expressão de bom ambiente, boas relações e no caso das organizações, como sinal de competência.
- ◉ Viam o conflito de forma negativa, como resultante das acções e dos comportamentos negativos e indesejáveis, considerados prejudiciais ao bom relacionamento entre as pessoas e, conseqüentemente, ao bom funcionamento das organizações.

5

O QUE SÃO CONFLITOS ?

- ◉ Jones e Gerard (1967) consideram o conflito como um estado em que um individuo se encontra, quando está motivado para dar duas respostas incompatíveis entre si.
- ◉ Raven e Kruglanski (1970) definem conflito como tensão entre duas ou mais entidades sociais (indivíduos, grupos ou organizações) ocasionada pelas respostas dadas ou pela preparação das mesmas.

6

O QUE SÃO CONFLITOS ? (CONT).

- São situações que se caracterizam por uma escassez de recursos onde se associa um sentimento de hostilidade.
- Processos no qual um esforço é realizado propositalmente por A para impedir os esforços de B, não alcançando metas definidas o que resultará em frustração.
- Choque entre diferentes necessidades e ideias.

7

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

- Interdependência de funções
- Indefinição das “regras do jogo”
- Interdependência de recursos
- Sistema de recompensas competitivas
- Mudança

8

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

- Interdependências de funções :

É quando o trabalho de uma pessoa está dependente de outra.



9

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

- Indefinição das “regras do jogo”:

É quando ocorre a indefinição das tarefas, dando origem à ambiguidade e consequentemente ao conflito.



10

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

- Interdependência de recursos:

Verifica-se em situações em que existe escassez de recursos em relação ao desejado.



11

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

- Sistema de recompensas competitivas:

Ocorrem quando existem recompensas do género “para eu ganhar, tu tens de perder”.



12

SITUAÇÕES QUE GERAM CONFLITOS

◉ Mudança:

Sempre que ocorre uma mudança que envolva outras pessoas ou a própria pessoa.



13

ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONFLITUAL

◉ Natureza do Conflito

◉ Os Factores Subjacentes

◉ Estágio de Evolução



14

ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONFLITUAL

◉ Natureza do Conflito:

Um conflito pode surgir devido às diferentes formas de interpretações de factos, valores, objectivos, o que consideramos certo ou errado, justo ou injusto.

Nas organizações, pode ocorrer quando se tenta fazer a conciliação dos objectivos das empresas com a satisfação das necessidades das pessoas.

15

ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONFLITUAL

◉ Factores Subjacentes:

Informação - Se duas pessoas ou mais não têm a mesma informação sobre determinado acontecimento é normal que tenham visões diferentes sobre o acontecimento e soluções possíveis.

Percepção - Relacionada com a forma como são interpretados os acontecimentos que nos rodeiam. O que pode ser considerado bom para uma pessoa pode ser considerado mau para outra.

16

ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONFLITUAL

◉ Factores Subjacentes (cont.):

Status - O papel que uma pessoa tem numa determinada organização, podendo forçar outras a tomar decisões que de outro modo não tomariam.

Personalidade - Cada individuo tem a sua personalidade. Quando um dos lados revela um perfil agressivo, que pensa que tem sempre a melhor ideia, é sempre de esperar que ocorra uma situação de tensão ou mesmo de conflito.

17

ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONFLITUAL

◉ Evolução da Situação Conflitual:

Ocorrem sempre acontecimentos que colidem com a esfera individual de cada um. Conforme a gravidade e a frequência desses acontecimentos, o conflito tem um período de latência maior ou menor.

Períodos de Latência

Fase em que a situação é sentida e alterada pelos intervenientes, não havendo a demonstração clara da tensão existente.

18

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS

Quando se trata de resolver um conflito, existem diversas maneiras de o abordar.

Cinco estilos de gestão de Conflitos:

- ⦿ Evitar
- ⦿ Calmo
- ⦿ Ditador
- ⦿ Compromisso
- ⦿ Colaborativo



19

ESTILO "EVITAR"

- ⦿ Consiste em tentar evitar a existência de conflitos. Dá razão a outra parte, mesmo que esta não a tenha, só para que esse conflito não apareça.
- ⦿ Apesar de parecer pouco interessante revela-se positivo quando:
 - Os assuntos são pouco significantes;
 - Existe falta de informação, pelo que não convém tomar certas atitudes que podem-se revelar erradas;
 - A falta de Poder que temos não nos possibilita que a nossa posição seja tida em consideração;
 - Existe outro indivíduo que consegue resolver melhor este problema.

20

ESTILO "CALMO"

- ⦿ Permite a existência de conflitos mas sem haver grandes discussões sobre o assunto. Quando o conflito se torna um pouco mais elevado, facilmente desiste da sua posição.
- ⦿ São condições para que este estilo seja utilizado com sucesso:
 - Existir uma carga emocional elevada entre as partes envolvidas;
 - Ser fundamental que a harmonia se mantenha;
 - O conflito existente baseia-se na personalidade de cada um e não nos objectivos ou meios utilizados.

21

ESTILO "DITADOR"

- ⦿ O funcionamento deste estilo, é a base da ditadura. Independentemente da opinião dos outros envolvidos, o "Ditador" tem de "vencer" sempre.
- ⦿ Parecendo um estilo totalmente a reprovar, existe pois algumas situações onde a sua utilização se revela benéfica:
 - A emergência da situação em que nos encontramos implica uma acção imediata;
 - É necessário tomar medidas pouco populares que vão contra a posição dos outros elementos.

22

ESTILO "COMPROMISSO"

- ⦿ Difere do estilo "Ditador" pelo facto de permitir que exista um compromisso entre o que pretendemos e o que os outros pretendem.
- ⦿ Exemplos de situações onde este tipo de acção se torna eficaz são:
 - A existência de um acordo é preferível a este não existir;
 - Não será possível levar a avante a nossa posição, pois sabemos que não nos é possível ganhar;
 - Os pontos de vista existentes são muito diferentes.

23

ESTILO "COLABORATIVO"

- ⦿ Este consiste, como o próprio nome indica em colaborar. Basicamente tentamos chegar a um acordo comum entre todos que minimize as perdas para todas as partes envolvidas.
- ⦿ Este tipo de atitude é muito útil quando:
 - O objectivo é o mesmo, apenas existe uma divergência na forma como o obter;
 - Existe necessidade de se obter um consenso.

24

POTENCIAIS EFEITOS DO CONFLITO



Positivos:

- Clarifica os assuntos
- Liberta tensões
- Facilita a inovação, a mudança e a adaptação
- Aprendizagem através do confronto de ideias

25

POTENCIAIS EFEITOS DO CONFLITO

Negativos:

- Destroi a moral das organizações
- Decresce o nível de satisfação
- Provoca impasse e atraso no processo de decisão
- Gera clima paranóico
- Arruína a carreira a algumas pessoas



26

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

• 1º. Procurar Soluções, Não Culpados

- Todo o problema ou conflito tem uma causa, e se procurarmos vamos encontrar o culpado. Mas, ao fazer isso vamos desviar energia e tempo em vez de nos concentrarmos na solução que é a única forma de resolver o conflito.



27

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

• 1º. Procure Soluções, Não Culpados (cont.)

• O que fazer:

- Concentrar as pessoas nas metas
- Focar nas convergências
- Comprometer as pessoas na busca da melhor solução
- Encarar o conflito de forma objectiva
- Falar a sós com o causador do incidente, mostrando-lhe a inadequação da atitude e os resultados disso.



28

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

• 2º. Analisar a Situação

- Fazer as seguintes perguntas:
 - QUAL é realmente o problema? QUEM está envolvido? O QUE aconteceu? Ocorre desde QUANDO? ONDE aconteceu o desentendimento (em que departamento, sector)? POR QUE ocorreu o conflito? Poderia ter sido evitado?
- Procurar alternativas de solução.
- Apontar as opções que considerar mais plausíveis para resolver o conflito.

29

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

• 2º. Analisar a Situação (cont.)

- Escolher a melhor alternativa com base nas informações disponíveis.
- Implementar a solução e fazer acompanhamentos periódicos para detectar eventuais desvios de rotas, promovendo reuniões com os envolvidos.



30

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 3°. Manter um Clima de Respeito

- Durante o diálogo, a manutenção de um clima de respeito e consideração, será a plataforma que sustentará o entendimento.



- Evitar todo o tipo de sarcasmo, ironia ou agressividade, pois são como combustível para aumentar a fogueira.

31

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 4°. Aperfeiçoar a Habilidade de Ouvir e Falar

- Não interromper quando a outra pessoa estiver a explicar, saber ouvir e perceber a linguagem corporal.
- Fazer perguntas que levem ao esclarecimento do problema. Perguntar qual é a sugestão da outra pessoa para resolver a situação.



32

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 5°. Ser Construtivo ao Fazer uma Crítica

- Concentrar-se no problema ou comportamento e não na personalidade das pessoas.
- Quando alguém lhe dirigir críticas vagas, solicitar esclarecimentos.



33

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 6°. Solução Win-Win

- O ganha-perde ou perde-perde são as piores formas de solucionar conflitos.
- Procurar a relação ganha-ganha em que ambos os lados saiam vencedores, sem impor ou humilhar a outra parte.
- Mostre, portanto, à outra parte o que ela tem a ganhar com a solução do conflito.

34

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 7°. Actuar no Sentido de Eliminar Conflitos

- **Mostrar um Exemplo de Sucesso.**
 - Exemplificar como o mesmo problema foi enfrentado pela pessoa X ou pelo Departamento A e que a solução foi encontrada utilizando o mesmo processo a ser agora adoptado, provando, assim, sua eficiência.
- **Dar uma Garantia.**
 - Garantir que, se o novo método, a nova tecnologia ou seja lá o que for, não der certo dentro de um determinado prazo (quinze dias, um mês etc.), então será adoptado o sistema antigo ou algum outro.

35

OS "10 MANDAMENTOS" PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

◉ 7°. Actue Sempre no Sentido de Eliminar Conflitos (cont).

- **Faça uma Demonstração.**
 - Há resistências quanto a um novo equipamento ou um novo sistema? Use-o ou faça-o você mesmo funcionar (ou alguma outra pessoa que entenda disso) e mostre os resultados positivos.
- **Tente Simplesmente Ouvir.**
 - Ouça os argumentos da outra parte amistosamente. Ao terminar o que ela tem a dizer, experimente persuadi-la por meio de uma argumentação lógica.

36

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

8°. Manter a Calma

- Não reagir mal às más notícias e, sobretudo, não se irritar se alguém discordar do seu ponto de vista. Com essa postura, os outros aceitarão a sua liderança e passarão a confiar em si.
- Escolha sempre o momento mais adequado para tratar do assunto conflituoso.

37

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

8°. Manter a Calma (cont.)

- Conservar o objecto da discórdia exclusivamente entre os envolvidos.
- Se a situação estiver muito confusa e os ânimos exaltados, convocar uma reunião para mais tarde ou para o dia seguinte e, enquanto isso, analisar bem a situação para estabelecer a sua estratégia de abordagem.

38

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

9°. Quando Estiver Errado, Reconhecer o Erro

- Isso não o diminui ou o torna vulnerável, como muitos supõem.
- Pelo contrário, conquista o respeito dos outros por demonstrar que o seu interesse não é provar que é perfeito ou infalível, mas sim arranjar a melhor solução para o conflito, mesmo que, para isso, tenha que admitir que cometeu um erro.

39

OS “10 MANDAMENTOS” PARA UMA BOA GESTÃO DE CONFLITOS

10°. Não ignorar os Problemas

- Enfrentar o conflito, usando para isso a abordagem que melhor se adequar ao momento.
- Não ignorar a situação, o tempo quase sempre só agrava a discórdia.
- Pode, no entanto, haver situações especiais em que é mais vantajoso não encarar o conflito do que enfrentá-lo, pois a relação custo-benefício seria desfavorável.

40

CONCLUSÃO

- Independentemente do tipo de conflito, este pode ser considerado positivo caso concorra para a mudança, a inovação, a competição (não patológica), a motivação, a produtividade e a qualidade, fundamental como instrumento de gestão para combater o imobilismo, estaticismo e ausência de novas ideias.
- Porém também pode ter uma conduta negativa se resultar em tensão, ansiedade, stress, desperdício, clima hostil, más relações ou situação inultrapassável.

41

CONCLUSÃO (CONT.)

- É necessário criar um ambiente de trabalho agradável, criativo, competitivo, diferenciado para que os seus funcionários possam desenvolver as suas actividades, de tal forma que a empresa consiga aumentar o seu lucro e/ou rentabilidade.
- Este tipo de ambiente proporciona uma melhor qualidade de vida, o que acarreta uma menor geração de conflitos desnecessários e improdutivos.

42

BIBLIOGRAFIA

- CUNHA, P. et al. *Manual de Comportamento Organizacional*, editora RH, 3ª Impressão 2004, ISBN: 972-98823-8
- NEVES DE ALMEIDA, FERNANDO, *Comportamentos de Sucesso - Psicologia aplicada à Gestão*, editora Macgraw-Hill de Portugal, 1992, ISBN: 972-9241-27-9
- CAETANO, ANTÔNIO, VALA, JORGE, *Gestão de Recursos Humanos - Contextos, processos, técnicas*, 3ª edição RH editores 2007, ISBN: 978-972-8871-15-4
- ROBBINS., STEPHEN P., *Fundamentos do Comportamento Organizacional*, 7ª edição 2007, ISBN: 85-87918-64-8
- VASCONSELOS-SOUSA, JOSÉ, *Negociação*, Difusão Cultural 1996, ISBN: 972-709-210-1
- THOMPSON LEIGH, *A Verdade sobre a Negociação*, Pearson Education 2008, ISBN: 978-989-8101-23-5
- FISHER, ROGER, URY, WILLIAM, *Como conduzir uma Negociação*, 7ª edição, ASA editores, ISBN: 978-972-41-4941-7
- ESTANQUEIRO, ANTÔNIO- *Saber lidar com as pessoas - princípios da comunicação Interpessoal*; *Editorial Presença - 7ª edição Dezembro 1999.*

43

OBRIGADO



44

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

GESTÃO DE CONFLITOS

1. Participantes:

- Um grupo de nove enfermeiros e quatro alunos da licenciatura em enfermagem.

2. Resposta do Grupo:

- O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelos profissionais. Revelaram-se bastante interessados, receptivos e sensíveis à temática, intervieram de forma espontânea e organizada.

3. Dificuldades:

- Devido à limitação no tempo, não foi possível realizar qualquer exercício de dinâmicas de grupo no âmbito da gestão de conflitos. O tempo para formação foi de sessenta minutos e só para a realização e discussão do exercício de grupo eram necessários trinta a quarenta e cinco minutos. Além disso, como o serviço sofreu recentemente uma redução do número de pessoal, não era possível alargar a duração nem agendar uma nova sessão. Deste modo, no final da sessão pedi aos participantes que, à luz das bases teóricas fornecidas durante a apresentação, realizassem a análise e reflexão de situações vividas no serviço e que foram geradoras de conflitos, o que fizeram para as resolverem, para identificarem qual ou quais os estilos de gestão de conflitos que adoptaram, e quais os resultados obtidos.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para todos os profissionais, de um modo individual e também colectivo (enquanto equipa de enfermagem), e para a minha formação pessoal e profissional. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão a análise das suas práticas. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participan-

tes concluíssem que o conflito não é apenas algo negativo, mas também algo que pode ser um agente de mudança no sentido de uma melhor prestação de cuidados, caso a equipa consiga gerir e resolver o problema de forma adequada. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

ANEXO III - INTERVENÇÃO NA CRISE

INTERVENÇÃO NA CRISE

“As autoridades de saúde mental descrevem a crise como um estado de desequilíbrio resultando da interação de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são adequados para atender as demandas da situação, combinando com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento. Portanto, uma crise refere-se a um processo interaccional entre estas três variáveis, que é reflectida no estado emocional do indivíduo ou da família” (Taylor, 1992, p.371).

Segundo Phaneuf (2005), uma situação de crise é um estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa, e quando esta se debate com um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e o repertório das suas capacidades interiores de maestria, pode desencadear-se uma crise, que provoca uma desorganização do comportamento. A mesma autora afirma que:

“Em certas situações, não é tanto o próprio acontecimento que causa a crise, mas a interpretação que a pessoa faz dela ou a ameaça que esta crise pode representar, é que gera um stress tão importante que a pessoa não encontra alívio. O efeito de instantaneidade e de urgência da crise confere-lhe também um carácter de gravidade muitas vezes insuportável. Se a pessoa não pode encontrar alternativa, aparece um desequilíbrio. Manifesta-se por sentimentos de angústia, de medo, de culpabilidade, de vergonha e de impotência. A pessoa torna-se desorganizada, o campo das suas percepções reduz-se ao ponto de se tornar paralisante, a sua capacidade de compreender, fixada na dificuldade sentida, encontra-se oculta e a pessoa torna-se incapaz de reconhecer os factos e a situação em que se encontra e de procurar uma solução para ela.”

Um estado de crise não é uma doença, mas um transtorno no estado de equilíbrio do sistema. Embora os comportamentos exibidos por quem experiencia a crise possa variar, uma grande quantidade de ansiedade está na base desses comportamentos; uma vez que grandes quantidades de ansiedade não podem ser mantidas num ser humano sem sérios danos à organização da personalidade, o indivíduo consciente ou inconscientemente procura, activamente, reorganizar a sua personalidade de forma a livrar-se desta emoção insuportável (Taylor, 1992). Assim, segundo o mesmo autor, um estado de crise é autolimitado, durando geralmente, quatro a seis semanas.

“No decurso da nossa vida, conseguimos resolver as nossas dificuldades correntes porque não nos faltam meios físicos de satisfazer as nossas necessidades essenciais, porque temos a possibilidade de nos desenvolvermos socialmente, de sentir a presença de ajuda dos nossos próximos, porque o sentimento profundo da nossa

identidade pessoal e a nossa vinculação aos nossos valores não são ameaçados. Mas se as circunstâncias mudam e que sentimos que as necessidades ligadas à nossa sobrevivência ameaçam faltar, que o suporte das pessoas que amamos nos escapa, que percebemos que a nossa identidade e a nossa dignidade são atingidas, que nos sentimos rejeitadas, que os nossos valores mais queridos e os nossos meios financeiros estão em perigo, nós sentimos um choque importante que pode desencadear uma crise.” (Phaneuf, 2005).

Taylor (1992) distingue dois tipos de eventos que podem precipitar um estado de crise:

- Os eventos do **desenvolvimento**, que são aquelas situações que ocorrem naturalmente durante a vida de um indivíduo e da sua família (por exemplo, o nascimento de um filho), portanto, previsíveis. Cada estágio do desenvolvimento tem sua própria tarefa, cuja compleição exige que o indivíduo saliente certos comportamentos e minimize outros. Consequentemente, a família, como uma unidade, é chamada a adaptar-se ou ajustar-se às mudanças experienciadas por cada um dos seus membros, e que ocorrem ao longo de todo o ciclo vital. Portanto, qualquer unidade familiar tende a ter membros que representam pelo menos dois estágios de desenvolvimento diferentes, em que cada estágio tem as suas próprias necessidades e manifestações, podendo ocorrer o desequilíbrio familiar caso o comportamento que satisfaz as necessidades de um ou mais dos seus membros pode estar em oposição directa às necessidades dos outros membros.
- Os eventos **situacionais**, que não ocorrem inevitavelmente a todos os indivíduos ou famílias (por exemplo, um acidente de automóvel), portanto, são inesperados. Os eventos situacionais que podem precipitar um estado de crise não precisam ser algo catastrófico. Qualquer evento, não importando o quão pequeno ou mesmo desejável possa parecer, superficialmente, pode combinar-se com a percepção do indivíduo ou da família sobre ele, para produzir uma situação que é sentida como *nociva* para o equilíbrio do sistema. Se o evento é percebido como nocivo, e o indivíduo, separadamente do seu sistema social previamente estabelecido, pode ser de curta duração, se não é operável dentro do sistema como um todo.

Segundo Caplan (1980), nas situações de crise podem ser identificadas quatro fases distintas:

- **Fase 1** - A elevação inicial de tensão, em decorrência do impacto do estímulo, acciona as habituais respostas homeostáticas na solução de problemas.
- **Fase 2** - A falta de êxito e a continuação do estímulo estão associadas à elevação da tensão e ao estágio de perturbação e ineficácia.
- **Fase 3** - Uma nova elevação de tensão leva-a a ultrapassar um terceiro limiar, actuando como um poderoso estímulo interno na mobilização de recursos internos e externos. O indivíduo recorre às suas reservas de força e aos seus mecanismos de emergência para solucionar problemas, Utiliza novos métodos para atacar o problema, o qual pode

ter diminuído de intensidade. O indivíduo poderá gradualmente definir o problema de uma nova maneira, para que este fique no âmbito da sua experiência anterior. Aspectos do problema que foram negligenciados podem ser agora trazidos à consciência, com a vinculação consequente às capacidades e técnicas acessórias de solução de problemas que antes eram tidas por irrelevantes. Ele pode agora pôr de lado outros aspectos do problema como impossíveis de manipular, embora não sejam importantes. É possível que haja resignação activa e renúncia de certos aspectos inatingíveis das metas. Ele poderá explorar por tentativa-e-erro, ou em acção ou em pensamento abstracto, quais os caminhos que estão abertos e quais os fechados. Em consequência dessa mobilização de esforço e redefinição da situação, o problema pode ser resolvido. Isto envolverá usualmente uma alteração no papel do indivíduo em face do seu grupo. A complementaridade entre ele e os outros, que foi perturbada durante o distúrbio anterior, é agora restabelecida.

- **Fase 4** - Se o problema continua e não pode ser resolvido com a satisfação da necessidade nem evitado pela renúncia à necessidade ou a distorção perceptual, nesse caso a tensão ultrapassa um novo limiar e torna-se insuportável com o tempo, atingindo um ponto de ruptura. Ocorre então uma grave desorganização do indivíduo com resultados drásticos.

O objectivo da intervenção na crise é ajudar o indivíduo a procurar mecanismos de adaptação novos e úteis, dentro do contexto do seu sistema de apoio social. Assim, a intervenção na crise é uma técnica usada com sucesso por pessoas com uma variedade de conhecimentos, para o auxílio dos indivíduos e suas famílias, para que compreendam e lidem efectivamente com as intensas emoções que caracterizam um estado de crise (Taylor, 1992).

Segundo Benter (2001), a intervenção na crise centra-se na solução do problema imediato e tem como objectivo que o indivíduo retome o nível de funcionamento anterior à crise, verificando-se com frequência, que o indivíduo avança para um patamar de crescimento mais elevado que o nível anterior à crise, porque aprende novos modos de solucionar problemas. A mesma autora acrescenta que o primeiro passo da intervenção em crise é a avaliação, em que se realiza a colheita de dados sobre a natureza da crise e seu efeito sobre o indivíduo, e que o enfermeiro deve começar por estabelecer um relacionamento positivo de trabalho, avaliando várias áreas específicas, e deve considerar os seguintes factores de equilíbrio que são importantes no desenvolvimento e na resolução de uma crise:

- **Evento ou stressor desencadeante** - O enfermeiro deve explorar as necessidades do indivíduo, os eventos que ameaçam essas necessidades e o momento em que os sintomas aparecem. A compreensão sobre o evento desencadeante pode surgir à medida que o indivíduo relaciona os eventos da vida com o colapso dos mecanismos de lidar com a crise.

- **Percepção do evento ou do stressor** – É importante o enfermeiro conhecer o significado da percepção ou avaliação do evento pelo indivíduo. Os temas e as recordações que surgem fornecem indícios adicionais sobre o evento desencadeante. Questões de interesse actual com frequência estão ligadas a preocupações do passado.
- **Natureza e força dos sistemas de suporte e recursos de lidar com uma situação de crise** -A situação de vida do indivíduo e os suportes do ambiente devem ser avaliados. Mora sozinho? Mantém um relacionamento íntimo? Quem deve acompanhá-lo ao tratamento? A hospitalização é mais apropriada que o tratamento no ambulatório?
- **Qualidades e mecanismos de lidar com uma situação de crise** – Os pontos fortes e explorar os mecanismos de lidar com a crise anteriores do indivíduo, são avaliados. Como lidou com outras crises? Saiu do seu meio ambiente para pensar na sua situação sob outra perspectiva? Além disso, deve-se também observar a ausência de outros mecanismos que poderiam ter sucesso.

O segundo passo da intervenção na crise é o planeamento do processo de enfermagem. O enfermeiro selecciona as acções de apropriadas para o diagnóstico de enfermagem identificado, tendo em consideração o tipo de crise, os pontos fortes do indivíduo e os recursos disponíveis para apoiá-lo, e são estabelecidos objectivos para a resolução da crise e um retorno ao nível de funcionamento pré-crise ou superior (Townsend, 2002).

A implementação das intervenções da enfermagem é o terceiro passo da intervenção na crise. Segundo o modelo clássico de Shields (1975), citado por Benter (2001), existem quatro níveis de intervenção em crise, que representam uma hierarquia do mais básico ao mais complexo, em que cada nível incorpora as intervenções do nível anterior, e a ordem progressiva indica que o enfermeiro precisa de conhecimentos e de habilidades adicionais para as intervenções de alto nível:

- **Manipulação do Ambiente** – é o primeiro nível, o mais básico. Inclui intervenções que alteram directamente a situação física ou interpessoal do indivíduo, que oferecem apoio situacional ou removem o stressor. Os elementos importantes dessa intervenção são mobilizar os sistemas de suporte social do indivíduo e servir de ligação entre o indivíduo e as agências de suporte social.
- **Suporte Geral** – é o segundo nível e inclui intervenções que transmitem a sensação de que o enfermeiro está do lado do indivíduo e o ajudará, o que é conseguido através do calor humano, da aceitação, da empatia, do carinho e do conforto verbal.
- **Abordagem Genérica** – é o terceiro nível e visa chegar até os indivíduos e grandes grupos em alto risco tão rapidamente quanto possível. Aplica um método específico a todas as pessoas que enfrentam um tipo de crise similar. O curso esperado de determinado tipo de crise é estudado e mapeado. A intervenção esta-

belecida destina-se a garantir que o curso da crise resulte em uma resposta adaptativa.

- **Abordagem Individual** – é o terceiro e mais complexo nível e é um tipo de intervenção em crise similar ao diagnóstico e tratamento de um problema específico num indivíduo específico. O enfermeiro deve entender as características específicas e individuais que levaram à crise actual e usar a intervenção mais propensa a ajudar o indivíduo a desenvolver uma resposta adaptada à crise.

Segundo Benter (2001), o enfermeiro usa técnicas activas, focais e de exploração para executar essas intervenções, devendo ser criativo e flexível, experimentando muitas técnicas diferentes, que podem ser:

- **Abreação** - É a liberação das emoções, que ocorre enquanto o indivíduo fala sobre áreas carregadas de emoção, e à medida que são percebidas as emoções a tensão é reduzida. O enfermeiro encoraja a abreação perguntando sobre as emoções do indivíduo relativas à situação específica, aos eventos recentes e às pessoas significativas envolvidas na crise. As perguntas devem ser amplas e repetir as palavras do paciente, de modo a obter a expressão de mais emoções. O enfermeiro não desencoraja o choro ou os ataques de raiva; vê essas reacções como uma liberação positiva das emoções. Apenas quando as emoções parecem levar ao descontrolo, o enfermeiro deve desencorajar a abreação e ajudar o paciente a concentrar-se em pensar, em vez de sentir,
- **Clarificação** - Usada quando o enfermeiro ajuda o indivíduo a identificar a relação entre eventos, comportamentos e sentimentos, ajudando o indivíduo a obter uma melhor compreensão dos mesmos e de como eles levam ao desenvolvimento de uma crise.
- **Sugestão** - Consiste em influenciar alguém no sentido de aceitar uma ideia ou uma crença. Na intervenção em crise, o indivíduo é influenciado a ver o enfermeiro como uma pessoa calma, esperançosa, empática e em quem pode confiar, alguém que pode ajudá-lo. Acreditando que o enfermeiro pode ajudá-lo, o indivíduo pode sentir-se mais optimista e menos ansioso, podendo até apresentar melhoras ao querer agradar o enfermeiro.
- **Manipulação** – Técnica na qual o enfermeiro usa as emoções, os desejos ou os valores do indivíduo em benefício desse no processo terapêutico. Tal como a sugestão, a manipulação é um modo de influenciar o indivíduo. Por exemplo, o enfermeiro pode dizer ao indivíduo que se orgulha de sua independência, que ele é responsável por grande parte da tarefa de resolver o seu problema.

- **Reforço do Comportamento** - Ocorre quando o comportamento saudável e adaptado do indivíduo é reforçado pelo enfermeiro, que fortalece as respostas positivas dadas pelo indivíduo, concordando ou elogiando essas respostas.
- **Apoio das Defesas** - Ocorre quando o enfermeiro encoraja o uso de defesas saudáveis e desencoraja as defesas mais desadaptadas. Os mecanismos de defesa são usados para lidar com situações stressantes e para manter a auto-estima e a integridade do ego. Quando as defesas negam, falsificam ou distorcem a realidade ao ponto de a pessoa não poder lidar efectivamente com a realidade, elas tomam-se desadaptadas. O enfermeiro deve encorajar o indivíduo a usar defesas adaptadas e desencorajar as que são desadaptadas. Na intervenção em crise as defesas não são atacadas, mas, sim, gentilmente incentivadas ou desencorajadas. Quando as defesas são atacadas, o indivíduo não consegue manter a auto-estima e a integridade do ego.
- **Elevação da Auto-estima** - O indivíduo em crise sente-se impotente e esmagado por sentimentos de inadequação, O facto de que o indivíduo considerou necessário procurar ajuda externa pode aumentar ainda mais os sentimentos de inadequação. O enfermeiro deve ajudar o paciente a reconquistar seu amor-próprio comunicando a confiança de que o indivíduo é capaz de participar activamente na descoberta de soluções para os problemas, e também deve transmitir a impressão de que o indivíduo é uma pessoa digna, escutando e aceitando seus sentimentos, demonstrando respeito e elogiando seus esforços de buscar ajuda.
- **Exploração de Soluções** – Enfermeiro e indivíduo activamente exploram soluções para a crise. Respostas nas quais o indivíduo não havia pensado antes podem surgir durante as conversas com o enfermeiro à medida que a ansiedade diminui.

A última fase da intervenção em crise é a da avaliação final. Contempla a avaliação da intervenção (se teve uma resolução positiva da crise), a revisão das mudanças que ocorreram, a validação das mudanças eficazes (de modo a que o indivíduo possa perceber sua efectividade e a compreender que o que aprendeu com a crise o pode ajudar a lidar com crises futuras), e a avaliação da necessidade de encaminhamento para a ajuda profissional adicional. Se os objectivos não foram alcançados, indivíduo e o enfermeiro podem voltar à primeira etapa e repetir todo o processo.

Chalifour (2009) enuncia as principais actividades que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria deve assumir durante a sua intervenção em situação de crise:

- Estabelecer e manter um laço positivo e significativo com o utente;
- Recolher informações sobre o utente de modo a avaliar o seu funcionamento geral e determinar o grau de urgência da intervenção;
- Procurar com o utente acontecimentos significativos recentes que terão contribuído para esta crise,
- Ajudar o utente a tomar consciência do significado que atribui a este acontecimento;

- Corrigir, se necessário, as distorções cognitivas que atribui a este acontecimento e seus efeitos sobre a sua vida e dos que lhe estão próximos;
- Incitar o utente a expressar as suas emoções;
- Explorar as capacidades de controlo do utente e da sua rede de apoio quanto a esta experiência;
- Oferecer ao cliente o apoio de que necessita, e isto, de maneira intensiva;
- Avaliar os resultados das intervenções.

Phaneuf (2005) refere que a resolução da crise pode ser terminada de diversas maneiras:

- *A pessoa reencontra o seu estado anterior de equilíbrio* - Se estes mecanismos conseguiram vencer ou se ela foi ajudada de maneira apropriada, a pessoa pode reencontrar o seu equilíbrio, mas isso não significa que a crise tenha sido para ela uma ocasião de crescimento pessoal.
- *A pessoa utiliza a crise como meio de crescimento e de sair dela mais forte* - Ela não encontra necessariamente o seu estado anterior, mas aprende com esta experiência novos meios de adaptação e descobre nela forças insuspeitáveis. Disso resulta que a pessoa é menos vulnerável a crises subsequentes.
- *A pessoa desliza na perturbação psicológica* - Sem a ajuda de uma pessoa de competência para a apoiar, ela é incapaz de reduzir a tensão intolerável da crise. Ela pode mostrar-se desconfiada, censurar os outros pelo que lhe acontece, continuar fechada sobre ela própria, tornar-se depressiva. Pode mesmo afundar-se em perturbações psiquiátricas sérias compreendendo distorções perceptuais importantes, ideias suicidas ou comportamentos violentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Zahar Editores. Rio de Janeiro.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. Lusodidacta. Loures.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª Edição, Artmed Editora. Porto Alegre.

- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem Psiquiátrica*. 13ª Edição, Artes Médicas. Porto Alegre.
- Townsend, M. (202). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição, Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

ANEXO IV — ACTUAR PERANTE UMA SITUAÇÃO DE AGRESSIVIDADE

ACTUAR PERANTE UMA SITUAÇÃO DE AGRESSIVIDADE

Adaptado da obra *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.*
de Jacques Chalifour

Para avaliar a situação, o enfermeiro deverá colocar a si-mesmo um conjunto de questões sobre o cliente, sobre ele próprio e o ambiente.

O Cliente

- O que conheço deste cliente?
- É possível obter informações suplementares sobre ele?
- Conheceu outros intervenientes?
- O que explica a sua agitação?
- O que observo relativamente:
 - aos seus braços e mãos (agitados, punhos cerrados);
 - ao seu olhar (evitante, ausente, hipervigilante);
 - às suas expressões faciais (esgares, maxilar cerrado);
 - à sua postura, e gestos;
 - à coloração da sua pele;
 - à sua roupa;
 - ao seu estado geral;
 - ao modo como se desloca (acelerado, lento, hesitante);
 - a sua respiração (acelerada, profunda, ruidosa)?
- O que escuto?
 - A quem se dirige?
 - Qual é o conteúdo do seu discurso?
 - Profere ameaças ou injúrias?
 - Parece orientado no espaço, no tempo, e relativamente às pessoas?
 - O seu discurso é coerente?
 - O que deseja? O seu pedido é justificado? Realista?
 - Posso estabelecer com ele um contacto não verbal?
 - Posso estabelecer com ele um contacto verbal?
- Está acompanhado por alguém que parece ter sobre ele uma certa autoridade?
- Como reage à minha presença quando tento aproximar-me de si?

- Em que etapa da escalada da violência se situa ele (agitado, perturbado, destruído ou perigoso)?

O Interveniente

- Que se passa em mim? (emoções, pensamentos, reacções físicas, necessidades)
- Quais são as minhas expectativas? (É essencial que o interveniente tenha limites claros sob os planos pessoal e profissional)
- Quais são as possibilidades de que disponho?
- Quais são as intervenções que vou desenvolver?

O Ambiente

- Quem são as pessoas que estão presentes?
- Quais são as reacções dessas pessoas?
- Há alguém que acompanha o cliente e que poderá ajudar-me a acalmá-lo?
- Há outros intervenientes, por perto, que poderão apoiar-me na minha intervenção?
- Onde são as saídas?
- Existem objectos que poderão ser utilizados como arma?
- Poderei diminuir os estímulos ambientais?

INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS RELACIONADAS COM A MANIFESTAÇÃO DE AGRESSIVIDADE

- Ajudar o cliente a reconhecer a presença em si da cólera ou de comportamentos agressivos
- Referir que é normal ressentir essa emoção
- Ajudá-lo a determinar a origem da sua agressividade, nomeadamente na ansiedade que precedeu esta cólera, nas experiências vividas enquanto ameaça à auto-estima ou à sua integridade física, nas frustrações ligadas à satisfação de uma expectativa ou necessidade, ou nos seus traços de personalidade (a sua tolerância à ansiedade e à frustração)
- Se necessário, ajudá-lo a ter uma percepção mais realista do que aconteceu e a redefinir as suas expectativas
- Ajudá-lo a reconhecer e a utilizar os seus mecanismos de controlo e por esta via a adquirir um certo sentimento de poder sobre si-mesmo e sobre a situação
- Ajudá-lo a exprimir de um modo mais preciso as suas expectativas e as suas necessidades
- Partilhar-lhe o que sentimos quando ele exprime a sua agressividade dessa forma
- Encorajar a expressão da cólera de maneira aceitável

Se a escalada de agressividade progride:

- Informá-lo dos limites aceitáveis dos seus comportamentos
- Informá-lo das suas responsabilidades relativamente aos seus comportamentos e às repercussões destes
- Informá-lo das consequências que incorre se não respeita estas regras
- Aplicar essas consequências se transgride os limites, considerando as necessidades específicas
- Explorar com ele, sem o julgar, as razões pelas quais transgride os limites
- Discutir com ele o modo como o podemos ajudar a melhor se controlar e estabelecer compromissos a este propósito

AS TÉCNICAS E AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Os objectivos das técnicas e das estratégias de comunicação num contexto de crise e de manifestação da violência são:

- Estabelecer o contacto com o cliente;
- Obter a sua colaboração recorrendo ao mínimo de constrangimento possível;
- Favorecer o regresso aos comportamentos anteriores à crise.

Além disso, a estratégia deverá apoiar-se nos seguintes princípios:

- Detectar precocemente a agitação do cliente, o que permite intervir rapidamente e prevenir a violência;
- Mesmo se há vários intervenientes presentes no local, apenas um será o interlocutor e dialogará com o cliente, deve ser preferencialmente aquele que estabeleceu o primeiro contacto com o cliente.

Técnicas e estratégias de comunicação

- Estabelecer um dado tempo para dialogar antes de passar à acção. Se o interveniente observa alguns progressos, poderá prolongar este tempo de troca. Poderá igualmente diminuir-lo se julgar que é urgente intervir devido ao comportamento manipulador do cliente;
- Respeitar o espaço vital do outro mantendo uma distância de aproximadamente um metro. Adaptar esta distância em função das reacções do cliente;

- Antes de tocar o cliente, solicitar a sua autorização. Em caso de dúvida, não o tocar;
- Manter-se num ângulo de 45 graus relativamente ao cliente, as mãos visíveis, e evitar apontar o cliente com o dedo. Esta posição é a menos ameaçadora e a que inspira maior segurança;
- Assegurar-se que o cliente não se sente bloqueado fisicamente;
- Reproduzir a postura do cliente a fim de lhe significar que "está com ele" (adoptar a mesma posição física que ele e executar alguns dos seus principais gestos). Este modo de agir favorece o contacto e permite ao interveniente melhor ressentir o que vive o cliente. Manterá contudo uma postura de segurança de modo a prevenir os ataques imprevisíveis;
- Adoptar o mesmo débito verbal e o mesmo tom de voz que o cliente. Depois, progressivamente, baixar a voz e diminuir o débito convidando-o (de forma não verbal) a fazer o mesmo. Reduzir o ritmo respiratório;
- Utilizar a mesma cadência de contacto visual: olhar o cliente quando este o olha, evitar olhá-lo se é essa a sua atitude;
- Utilizar expressões que o convidam a prosseguir ("OK", "estou a ver", "sim, sim", "diga-me mais por favor", etc.). Evitar no entanto os "OK" no fim da frase, dado que podem parecer provocadores;
- Utilizar o silêncio e escutar atentamente;
- Utilizar as técnicas verbais de escuta activa (reflexo simples, reformulação, questões abertas, feedback descritivo e experiencial);
- Assegurar-se que o timbre, o volume da voz e o ritmo do discurso traduzem uma atitude de acolhimento.

Técnicas de desactivação

- Com a finalidade de diminuir a tensão e interromper um acesso de violência, o interveniente utilizará as seguintes técnicas:
- Focar-se no assunto central do diálogo e evitar responder às acusações ou injúrias utilizadas pelo cliente para desviar a conversa;
- Não fazer nada e escutar atentamente;
- Oferecer a sua ajuda;
- Isolar o cliente do seu auditório, garantindo contudo a sua própria segurança (não se fechar num quarto sozinho com ele);
- Fazer reforços positivos, afirmando por exemplo ao cliente, que deve estar num grande sofrimento para estar numa tal agitação ou que, apesar de ver o quanto lhe é difícil, aprecia que este aceite falar-lhe, etc.;

- Distrair o cliente, chamando-o à atenção para uma questão que não tem uma ligação directa com o que se está a dizer (perguntar-lhe as horas, se é casado, se tem filhos, etc.);
- Informar claramente o cliente acerca do que espera dele ("eu gostaria que baixasse o seu tom de voz");
- Deixar ao cliente, se necessário, a possibilidade de fazer uma escolha que possa executar ("o senhor pode... ou pode ..."). Apresentar a opção mais positiva em segundo lugar, porque as pessoas retêm habitualmente a segunda hipótese ("se continuar a incomodar os outros clientes deste modo, serei obrigado, infelizmente, a chamar o segurança; mas também pode decidir, sentar-se e esperar pela sua vez");
- Deixá-lo tomar este tipo de decisões. Quando as faz, assegurar-se de que as respeita: Não se deve recuar. O interveniente deve assegurar-se de que tem à sua disposição, se necessário, os meios de passar a acção.
- O facto de considerar a agressividade como um instrumento terapêutico leva o interveniente a examinar a sua maneira de conceber e gerir quotidianamente a sua própria cólera. Neste sentido, quanto mais se sentir à vontade com esta emoção na sua vida, mais fácil lhe será ajudar o cliente a reconhecer a origem da sua cólera, a exprimi-la e em certos casos a reprimi-la.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta. Loures.

ANEXO V — ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Adaptado da obra *Comunicação entrevista, relação de ajuda e validação* de Margot Phaneuf

A entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.

É uma conversa de carácter profissional entre uma pessoa que ajuda e uma pessoa que tem necessidade de ajuda. Pode também efectuar-se com mais de uma pessoa; a enfermeira pode encontrar-se com um casal, uma família ou um pequeno grupo.

Em psiquiatria, a entrevista de enfermagem deve ir muito mais longe do que a simples permuta. Ela serve para avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição. Pode servir para recolher dados, para responder a uma necessidade do momento ou para levar um suporte à pessoa. Mas é sobretudo o instrumento de trabalho a privilegiar num sector onde quase tudo passa pela palavra. Com efeito, ela é muitas vezes o veículo das intervenções da enfermeira que quer ajudar a pessoa a tomar consciência de certas coisas e a sensibilizá-la para a necessidade de modificar alguns dos seus comportamentos. A entrevista serve também para explorar estratégias de suporte para a pessoa no seu processo de mudança.

TIPOS DE ENTREVISTA

O tipo de entrevista a realizar depende de vários factores ligados ao tipo de trabalho a desempenhar, à personalidade da enfermeira e à sua experiência de entrevista.

Entrevista directiva

- A natureza das informações a recolher é prevista, mas resta muito a descobrir.
- A enfermeira utiliza uma grelha de análise onde são especificados os aspectos a privilegiar.
- As questões colocadas vão directas ao objectivo.

Os inconvenientes

- O risco de negligenciar informações importantes.
- A falta de naturalidade e de espontaneidade ligada à utilização de uma grelha já construída.

- A dificuldade de falar de problemas afectivos e de exprimir sentimentos e emoções no decurso de uma entrevista.

As vantagens

- O ganho de tempo.
- A eficácia nas situações de urgência.
- O sentimento de segurança procurado pela enfermeira pouco experiente.

A entrevista não directiva

- A natureza das informações a recolher pode não ser prevista, especialmente quando diz respeito às dificuldades afectivas.
- A enfermeira baseia a sua abordagem sobre alguns aspectos gerais.
- Trata-se de um percurso de descoberta para a enfermeira e para a pessoa cuidada, que pode participar na identificação das suas dificuldades e mesmo na determinação das soluções.

Os inconvenientes

- Um grande consumo de tempo.
- Pode ter uma eficácia inferior à obtida pela entrevista directiva.
- A dificuldade de adaptação e insegurança da enfermeira que não conhece os elementos a que deverá fazer face, especialmente se for pouco experiente.

As vantagens

- O estabelecimento de um clima natural e espontâneo.
- A comunicação livre e aberta de toda a informação julgada útil.
- A expressão das emoções e dos sentimentos.

A entrevista semidirectiva

- A parte física ou afectiva evidente do problema pode ser conhecida antecipadamente, mas as suas manifestações ou as suas repercussões emotivas ficam por descobrir.

O inconveniente

- A exigência de uma grande experiência para passar de um tipo de entrevista ao outro e dominar os dois processos.

A vantagem

- Uma via eficaz em múltiplas situações.

AS ETAPAS DA ENTREVISTA

Qualquer que seja a forma da entrevista, devem ser seguidas certas etapas para assegurar o seu bom desenvolvimento. Estas são a preparação, a orientação, a exploração e a conclusão. É preciso ter em atenção que esta divisão é artificial porque, segundo as circunstâncias, certas etapas podem estar mais ou menos presentes ou fundirem-se.

Fase de Preparação

Quando é possível, preparar-se para a entrevista com o doente isso permite à enfermeira conduzir-se com maior segurança e manifestar comportamentos mais apropriados à pessoa e às suas necessidades. Parece, portanto, que antes do encontro, pode ser proveitoso informar-se, ler o processo de cuidados ou colocar questões às colegas ou às pessoas envolvidas. Esta fase permite evitar certas questões inúteis, criar um melhor clima propício, e, também, em relação à permuta, prever possíveis dificuldades.

Esta preparação faz-se, em suma, com a ajuda de um questionamento muito simples:

- Para que deve servir esta entrevista?

Recolher dados? Proceder a uma avaliação? Transmitir informações? Dar suporte psicológico? Fazer um trabalho sobre os comportamentos? Em certos casos, a entrevista torna-se um meio de acção.

- De que natureza deve ser?

Realizar uma entrevista não directiva? Uma entrevista semidirectiva? Isso depende do objectivo da entrevista, das características da pessoa cuidada e das competências da enfermeira para conduzir uma entrevista.

- Qual deve ser o seu objectivo principal?

Fazer falar a pessoa? Ajudá-la a expressar as suas emoções? Confortá-la? Levar-lhe suporte numa prova? Observar os seus comportamentos? Transmitir-lhe informações? Ajudá-la a modificar um comportamento particular?

- Quais são os meios de que disponho?

A escuta, a persuasão, o ensino, as estratégias de modificação do comportamento, como o jogo de papéis, a visualização, etc.?

Na etapa da preparação da entrevista, a enfermeira deve preocupar-se com o local onde terá lugar este encontro e do momento em que ele ocorrerá. O local deve ser calmo e que ofereça uma certa intimidade. No que respeita à hora do encontro, deve escolher o momento ideal para a pessoa cuidada, isto é, um período do dia em que ela não esteja nem muito fatigada nem muito sofredora. A enfermeira deve também escolher o momento mais favorável para si própria a fim de evitar momentos em que está fatigada ou sobrecarregada e em que corre o risco de conduzir apressadamente a entrevista. Nesta etapa também não é supérfluo interrogar-se como instalar a pessoa a fim de que ela esteja o mais confortável possível. Um outro elemento a prever é o tempo de duração da entrevista. O que é que permite o estado físico da pessoa? As suas capacidades de compreensão e de concentração são reduzidas? Este questionamento não é inútil: são muitas vezes as precauções que se tomam que asseguram o sucesso de uma entrevista.

Fase de Orientação

A fase de orientação inicia-se no primeiro contacto com a pessoa cuidada. É o momento em que a enfermeira e o doente tomam conhecimento um do outro. Qualquer que seja o tipo de entrevista, a enfermeira deve criar o clima propício a este intercâmbio, se isto não foi já feito; ela apresenta-se, enuncia as suas funções no serviço dirigindo-se à pessoa, que chama pelo seu nome. Pode também dar-lhe um aperto de mão ou tocar-lhe o braço ou o pulso para manifestar a sua proximidade. Se o doente ignora que esta entrevista deve ter lugar, a enfermeira solícita a sua colaboração pedindo se é possível tomar alguns minutos do seu tempo, e explica-lhe o objectivo deste encontro a fim de o tranquilizar. Sempre na intenção de o colocar à vontade quanto possível e com muita simplicidade, preocupa-se de seguida com o conforto da sua instalação e coloca-se em frente dele, de maneira a ser vista e compreendida. O contacto visual é essencial, a expressão facial e o conjunto do comportamento não verbal da pessoa informam-na sobre a sua disponibilidade afectiva e intelectual para proceder à entrevista.

Em todas as entrevistas, os primeiros minutos são particularmente importantes: são eles que determinam o clima do resto do encontro. A enfermeira deve velar para oferecer uma apresentação física conveniente, e adoptar uma atitude aberta e calorosa que disponha bem a pessoa para se exprimir. A entrevista comporta igualmente outros preliminares úteis. Não é aconselhado saltar imediatamente no vivo do sujeito; é necessário antes alguns minutos para comunicar de forma calma com a pessoa, deixá-la exprimir-se sobre coisas tão banais como o tempo ou duração da sua hospitalização. Em seguida, para lhe manifestar o nosso interesse, muitas vezes é útil começar as perguntas por aquilo que cremos ser uma preocupação importante para ela, isto é, o seu problema de saúde, a dor que sente, o afastamento da sua família, etc. Será possível de seguida abordar as questões respeitantes aos diferentes detalhes relativos às suas necessidades e às suas expectativas. Não será demais insistir no facto de que este encontro se deve desenrolar como uma conversa normal em que a pessoa se sinta aceite, compreendida e à vontade, pois que é graças a este clima criado que se desenvolve a relação de confiança, a aliança terapêutica essencial a qualquer entrevista.

Fase de Exploração

Uma vez estabelecida a relação, a etapa de exploração é o momento por excelência da entrevista. A pessoa está confortável e pronta a responder às questões. Qualquer que seja o tipo de entrevista, em razão dos objectivos perseguidos neste momento, a abordagem faz-se de forma relativamente estruturada. A enfermeira utiliza técnicas próprias para induzir o enunciado da informação de que tem necessidade e explora as habilidades em comunicação para apoiar a pessoa que se exprime, para a ajudar a clarificar o que ela comunica e para lhe levar o reconforto quando evoca coisas difíceis.

Os objectivos principais da fase de exploração são:

- Colheita de dados - recolher informações que permitam compreender as dificuldades do doente e planificar cuidados apropriados.

- Ensino ou informação - delimitar as necessidades de conhecimento e satisfazê-las adequadamente.
- Ajuda e suporte psicológico - fazer exprimir as emoções, compreender a dificuldade do ponto de vista da pessoa cuidada e reflecti-la com empatia, fazer emergir elementos de solução ou de esperança.
- Trabalho sobre os comportamentos, os problemas e os conflitos - compreender bem o problema ou reconhecer os comportamentos difíceis; ajudar a pessoa a tomar consciência das dimensões do seu problema, a ver a sua responsabilidade na situação; ajudar a pessoa a encontrar elementos de solução.

Qualquer que seja a forma da entrevista, são várias as formas de tirar partido da fase de exploração e que dependem dos objectivos perseguidos:

- Escutar - A entrevista é um momento forte de escuta. A enfermeira deve, temporariamente, abstrair-se das suas preocupações para se voltar inteiramente para o outro a fim de extrair o conjunto da sua mensagem, sejam os acontecimentos, os factos, o contexto, e também o sofrimento e as emoções sentidas. A posição do doente nem sempre é das mais agradáveis; ele encontra-se num estado de dependência em relação à enfermeira, e o facto de escutá-lo atentamente torna a dar-lhe poder sobre a sua situação. Com efeito, fazer passar o paciente de um estado de passividade a um estado mais activo dá-lhe a impressão de ter um papel a desempenhar, de exercer um certo controlo sobre a sua situação.
- Questionar - Segundo os seus objectivos, a entrevista visa, para uma boa parte, a colheita de informações por diferentes meios indutivos. Também com habilidade e compreensão, a enfermeira interroga o doente sobre diversos aspectos do seu problema de saúde, dos quais as suas raízes, as suas manifestações, os factores que o desencadearam, e as suas consequências sobre a sua vida e sobre a das pessoas que estão à sua volta. A enfermeira utiliza para isso diversas estratégias, simples e complexas, características da comunicação funcional. Mas este questionamento deve ser sempre feito com precaução a fim de não ferir a sensibilidade da pessoa e de lhe permitir exprimir-se como deseja.
- Aprofundar - A escuta deve fazer-se num contexto de atenção sustentada e de compreensão tão perfeita quanto possível. As informações que a pessoa dá em consequência do questionamento são por vezes pouco claras, ou incompletas, e é necessário precisá-las por meio de questões de clarificação que permitem ir mais longe sem ser muito intrusiva. Aprofundar o contexto de comunicação pode também significar que se utiliza diversas estratégias vistas nos capítulos precedentes, com as questões indirectas, as reformulações e as questões circulares. É por vezes também necessário

atrair a atenção da pessoa, que está distraída ou tomada pelas suas emoções. A focalização e a síntese podem então revelar-se úteis. É necessário sobretudo compreender que a adequação das intervenções prescritas após a colheita dos dados é função do grau de real compreensão da enfermeira.

- Analisar o comportamento e as palavras da pessoa - A observação e a colheita de dados permitem em seguida analisar mais em profundidade o comportamento e as palavras do doente, compreender a sua motivação para se envolver num processo de tratamento ou de mudança, identificar o que, na sua vida ou no seu ambiente, pode ajudá-lo na dor ou na evolução do seu estado. O diálogo com o doente permite também conhecer a sua rede de suporte, as suas capacidades relacionais e de auto controlo. Um conhecimento mais amplo do seu contexto de vida, do seu ambiente físico e sociocultural e do seu comportamento favorece a implementação de intervenções mais judiciosas.
- Interpretar o que é dito e observado - Unindo o que revela a pessoa cuidada e os detalhes que o questionamento lhe permite conhecer, a enfermeira obtém uma representação da situação problemática e faz dela uma interpretação. Mas quem *diz* interpretação diz também risco de enviesar a informação recebida, de fazer uma imagem deformada pelos seus preconceitos sociais ou culturais, ou pelos seus humores do momento. A interpretação assenta nas nossas percepções, e já vimos toda a fragilidade destas. É também importante clarificar sempre as nossas interpretações e validá-las evitando assim os riscos de erro.
- Clarificar e validar as nossas percepções e as da pessoa - A interpretação que damos ao que revela o doente é algo de sério dado que é o que orienta a nossa acção. É também importante verificar a validade junto do doente, da sua família ou de uma outra pessoa qualificada para o fazer. De outra forma arriscamo-nos a aventurarmo-nos por caminhos pouco prometedores. É também importante validar as percepções da pessoa cuidada.
- Reflectir o que nós compreendemos - Não somente devemos validar as nossas percepções e as nossas interpretações, como devemos também apresentar ao doente o que compreendemos daquilo que ele disse projectando-lhe o reflexo pela reformulação ou por diversas respostas-reflexo. Esta maneira de agir constitui uma forma de verificação dado que o doente pode então confirmar ou infirmar a interpretação que lhe apresentamos. Trata-se igualmente de um excelente meio de lhe mostrar que o escutamos e que identificámos a sua dificuldade. É uma forma de reconhecer que o seu sofrimento foi entendido e que o compreendemos. Reflectir o que compreendemos permite-nos também partilhar as nossas observações com a pessoa cuidada.
- Identificar claramente o problema - Os objectivos principais da etapa de exploração são identificar com a maior precisão possível as dificuldades vividas pela pessoa, manifestar a esta pessoa compreensão e encontrar elementos de soluções. A pessoa ajudada

não está sempre consciente dos seus problemas ou da dimensão real deles. O diálogo com a enfermeira permite-lhe muitas vezes tomar consciência disso, avaliar a sua responsabilidade no seu estado e perceber a necessidade de encontrar soluções.

- Fazer emergir pistas de soluções - Segundo os objectivos perseguidos aquando de uma entrevista, pode acontecer que a enfermeira possa fazer emergir pistas de soluções para resolver certas dificuldades. Na medida do possível, ela tenta fazê-las nascer na própria pessoa cuidada ou desenvolve-as em função do que esta pessoa exprimiu no decurso da entrevista. Se lhe é impossível chegar aí, a enfermeira não deve propor soluções ou dar conselhos, mas antes oferecer um leque de soluções possíveis; a pessoa escolherá então a que mais lhe convém. Para as dificuldades mais importantes, a enfermeira poderá, logo que esteja na posse de toda a informação e tenha reconfortado a pessoa, completar a sua intervenção por um verdadeiro processo de resolução de problema ou de conflito.

São vários os exemplos de comportamentos a evitar no decurso de uma entrevista:

- Interromper a pessoa.
- Dar-lhe conselhos, propor-lhe soluções rápidas.
- Não ter em conta emoções manifestadas.
- Tranquilizar levemente a pessoa, utilizando frases estereotipadas do género: "Não se inquiete, tudo vai correr bem!"
- Mudar o tema da conversa para evitar assuntos dolorosos ou delicados.
- Fazer julgamentos.
- Fazer juízos morais.
- Discutir com a pessoa, criticá-la, procurar ter razão.
- Adoptar comportamentos defensivos.

Fase de Conclusão

Nesta fase, segundo se trate do fim de uma entrevista única ou da última entrevista de uma série de encontros supõe-se que os objectivos fixados foram atingidos ou estão em via de o ser e serão prosseguidos quando de uma próxima entrevista. Este momento é a ocasião de relembrar os objectivos atingidos e o caminho percorrido para os atingir ou, em certos casos, de mostrar o que não pode ser realizado e de aprofundar as razões disso. Permite também fazer um retorno às expectativas dos dois interlocutores. Por exemplo, a enfermeira poderá dizer que ela esperava um pouco mais de abertura e de colaboração, e a pessoa cuidada sublinhará que teria desejado encontrar mais calor humano, mais disponibilidade da que ajuda, ou ainda que esperava que lhe propusesse soluções rápidas para os seus problemas. Se deve haver outra entrevista com a pessoa,

esta fase da conclusão pode também servir de síntese do que foi dito e de preparação para o próximo encontro pela determinação dos objectivos que nela serão visados. E também o momento em que a enfermeira agradece à pessoa a sua colaboração e o tempo consagrado a esta entrevista. Algumas enfermeiras questionam-se como terminar uma entrevista: sinais verbais e não verbais permitem marcar-lhe o fim. É suficiente levantar-se, dar a mão à pessoa agradecendo-lhe ou sublinhando-lhe que o tempo de que se dispunha se esgotou. É sempre agradável acrescentar que em caso de necessidade, se está disponível. É preciso não esquecer que no fim da entrevista, e particularmente no fim de uma série de encontros, se trata de uma separação que pode causar ansiedade tanto à pessoa que ajuda como à ajudada. Em certos casos esta vive mesmo um verdadeiro luto. Esta situação apresenta-se quando a enfermeira não esteve atenta às reacções de transferência e à ligação que se criou entre ela e a pessoa cuidada. E por isso que a enfermeira deve sempre tomar cuidado de não criar dependência no doente e manter-se vigilante quanto às suas próprias emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures.

ANEXO VI – RELAXAMENTO

RELAXAMENTO

O termo “Relaxamento” normalmente é usado referindo-se a músculos, significando alívio da tensão e alongamento das fibras musculares. Contudo, o relaxamento apresenta uma dimensão mental e outra física. Assim, o termo “relaxado” é usado quer para referir relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade. Parte-se do princípio de que existe um laço entre ambos, uma vez que o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos (Payne, 2003).

Pode dizer-se que o relaxamento tem três objectivos (Titlebaum, 1988, citado por Payne, 2003):

- Como medida preventiva, para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário decorrente, por exemplo, do stress;
- Como tratamento, para ajudar a aliviar o stress em situações de saúde que se podem agravar, como por exemplo, a hipertensão, a cefaleia, entre outras;
- Como competência de lidar com o stress, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. Assim, como o stress pode prejudicar mentalmente a pessoa, o relaxamento pode ser uma forma de repor a clareza do pensamento.

No decorrer dos estudos dos mecanismos responsáveis por proporcionar o estado de relaxamento surgiram várias teorias; algumas enfatizam aspectos fisiológicos, como a actividade autonómica, o sistema endócrino e a musculatura esquelética; outras focam elementos psicológicos relacionados com o relaxamento, sendo discutidos em três tipos de teorias: cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental (Payne, 2003). Assim, pode-se destacar dois tipos de teorias: as Fisiológicas e as Psicológicas

Payne (2003), na sua obra *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*, seleccionou e identificou vários tipos de técnicas de relaxamento, agrupando-as em duas grandes categorias (métodos físicos e psicológicos), que se encontram resumidas na seguinte tabela:

Métodos físicos	Métodos psicológicos
Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1983)	Auto-consciencialização
A versão modificada de Bernstein & Borkovec (1973)	
O relaxamento passivo de Everly & Rosenfeld (1981)	Fantasiar
Libertação de Madder (1987)	
Relaxamento aplicado de Öst (1987)	Visualização dirigida para objectivos
Treino de relaxamento comportamental de Poppen (1988)	

Método de Mitchell (1987)	Treino autogénico (Schultz & Luthe 1969)
Técnica de Alexander (1932)	
Relaxamento diferencial	Meditação
Alongamentos	
Exercício	Resposta de relaxamento de Benson (1976)
Métodos de respiração	

O treino de relaxamento requer um conjunto de considerações gerais para a sua realização:

- **Ambiente**

“A maioria dos autores aconselha um cenário sossegado, ameno, livre de distúrbios. No entanto, outros são favoráveis a um ambiente que se assemelhe ao normal, com o argumento de que as técnicas de relaxamento aprendidas estarão assim mais prontas a serem transferidas para a vida real, e também de que um silêncio muito profundo é artificial ou mesmo indutor de ansiedade. Por esta razão, um ambiente que inclua leves sons exteriores pode ser deliberadamente procurado.” (Payne, 2003, p.15).

- **Estabelecer a confidencialidade**

“No caso de trabalhar em grupo, a confidencialidade tem de ser estabelecida desde o início e reinstituída de cada vez que um novo membro entra para o grupo. A confidencialidade significa que nada daquilo que um membro mencione numa sessão deve ser referido, por outro membro qualquer, fora da sessão.” (Payne, 2003, p.15).

- **Posição**

Para um relaxamento profundo, a posição de deitado é preferível à posição de sentado, já que um corpo totalmente apoiado libertar-se-á mais prontamente da sua tensão. No entanto, algumas pessoas, por diversas razões, não gostam de se deitar; pode ser argumentado, em favor da posição de sentado, que a capacidade de relaxamento é mais facilmente transferida para as situações quotidianas se for ensinada numa posição em que o stress é mais provável que ocorra, ou seja, sentado em vez de deitado. Outra desvantagem da posição deitada é a tendência por parte do praticante em adormecer (deve-se evitar sessões de aprendizagem ao princípio da tarde). Assim, pode ser dito que ambas as posições têm o seu valor e que podem ser utilizadas em diferentes ocasiões durante o processo de aprendizagem. Existem várias posições iniciais podem variar: sentado, deitado, sentado inclinado para a frente com os braços e cabeça apoiados numa superfície alta, entre outras. É importante também a utilização de uma espuma ou colchão de praia que proporcionam uma superfície adequadamente macia; e os olhos estarem abertos ou fechados é determinado pela natureza da abordagem e pela preferência do participante (Payne, 2003).

- **Introdução do método aos participantes**

Uma introdução que descreva o método e que justifique a sua utilização; o que tem como vantagens o aumento do interesse e a motivação, e afastar o medo do desconhecido (Payne, 2003).

- **Acção**

Em qualquer procedimento de relaxamento deve ser utilizado um tom de voz que seja sossegado e calmo, as pausas entre instruções devem sempre ser longas para dar aos praticantes tempo para levarem a cabo a acção ou invocarem a imagem (Payne, 2003).

- **Finalização**

Todos os procedimentos de relaxamento profundo devem ser trazidos gradualmente ao seu término, permitindo ao participante um retorno vagaroso ao estado de vigília; para isso pode recorrer-se a um processo de contagem ou a uma simples frase como: “quando se sentir pronto, abra os olhos e sente-se, por favor” (Payne, 2003, p.17).

- **Riscos**

O treino de relaxamento inclui técnicas que podem ter efeitos muito poderosos. Por isso, precisa ser tratado de uma forma responsável e com a devida atenção aos possíveis riscos (Payne, 2003).

- **Autonomia do indivíduo**

Uma característica central do treino do relaxamento é a de que o indivíduo é encarado como um organismo autodeterminante; durante todos os procedimentos o indivíduo mantém-se consciente e livre do controlo de forças exteriores; o estado de relaxamento que atinge é fruto do seu próprio trabalho e, assim, ele assume a propriedade do estado que alcança e a responsabilidade pelos progressos que obtém (Payne, 2003).

Neste trabalho, irei debruçar-me sobre o relaxamento progressivo e as imagens mentais, pois foram as actividades de relaxamento que desenvolvi em contexto de estágio.

Relativamente ao relaxamento progressivo, vou começar por falar de Jacobson, um médico fisiologista na década de trinta. Inventou uma técnica para medir a actividade eléctrica nos músculos e nervos, que se tornou conhecida como electromiograma (EMG), que lhe permitiu demonstrar que o pensamento está relacionado com o estado muscular, e que as imagens mentais, particularmente as que estão associadas ao movimento, são acompanhadas por pequenos mas detectáveis níveis de actividade nos músculos interessados (Payne, 2003). Esta actividade integrada entre a mente e o corpo levou-o a concluir que os centros do cérebro e os músculos voluntários trabalham em conjunto. Da mesma forma que uma mente calma reflecte um corpo liberto de tensão, assim também, propõe Jacobson, uma musculatura descontraída seria automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos e redução da actividade simpática (Payne, 2003). Através dos seus estudos com EMG, descobriu que os músculos voluntários podem atingir um estado de relaxamento total em repouso; e, conseqüentemente, formou a ideia de que o objectivo do treino de relaxamento deveria ser eliminar toda a tensão muscular (Payne, 2003).

Ao definir relaxamento como o cessar da actividade nos músculos-esqueléticos (voluntários), Jacobson desenvolveu uma técnica a que chamou de relaxamento progressivo. Consis-

tia no trabalho sistemático ao longo dos principais grupos musculares-esqueléticos, criando e libertando a tensão; como resultado, o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular; e cada sessão visava a acção de apenas um músculo, sendo repetida uma vez e o resto do tempo era passado a libertar a tensão (Payne, 2003).

Assim, o relaxamento progressivo de Jacobson visa reduzir o tónus muscular e, consequentemente, diminuir a excitabilidade cerebral, levando o córtex ao repouso; além do elemento calma, de diminuição da tensão e da ansiedade, este método pode libertar também certos problemas afectivos, inconscientes em maior ou menor nível; exige do indivíduo uma enorme atenção e um estado muito intenso de vigilância, e propõe uma educação muito acentuada da sensibilidade proprioceptiva e cinestésica, que irá permitir o domínio do tónus e, consequentemente, o domínio de si (Masson, 1986).

Segundo Payne (2003), embora o método de Jacobson reduzisse tanto a pulsação e a pressão sanguínea, era demasiado longo e pouco apelativo tal como estava originalmente, surgindo então o “treino de relaxamento progressivo”, desenvolvido por Bernstein e Borkovec, cuja abordagem consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos, e simultaneamente, prestar atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento.

De acordo com Payne (2003), o treino de relaxamento progressivo baseia-se nos princípios de reconhecimento e eliminação da tensão de Jacobson, mas apresenta algumas diferenças:

	Relaxamento Progressivo	Treino de Relaxamento Progressivo
Posição de relaxamento	Deitado ou sentado	Reclinado
Número total de grupos musculares trabalhados	48	16
Número de novos grupos musculares trabalhados numa sessão	1 ou 2	Todos os grupos
Objectivo da técnica	Libertação da tensão	“Produção” de relaxamento através de ciclos de tensão-libertação
Valor dado à sensação de contracção	Alertar o indivíduo para a sensação da tensão	Tornar cada componente do relaxamento mais profunda, ao proporcionar um “ponto de partida”; uma forte contracção leva a um relaxamento profundo
Papel da sugestão	Nenhum: a técnica consiste puramente numa competência muscular	São utilizadas sugestões indirectas de forma a aumentar o efeito
Número de sessões necessárias	50 ou mais	Cerca de 6

Outro método por mim realizado durante o estágio foi a Imaginação Guiada, ou Ideação Orientada. A ideação diz respeito à construção de imagens na mente. A imagem mental ou ideação pode ser considerada como uma técnica de relaxamento individual ou fazendo parte de outras técnicas; é um processo de pensamento que invoca os sentidos (visão, audição, olfacto, paladar e tacto), podendo estar todos envolvidos nesta actividade, e podem ocorrer na ausência de qualquer estímulo externo (Payne, 2003). Pretende-se que as imagens sejam agradáveis, induzindo uma sensação de calma que deve-se, em parte, à distração relativamente a pensamentos geradores de stress; contudo a imaginação pode aproximar-nos do eu interno, e esta sua característica pode ser usada para ajudar as pessoas a descobrir nelas próprias novas possibilidades, de forma a enriquecer as suas vidas (Payne, 2003).

Segundo Townsend (2002), as imagens mentais usam a imaginação na tentativa de reduzir a resposta corporal ao stress; e o ponto de referência é muito pessoal, dependendo do que cada indivíduo considera ser uma ambiente relaxante (praia, montanha, entre outros).

O recurso a imagens mentais pode ser utilizado como valor terapêutico de forma a proporcionar: auto-desenvolvimento e mudança psicológica; relaxamento; e distração, por exemplo, para desviar a mente de pensamentos inoportunos (Payne, 2003).

Numa sessão terapêutica de ideação, o relaxamento é simultaneamente uma pré-condição e um resultado das imagens mentais terapêuticas. Ou seja, além do relaxamento ser o resultado pretendido com a sessão, para que a ideação seja eficaz o indivíduo deve encontrar-se num estado de relaxamento. A finalização da sessão deve ser feita gradualmente: primeiro, a imagem mental é deliberadamente levada a desaparecer; depois o indivíduo volta calmamente a concentrar a atenção na sala onde se encontra e, quando se sentir preparado, abre os olhos; nos minutos seguintes, alonga suavemente os membros e retoma então a actividade normal (Payne, 2003).

REFLEXÃO SOBRE AS SESSÕES DE RELAXAMENTO

As sessões de relaxamento foram constituídas por um ciclo de três sessões com a técnica da Imaginação Guiada intercaladas com três sessões com a técnica de Relaxamento Progressivo.

O local escolhido foi a sala de estar da ala das mulheres, pois não tinha televisão, não interferia com o funcionamento do serviço e permitia um ambiente calmo e tranquilo necessário para o bom desenvolvimento de sessão. Antes de iniciar o procedimento, tive o cuidado de organizar a sala, removendo o mobiliário de modo a proporcionar espaço, diminuir ruídos externos (fechar a porta), escolher um som ambiente e aroma agradável. Coloquei os colchões em duas filas, com espaços entre eles de forma a possibilitar a eventual saída de qualquer

participante, caso alguém não se sentisse confortável durante a sessão, e de modo a perturbar o mínimo possível o restante grupo de participantes.

Na primeira sessão de relaxamento, senti alguma dificuldade em escolher os doentes que possuíam critérios para a sua realização. Muitos apresentavam-se em evidente actividade alucinatória e delirante, cuja participação seria contraproducente não só para o próprio mas também para o restante grupo, motivo pelo qual não os seleccionei. Além disso, senti alguma dificuldade quando abordei os doentes para participarem, pois alguns demonstraram alguma resistência, sendo necessário motiva-los para realizarem a sessão de relaxamento.

Mas ao longo das sessões seguintes, estas dificuldades foram ultrapassadas. Na segunda sessão, ao abordar os doentes para participarem, três dos que haviam realizado a primeira sessão disponibilizaram-se de imediato, e cinco novos participantes aceitaram facilmente o convite. A iniciativa e motivação para a participação, por parte dos doentes, manteve-se ao longo das restantes sessões, independentemente da técnica utilizada; alguns porque gostaram de participar, outros por curiosidade. Outra dificuldade sentida por mim durante o decurso de algumas sessões foi as interrupções que ocorreram ocasionalmente e que causaram a distração de alguns participantes, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão.

Em todas as sessões, foram sempre surgindo novos participantes. A formação de um grupo fechado nunca foi considerada, uma vez que a CPI é uma unidade de internamento de doentes em fase aguda, conseqüentemente, a maioria dos doentes têm alta ao fim de cerca de três a quatro semanas. No entanto, desde a segunda sessão, a maioria dos doentes presentes já tinham participado na actividade.

Portanto, em todas as sessões foi necessário antes de iniciar a técnica fazer uma breve explicação acerca dos objectivos da actividade. Pedia que se posicionassem correctamente conforme a técnica (deitado, na Imaginação Guiada; ou sentado, no relaxamento Progressivo), e que procurassem uma posição confortável numa cadeira com costas altas e braços. Em seguida, descrevia a dinâmica da sessão aos participantes, através de uma breve introdução em que descrevia o método, a pertinência e o que era expectável com a sua realização.

As sessões de relaxamento bem como as diferentes técnicas foram bem aceites pelos grupos. Durante a sua realização, observei que os doentes foram capazes de manter o foco da atenção durante o treino, de seguir as instruções e cumprir o procedimento na totalidade.

Na segunda sessão de relaxamento por Imaginação Guiada, MS sugeriu que utilizasse música ambiente com sons de animais, o que foi tido em consideração na sessão seguinte e foi apreciado por todo o grupo.

Na finalização de cada sessão, foi pedido aos participantes que regressassem gradualmente ao estado de vigília, recorrendo a um processo de contagem ou a uma simples frase como: "Agora vai despertar calmamente...quando se sentir pronto, abra os olhos ...". De seguida, fazia uma breve conclusão, salientando os objectivos da sessão, e motivava para que os os participantes expressassem a forma como se sentiam durante a após o relaxamento. MS referiu que "gostei bastante, agora sinto-me mais leve e descontraída" (sic); RM afirmou que

“quando entrei estava um pouco triste com o que aconteceu ao XG, mas agora estou mais contente, estou melhor...” (sic); FC disse que “foi bom fazer isto, fiquei mais leve” (sic).

Na avaliação, além da observação, recorri à escala de faces da dor no início e final da sessão, o que facilitou aos participantes verbalizar os seus sentimentos e a forma como os sentiram e vivenciaram, possibilitando-os comparar o antes e o depois, o que também permitiu-me perceber o impacto causado pelo relaxamento. Todos os participantes assinalaram na escala de faces da dor uma melhoria do seu bem-estar de pelo menos um nível. De um modo geral, o grupo verbalizou o alívio de tensão e da ansiedade sentindo-se mais relaxados.

Assim, considero que as sessões de relaxamento foram de encontro aos objectivos propostos. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista através da prestação de cuidados de qualidade, com recurso a uma metodologia de trabalho activa no cuidar da pessoa com doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Masson, S. (1986). *Os relaxamentos*. Editora Manole. São Paulo.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. Lusociência. Loures.
- Townsend, M. (202). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição, Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

ANEXO VII — SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Relaxamento Progressivo.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao facto de que o relaxamento é uma intervenção terapêutica estratégica no combate aos factores geradores de stress, constituindo um método natural com efeitos semelhantes aos dos ansiolíticos.
- **Destinatários:** Doentes internados na CPI, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) que possa interferir com o seu bem-estar ou com o funcionamento do grupo.
- **Número de Sessões:** 3.
- **Data:** De 8 de Maio a 5 de Junho de 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de estar da ala das mulheres.
- **Duração:** 30 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes deverão ser capazes de verbalizar sentimentos de bem-estar e relaxamento.

3. Objectivos Específicos:

- Promover o bem-estar;
- Diminuir a ansiedade;
- Promover o relaxamento;
- Promover a melhoria do humor;
- Motivar para a importância do relaxamento;
- Promover a propriocepção.

4. Pré-Requisitos:

- Estar sob regime de internamento na Clínica Psiquiátrica I do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Colchões.
- Rádio.
- CD de música relaxante.
- Incenso.

6. Metodologia:

- Método activo.

7. Avaliação:

- Recurso à escala visual da dor (avaliação antes e depois).
- Apreciação individual da sessão, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos e negativos e as maiores dificuldades.
- Atenção do grupo de participantes.

SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

Considerações a ter antes de iniciar o procedimento:

- Instruir os utentes:
 - Para usarem roupa confortável;
 - A procurarem uma posição confortável numa cadeira com costas altas e braços;
 - Para fixarem a atenção num determinado grupo muscular de cada vez;
 - Que todos os itens são realizados uma segunda vez, ao que se segue uma fase de relaxamento que dura um minuto;
 - A palavra "agora", indica que o grupo muscular deve estar tenso;
 - A contração é feita de uma só vez e não de forma gradual, devendo ser mantida durante 5-7 segundos;
 - A palavra "relaxar" indica que o grupo muscular deve ficar relaxado (novamente, de uma só vez), durante cerca de 30-40 segundos;
 - Que tentem não se mover durante o exercício, mantendo os olhos fechados;
 - Que utilizem a respiração abdominal.
- Assistir os doentes no posicionamento em posição confortável.

Procedimento:

Iniciar técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente:

1. Músculos da mão direita e parte inferior do braço; a mão é cerrada em punho:

Vamos começar com a mão e parte inferior do braço direito. Vou pedir que contraiam os músculos da mão direita e parte inferior do braço, fechando a mão em punho cerrado. *Agora...* contraia a mão... mantendo apertado... sinta a tensão nos músculos ao apertar... e... *Relaxe...* liberte a tensão de uma só vez e à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão... atente nas sensações nos músculos da parte inferior do braço, ao eliminar a tensão... sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados... completamente relaxados... repare nas sensações provenientes dos músculos neste momento, compare com o que sentia anteriormente, quando tensos.

2. Músculos da parte superior do braço direito: a curva/ o ângulo do cotovelo é pressionado para baixo contra o braço da cadeira, mantendo a mão relaxada.

Deixe a mão e parte inferior do braço relaxadas ao transferir a atenção para os músculos da parte superior do braço direito (bícepes). Gostaria que desta vez pressionasse o cotovelo contra o braço da cadeira. Faça-o sem envolver os músculos da mão e da parte inferior do braço... *Agora...* sinta a tensão no braço superior enquanto pressiona o cotovelo para baixo... e... *Relaxe...* relaxe completamente... dirija para os músculos relaxados... sinta a tensão a libertar-se... usufrua das agradáveis sensações dos músculos relaxados... sinta a sensação de profundo relaxamento e conforto... depois verifique se o braço superior se sente tão relaxado como o inferior.

3. Músculos da mão esquerda e parte inferior do braço.

Contraíam os músculos da mão esquerda e parte inferior do braço, fechando a mão em punho cerrado. *Agora...* contraia a mão... mantendo apertado... sinta a tensão nos músculos ao apertar... e... *Relaxe...* liberte a tensão de uma só vez e à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão... atente nas sensações nos músculos da parte inferior do braço, ao eliminar a tensão... sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados... completamente relaxados... repare nas sensações provenientes dos músculos neste momento, compare com o que sentia anteriormente, quando tensos.

4. Músculos da parte superior do braço esquerdo: a curva/ o ângulo do cotovelo é pressionado para baixo contra o braço da cadeira, mantendo a mão relaxada.

Deixe a mão e parte inferior do braço relaxadas ao transferir a atenção para os músculos da parte superior do braço direito (bícepes). Gostaria que desta vez pressionasse o cotovelo contra o braço da cadeira. Faça-o sem envolver os músculos da mão e da parte inferior do braço... *Agora...* sinta a tensão no braço superior enquanto pressiona o cotovelo para baixo... e... *Relaxe...* relaxe completamente... dirija para os músculos relaxados... sinta a tensão a libertar-se... usufrua das agradáveis sensações dos músculos relaxados... sinta a sensação de profundo relaxamento e conforto... depois verifique se o braço superior se sente tão relaxado como o inferior.

5. Levantar as sobrancelhas.

Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. *Agora..* enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão ao redor das sobrancelhas... *Relaxe...* relaxe muito lentamente focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente descontraindo.

6. Contrair os olhos e enrugar o nariz.

Concentre-se nos músculos do nariz e dos olhos... *Agora...* feche os olhos apertando-os com força... contrai-a os músculos de forma a enrugar o nariz... e sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... *Relaxe* lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

7. Cerrar os dentes e puxar os cantos da boca para trás.

Force um sorriso mantendo os dentes cerrado... *Agora...* contraia todos os músculos da face e boca estão tensos... aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos, tensos... os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... sinta a pressão nos dentes... *Relaxe* agora esses músculos... repare nas sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

8. Puxar o queixo para trás e pressionar a cabeça para trás contra um apoio, contraindo os músculos do pescoço.

Contraia os músculos do pescoço... sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa). *Relaxe* lentamente o pescoço... os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

9. Alongar os ombros para trás.

Arqueie as suas costas para a trás... *Agora...* contraia os músculos das costas... sinta a tensão em toda a coluna e nos ombros... concentre a sua atenção nas zonas de tensão...

Relaxe... volte à posição inicial... note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... estão completamente relaxados, descontraídos.

10. Apertar os músculos abdominais (endurecendo a barriga).

Concentre-se nos músculos da barriga... *Agora...* contraia-os fortemente até que a sinta duros como uma tábua... sinta a tensão em redor do umbigo... *Relaxe...* descontraia os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... todos os músculos estão completamente relaxados.

11. Contrair a coxa da perna direita.

Foque a sua atenção nos músculos da coxa da sua perna direita... *Agora...* contraia-os esticando a perna, exercendo a máxima tensão... sinta a contracção em toda a coxa... *Relaxe...* descontraia a perna direita e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

12. Direcctionar a ponta do pé direito para baixo (flexão plantar).

Concentre-se no pé direito... *Agora...* contraia os músculos de forma a arquear o pé para baixo... sinta a tensão em todo o pé... concentre a sua atenção nas zonas de tensão... *Relaxe...* volte à posição inicial... note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... estão completamente relaxados, descontraídos.

13. Levantar o pé direito em direcção à cara (dorsiflexão).

Agora vai tentar elevar o pé direito em direcção à cara... *Agora...* Levante o pé... Sinta a contracção muscular... a sua perna está o mais rígido que pode... concentre-se na forma como aumenta a tensão... *Relaxe...* gradualmente deixe cair o seu pé até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão apagados... completamente relaxados.

14. Contrair a coxa da perna esquerda.

Concentre-se nos músculos da coxa da sua perna esquerda... *Agora...* contraia-os esticando a perna, exercendo a máxima tensão... sinta a contracção em toda a coxa... *Rela-*

xe...descontraí a perna direita e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

15. Direcção da ponta do pé esquerdo para baixo (flexão plantar).

Concentre a sua atenção no pé esquerdo... *Agora...* contraia os músculos de forma a arquear o pé para baixo... sinta a tensão em todo o pé... concentre a sua atenção nas zonas de tensão... *Relaxe...* volte à posição inicial... note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... estão completamente relaxados, descontraídos.

16. Levantar o pé esquerdo em direcção à cara (dorsiflexão).

Foque a sua atenção no pé esquerdo e vai tentar elevá-lo em direcção à cara... *Agora...* Levante o pé... Sinta a contracção muscular... a sua perna está o mais rígido que pode... concentre-se na forma como aumenta a tensão... *Relaxe...* gradualmente deixe cair o seu pé até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão apagados... completamente relaxados.

Vou terminar a sessão contando por ordem decrescente de quatro para um... quatro... comece a mexer as pernas e pés... três... flicta e alongue os braços e mãos... dois... mova devagar a cabeça... e... um... abra os olhos, repare como se sente em paz e relaxado... como se tivesse acordado de um breve sono.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

1. Participantes:

- Enfermeira Rute e um grupo de oito utentes, ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 32 e 59 anos.

2. Resposta do Grupo:

- A técnica de relaxamento foi bem aceite pelo grupo. Durante a sessão os participantes foram capazes de manter o foco da atenção e concentração, de seguir as instruções e cumprir o procedimento na totalidade.

3. Dificuldades:

- Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções que causaram a distração de alguns participantes, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para os participantes e para a minha formação. Os participantes falaram das sensações sentidas durante a sessão e da forma como foram vivenciadas. MS referiu que “gostei bastante, agora sinto-me mais leve e descontraída” (sic); RM “quando entrei estava um pouco triste com o que aconteceu ao XG, mas agora estou mais contente, estou melhor...” (sic). Além disso, o recurso à escala de faces da dor permitindo-os comparar o antes e o depois. AS “antes de começar estava na cara 3 mas agora estou na 1... sim, sinto-me mais descontraída” (sic). De um modo geral, o grupo verbalizou o alívio de tensão e da ansiedade sentindo-se mais relaxados. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

ANEXO VIII – SESSÃO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Relaxamento por Imaginação Guiada.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao facto de que o relaxamento é uma intervenção terapêutica estratégica no combate aos factores geradores de stress, constituindo um método natural com efeitos semelhantes aos dos ansiolíticos.
- **Destinatários:** Doentes internados na CPI, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) que possa interferir com o seu bem-estar ou com o funcionamento do grupo.
- **Número de Sessões:** 3.
- **Data:** De 8 de Maio a 5 de Junho de 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de estar da ala das mulheres.
- **Duração:** 30 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes deverão ser capazes de verbalizar sentimentos de bem-estar e relaxamento.

3. Objectivos Específicos:

- Promover o bem-estar;
- Diminuir a ansiedade;
- Promover o relaxamento;
- Promover a melhoria do humor;
- Motivar para a importância do relaxamento;
- Promover a propriocepção.

4. Pré-Requisitos:

- Estar sob regime de internamento na Clínica Psiquiátrica I do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Colchões.
- Rádio.
- CD de música relaxante.
- Incenso.

6. Metodologia:

- Método activo.

7. Avaliação:

- Recurso à escala visual da dor (avaliação antes e depois).
- Apreciação individual da sessão, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos e negativos e as maiores dificuldades.
- Atenção do grupo de participantes.

SESSÃO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

Considerações a ter antes de iniciar o procedimento:

- Gerir o ambiente de modo a promover um ambiente tranquilo:
 - Remover mobiliário de modo a proporcionar espaço;
 - Diminuir ruídos externos (fechar a porta);
 - Diminuir luminosidade (apagar as luzes);
 - Escolher um som ambiente agradável.
- Reunir o material necessário.
- Motivar para a participação das pessoas.
- Explicar a actividade e os objectivos:
 - Fazer uma breve introdução que descreva o método e que justifique a actividade;
 - Incentivar os utentes a posicionar-se em decúbito dorsal sobre os colchões.

Procedimento:

Iniciar técnica de relaxamento, falando calma, suave e pausadamente. (Apresento dois guiões com diferentes cenários).

Guião para Sessão de Relaxamento por Imaginação Guiada na Praia:

- Coloque-se confortavelmente e feche os olhos.
- Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda.
- À medida que a sua mente fica mais calma, vai sentir menos tensão no corpo.
- Imagine que está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... Sinta a areia seca, fina a tocar nos seus pés.
- O sol está a brilhar e sente o calor na sua pele, a brisa que toca nos seus cabelos.
- Ao longe pode ouvir o som das gaivotas...
- Ao caminhar na praia encontra pequenas poças de água e sente vontade de tocar nelas... a água está quente à superfície e é agradável.
- Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco.
- De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto sente-se tranquilo... extremamente descontraído...

- Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que queira levantá-las não consegue... Os seus braços estão pesados, muito pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado...
- O mar calmamente vai chegando perto de si, molhando delicadamente os seus pés...
- A sua respiração é suave e calma e sente o seu corpo leve.
- A brisa do mar é agradável, fresca.
- O único ruído que ouve é o ondular suave do mar e ao longe o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.
- Deitado na praia, começa a despertar...
- Mantendo os olhos fechados, concentre-se em si próprio.
- Sinta a respiração tranquila e inspire... expire... (pausa de 1 minutos)
- Agora sinta o peso dos pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ... Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). ... Também a coluna e o peito estão relaxados... (breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa). Sinta o corpo calmo e relaxado...
- A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar... Sente-se calmo, olhe em redor... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).
- Ao longe vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) ... até lhe pode tocar, é muito fofa... respiro fundo e sinto-me bem... (breve pausa).
- Sente o vento na sua cara, sorri, sentindo-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa).
- Começa a sentir de novo a respiração tranquila e inspire... expire... (pausa de um minuto)
- Sente-se muito bem... e quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma vai-se manter... inspire... expire... inspire... expire... (breve pausa).
- Agora vai despertar calmamente... vai abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspire e expire... e sinta a sensação de leveza.

Guião para Sessão de Relaxamento por Imaginação Guiada no Campo:

- Coloque-se confortavelmente e feche os olhos.
- À medida que a sua mente fica mais calma, vai sentir menos tensão no corpo.
- Respire suavemente, de forma regular e profunda.
- Imagine que está a passear num campo... é relaxante.
- É primavera, o sol está a brilhar e sente o calor na sua pele.
- Repare como a relva é verde...apetece-lhe ficar descalça. Sinta a relva a tocar nos seus pés...é agradável e sente-se mais tranquilo.

- A brisa fresca toca nos seus cabelos.
- Ao longe pode ouvir o som dos pássaros que voam alegremente.
- Ao caminhar no campo encontra flores selvagens a crescer...são de várias cores, são bonitas.
- Sente vontade de tocar nas flores. Elas têm uma textura sedosa. Sente o cheiro... é um aroma suave e agradável.
- O campo tem várias árvores... tão belas. O vento faz sussurrar as folhas das árvores.
- Sente-se cansado e resolve deitar-se na relva a descansar um pouco.
- O sol está a aquecer-lhe o rosto... sente-se tranquilo, descontraído...
- O céu está azul, um azul tão profundo. Sente-se feliz...
- Vê os pássaros... tantas cores, tão belos.
- A sua respiração é suave e calma e sente-se descontraída.
- Decide continuar a caminhada. Ao longe houve o som da água.
- Caminha em direcção ao som da corrente de água. É um ribeiro...
- Repare na água... tão límpida que pode ver o fundo...
- O ribeiro tem peixes que nadam alegremente.
- Sente-se feliz... sorri...
- Apetece-lhe tocar na água... é fresca.
- Junto à beira do ribeiro está uma rocha. A sua superfície é lisa e está quente.
- Sinta a respiração tranquila e inspire... expire... (pausa de 1 minutos)
- Mantendo os olhos fechados, concentre-se em si próprio.
- Agora sinta o peso dos pés (breve pausa) ... As pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). ... Também a coluna e o peito estão relaxados... (breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa). Sinta o corpo calmo e relaxado...
- A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar... Sente-se calmo, olhe em redor... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).
- Sente o vento na sua cara, sorri, sentindo-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa).
- Começa a sentir de novo a respiração tranquila e inspire... expire... (pausa de um minuto)
- Sente-se muito bem... e quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma vai-se manter... inspire... expire... inspire... expire... (breve pausa).
- Agora vai despertar calmamente... vai abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspire e expire... e sinta a sensação de leveza.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

1. Participantes:

- Enfermeira Rute e um grupo de oito utentes, ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 28 e 71 anos.

2. Resposta do Grupo:

- A técnica de relaxamento foi bem aceite pelo grupo. Durante a sessão os participantes foram capazes de manter o foco da atenção e concentração, de seguir as instruções e cumprir o procedimento na totalidade.

3. Dificuldades:

- Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções que causaram a distração de alguns participantes, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para os participantes e para a minha formação. Os participantes falaram das sensações sentidas durante a sessão e da forma como foram vivenciadas. FC referiu que “foi bom fazer isto, fiquei mais leve” (sic); RM “parecia que estava mesmo a tocar na areia, gostei da sensação, estou mais descontraído agora” (sic). O recurso à escala de faces da dor permitiu aos participantes comparar o antes e o depois e permitiu-me perceber o impacto causado pela sessão. Todos os participantes assinalaram na escala de faces da dor uma melhoria do seu bem-estar de pelo menos um nível. De um modo geral, o grupo verbalizou o alívio de tensão e da ansiedade sentindo-se mais relaxados. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

ANEXO IX — ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA

ACTIVIDADE TERAPÊUTICA DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA

Um grupo proporciona ao enfermeiro uma modalidade potencialmente mais terapêutica do que o encontro entre duas pessoas, enfermeiro e utente; possibilita aos seus membros uma variedade de relacionamentos, enquanto interagem uns com os outros e com o líder do grupo (LaSalle e LaSalle, 2001).

Um grupo é uma reunião de pessoas que têm um relacionamento umas com as outras, são interdependentes, capazes de partilhar normas e têm uma finalidade comum (LaSalle e LaSalle, 2001).

Segundo Taylor (1992), um grupo é um sistema identificável, composto de três ou mais indivíduos que se relacionam entre si, geralmente em torno da tarefa para atingirem um objetivo comum. O mesmo autor acrescenta que os grupos podem ser compostos de três até vinte membros, sendo o limite máximo para o seu tamanho determinado pelo número de indivíduos que podem facilmente relacionar-se uns com os outros em simultâneo; no caso de o grupo ser constituído por mais elementos, são formados subgrupos.

Por ser um sistema identificável, o grupo partilha determinadas características sobre as quais o enfermeiro vai intervir; e é uma estrutura que funciona de modo a manter o equilíbrio, o que significa que o comportamento de qualquer um de seus membros afecta e é afectado pelo comportamento dos outros membros do grupo, devendo ser visto como um reflexo do comportamento do grupo. Aprender a ver o comportamento do grupo a partir de uma perspectiva holística, em vez de como um resumo das interacções individuais pode revelar-se uma tarefa difícil (Taylor, 1992).

Sampson e Marthas (1990), citado por Townsend (2002), delinearam oito funções que os grupos têm para seus membros, podendo ter mais de uma função (geralmente têm funções diferentes para diferentes membros do grupo):

1. **Socialização** - O grupo cultural em que nascemos começa o processo de ensinar normas sociais. Isto é continuado por toda nossa vida por membros de outros grupos a que nos filiamos.
2. **Apoio** - Os colegas do grupo estão disponíveis em ocasiões de necessidade. Os indivíduos derivam um sentimento de segurança do envolvimento com o grupo.
3. **Completar uma Tarefa** - Os membros do grupo dão assistência em tarefas que estão além da capacidade de um indivíduo sozinho ou quando os resultados podem ser obtidos de modo mais efectivo por uma equipe.
4. **Camaradagem** - Os membros de um grupo proporcionam a alegria e prazer que os indivíduos buscam nas interacções com seus entes queridos.

5. **Informação** - Adquire-se conhecimento quando membros individuais aprendem como outros no grupo resolveram situações semelhantes àquelas com que eles estão se defrontando no momento.
6. **Normativa** - Esta função se relaciona às maneiras pelas quais os grupos aplicam as normas estabelecidas.
7. **Capacitar** - Os grupos ajudam a trazer melhoras nas condições existentes dando apoio aos membros individuais que buscam trazer mudanças. Os grupos têm um poder que indivíduos sozinhos não têm.
8. **Governo** - Um exemplo da função de governo é aquele das regras sendo feitas por comités numa organização

Relativamente à importância da existência dos grupos terapêuticos, Yalom (1985) citado por Towsend (2002) identificou onze “factores curativos”, presentes em muitos grupos em grau variável, e que os indivíduos podem obter pelas interações interpessoais no grupo:

1. **Esperança** - Observando o progresso de outros no grupo com problemas semelhantes, um membro do grupo reúne esperanças de que seus problemas também possam ser resolvidos.
2. **Universalidade** - Os indivíduos vêm a perceber que não estão sozinhos nos problemas, pensamentos e sentimentos que estão tendo. A ansiedade é aliviada pelo apoio e a compreensão de outros no grupo que compartilham de experiências semelhantes (universais).
3. **Comunicação de Informações** - Adquire-se conhecimento por uma instrução formal e também por compartilhar-se conselhos e sugestões entre os membros do grupo.
4. **Altruísmo** - O altruísmo é assimilado pelos membros do grupo por partilha mútua e preocupação de uns com os outros. Dar ajuda e apoio a outros cria uma auto-imagem positiva e promove o crescimento pessoal.
5. **Recapitulação Correctiva do Grupo Familiar Primário** - Os membros do grupo podem revivenciar conflitos familiares iniciais que permaneceram por resolver. As tentativas de resolução são promovidas pelo feedback e pela exploração.
6. **Desenvolvimento de Técnicas de Socialização** - Através da interação com outros membros do grupo e o seu feedback, os indivíduos podem corrigir comportamentos sociais desajustados e aprender e desenvolver novas habilidades sociais.
7. **Comportamento Imitativo** - Nesse contexto, um indivíduo que dominou uma habilidade psicossocial ou tarefa do desenvolvimento específica pode ser um modelo de papel útil para os outros. Os indivíduos podem imitar comportamentos seleccionados que desejam desenvolver em si mesmos.
8. **Aprendizado Interpessoal** - O grupo proporciona muitas e variadas oportunidades de interagir com outras pessoas. Adquire-se compreensão quanto a como se percebe os outros e se é percebido por eles.

9. **Coesão** - Os membros desenvolvem um sentimento de pertencer ao grupo que separa o indivíduo ("eu sou") do grupo ("nós somos"). Dessa aliança surge um sentimento comum de que tanto os membros individuais como o grupo total são úteis um para o outro.
10. **Catarse** - No grupo, os membros podem expressar sentimentos tanto positivos como negativos, talvez sentimentos que nunca tenham sido expressos antes numa atmosfera não ameaçadora. Esta catarse, ou expressão aberta de sentimentos, é benéfica para os indivíduos no grupo.
11. **Factores Existenciais** - O grupo pode ajudar membros individuais a assumir a direcção de sua vida e a aceitar a responsabilidade pela qualidade de sua existência.

As funções dos grupos variam, dependendo da razão pela qual o grupo foi formado. Clark (1987), citado por Townsend (2002), identifica três tipos de grupos em que as enfermeiras participam mais frequentemente:

- **Grupos de Tarefa** - A função de um grupo de tarefa é realizar um objectivo ou tarefa específicos. O foco é na resolução de problemas e na tomada de decisões para alcançar este objectivo.
- **Grupos de Ensino** - Os grupos de ensino ou educacionais existem para transmitir conhecimento e informações a vários indivíduos. As enfermeiras podem envolver-se em grupos de ensino de muitos tipos, como por exemplo, de orientação quanto à medicação. Esses grupos geralmente têm uma escala temporal previamente estabelecida ou um número fixo de reuniões. Os membros aprendem uns com os outros e também com o instrutor designado. O objectivo dos grupos de ensino é a verbalização ou a demonstração pelo aprendiz do material apresentado ao final do período designado.
- **Grupos de Apoio/Terapêuticos** - O principal interesse dos grupos de apoio é evitar aborrecimentos futuros ensinando aos participantes maneiras eficazes de lidar com o stress emocional originado por crises situacionais ou de desenvolvimento.

Para este trabalho, vou apenas debruçar-me no grupo terapêutico. O grupo terapêutico foca-se nas relações no grupo, interações entre membros do grupo e a consideração de um problema seleccionado. Assim os indivíduos que lideram grupos terapêuticos têm de conhecer o processo de grupo, isto é, a maneira com que os membros do grupo interagem uns com os outros (interrupções, silêncios, julgamentos, entre outros); e o conteúdo do grupo, o tópico ou problema discutido com o grupo e a capacidade de apresentar o tópico numa linguagem que possa ser compreendida por todos os membros do grupo (Townsend, 2002).

O grupo terapêutico, tem como objectivo ajudar os indivíduos a alterarem os seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o

stress da vida diária; para atingirem este objectivo, os indivíduos encontram-se regularmente para expressarem suas ideias, sentimentos e preocupações, para examinarem seus modos actuais de comportamento e para desenvolverem novos padrões de comportamento (Taylor, 1992).

As actividades terapêuticas de grupo desenvolvidas durante o estágio visaram a promoção do desenvolvimento de competências psicossociais e educativas, no sentido da melhoria do bem-estar psicológico e emocional, promoção da socialização, contribuindo assim para a educação dos indivíduos com perturbação mental e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida e a diminuição dos internamentos.

Os indivíduos com perturbação mental apresentam, frequentemente, disfunção cognitiva, negativismo, ansiedade, desinteresse, baixa auto-estima, fracos relacionamentos interpessoais e isolamento social. De acordo com LaSelle e LaSelle (2001), este tipo de actividades estimula a interacção entre os membros, mediante um foco sobre tarefas simples que encorajam os membros a concentrarem-se nos objectivos do grupo, em vez das suas próprias questões individuais.

Neste sentido, as actividades terapêuticas de grupo com vertente psicossocial e educativa tiveram como objectivos:

- Promover o desenvolvimento pessoal, no contexto da dinâmica de grupo;
- Promover a interacção organizada do grupo, de modo a aumentar a capacidade de comunicação interpessoal, a reduzir o isolamento, a corrigir comportamentos sociais desajustados e a desenvolver novas habilidades sociais;
- Estimular a expressão de opiniões, sentimentos, emoções, dúvidas, anseios, a partilha de experiências e conhecimentos entre os membros.
- Educar e estimular a reflexão sobre situações vividas, a sua doença e a importância da adesão ao projecto terapêutico.
- Identificar factores geradores de stress e promover a capacitação da pessoa para lidar com os eventos da vida.
- Ajudar os indivíduos a alterarem os seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o stress da vida diária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª Edição, Artmed Editora. Porto Alegre.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem Psiquiátrica*. 13ª Edição, Artes Médicas. Porto Alegre.
- Townsend, M. (202). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição, Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

ANEXO X — REFLEXÃO SOBRE AS ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA

REFLEXÃO SOBRE AS ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS DE GRUPO COM VERTENTE PSICOSSOCIAL E EDUCATIVA

Foram realizadas quatro sessões semanais, com a duração de uma hora cada, decorrendo sempre na sala de estar da ala das mulheres, com as cadeiras dispostas em forma de círculo para que todos os elementos tivessem um bom contacto visual entre si e eu pudesse observar não só as suas expressões verbais mas também corporais.

A constituição do grupo foi heterogéneo, ou seja, doentes internados na CPI com diferentes patologias, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios), não sendo possível formar um grupo fechado, por esta ser uma unidade de internamento de doentes em fase aguda cuja média de tempo de internamento é de três a quatro semanas. O grupo variou entre oito a doze dos membros, dos quais cinco mantiveram a sua presença ao longo das várias sessões.

Em relação à selecção dos membros, não houve grandes dificuldades, pois quando iniciei a actividade já estava integrada no serviço, conhecendo todos os utentes e, conseqüentemente, sabia quem cumpria os critérios que estabeleci inicialmente. Senti a necessidade de limitar o número de participantes do grupo, pois logo após a primeira sessão, vários doentes manifestaram interesse em participar, apesar de alguns apresentarem actividade alucinatória e delirante evidente, cuja participação seria contraproducente não só para o próprio mas também para o restante grupo.

As normais e os objectivos das actividades foram explicados de forma clara, objectiva e concisa a todos os participantes antes de cada sessão, sendo promovido um clima tranquilo, de respeito e de confiança.

As actividades terapêuticas de grupo com vertente psicossocial e educativa foram, de todas as actividades realizadas durante o estágio, as que obtiveram maior adesão, interesse e participação activa por parte dos doentes, proporcionando-me momentos privilegiados para conhecer melhor os doentes e como reagem face à diversidade de opiniões e a sua interacção com o grupo.

Ao longo das sessões foi pedido aos participantes que comentassem individualmente a sua interpretação sobre determinados temas abordados, verbalizando sentimentos, opiniões, questões ou dúvidas suscitadas pela temática. Na primeira sessão, inicialmente, encontravam-se todos muito silenciosos, inseguros nas suas intervenções perante o grupo, sendo necessário recorrer a uma abordagem individual para que cada um se expressasse. Mas, gradualmente, foram adquirindo mais à vontade e confiança nas suas afirmações. Por exemplo, a senhora FP, uma utente com humor depressivo e com isolamento social, integrou o grupo em todas as sessões e, gradualmente, foi participando espontaneamente sem quem fosse necessário abordá-la individualmente, como nas primeiras duas sessões. Além disso, começou a socializar

com a senhora AS, cuja história de vida era muito semelhante, resultando numa relação de amizade que se manteve até à alta da senhora AS.

De um modo geral, estas actividades constituíram importantes momentos de partilha de experiências, não apenas sobre as temáticas abordadas mas também sobre assuntos individuais que os perturbavam e que permitiram uma melhor compreensão do contexto familiar, social, económico e cultural e como isso afectou a sua condição mental. Permitiram-me a identificação de factores stressores que afectam a estabilidade individual e que estão intimamente relacionados com as recaídas e o prognóstico da doença.

Possibilitou que os doentes o dialogassem sobre diversos aspectos associados à patologia e projecto terapêutico, o que permitiu-me perceber os conhecimentos prévios ao internamento e identificar lacunas e necessidades de informação.

Pude analisar a interacção do grupo através da observação dos comportamentos e atitudes, como por exemplo, vergonha, timidez, entusiasmo, curiosidade, entre outros. Os elementos mais activos foram quem mais contribuíram para a dinamização das sessões, não só pelos comentários, mas também pelas sugestões e por conduzirem a que os outros elementos interagissem com o restante grupo.

Ao abordar as diferentes temáticas, os membros partilharam com o grupo algumas vivências e deram a conhecer o modo como lidaram, individualmente ou mesmo com a ajuda da família, com situações geradoras de problemas. Isso gerou que outros membros interviessem, dando exemplos de situações semelhantes que também haviam vivido, surgindo assim alguns debates sobre várias formas de lidar com problemas idênticos. Assim, foi possível fazer com que o grupo reflectisse sobre várias formas de suportar e compreender melhor as experiências que vivenciaram, a evolução da sua doença e a importância da adesão ao projecto terapêutico; sensibilizar para a mudança de ideias e comportamentos desajustados; aquisição de novas estratégias para a resolução de problemas e o planeamento de metas.

Foi possível ajudar os doentes a encontrarem formas de enfrentar alguns problemas do quotidiano, bem como dificuldades na interacção social, através do aconselhamento, da validação e reforço positivo dos comportamentos e atitudes adequadas, da clarificação de ideias e opiniões e do encorajamento para o desenvolvimento de novas competências psicossociais e educativas.

Uma das dificuldades sentidas foi o facto de alguns doentes falarem sobre experiências pessoais dolorosas cuja abordagem não era pertinente perante o grupo, como por exemplo, em alguns casos poderiam desencadear a actividade alucinatória e delirante de outros membros. Nessas situações, disponibilizei-me para falar sobre essas experiências em privado, após o término da sessão ou noutra altura em que a pessoa se sentisse mais confortável, e direccionava a atenção do grupo para o tema. Além disso, foi necessário monitorizar o aumento de tensão entre alguns elementos de forma a evitar situações de ameaça ou, eventualmente, de confronto que poderia conduzir à instabilidade do grupo.

Desenvolvi um papel activo na dinamização das sessões, na gestão de um ambiente terapêutico, na coordenação das intervenções, na modulação da expressão dos sentimentos e

opiniões, e abordei temáticas que estimularam a participação do grupo. Adoptei uma postura que revelasse segurança, tranquilidade e confiança, sendo capaz de gerir fenómenos de transferência e contra-transferência, tendo sempre consideração os limites da relação terapêutica. Desenvolvi técnicas comunicacionais adequadas à relação terapêutica, de acordo com as características do grupo, como por exemplo, utilizar uma linguagem simples, clara e adaptada ao contexto, atitude de receptividade (atenção ao outro, contacto visual), encorajamento (para continuar a expressar determinada ideia) e focalização (manter a pessoa centrada no tema abordado).

Os temas foram bem aceites e considerados pertinentes pelo grupo. A avaliação das sessões foi realizada individualmente através da observação da comunicação verbal (questões, dúvidas, opiniões, sugestões, troca de experiências, apreciação individual sobre a sessão entre outros) e não verbal (postura, motivação, atenção, comportamentos, gestos,).

AS refere que “isto é bom, faz-me pensar no futuro, no que vou fazer a seguir... quando voltar para casa e para o trabalho...”(sic); MR disse que “é uma forma inteligente de nos fazer desabafar e dar a conhecer sem fazer perguntas directas.” (sic); RM disse que “assim pudemos conhecer-nos melhor... é bom partilhar com os outros. Faz-me sentir que não sou a única com este tipo de problemas.... Aqui sinto que me compreendem, mas lá fora muitos não querem saber... olham para mim de maneira diferente” (sic); MS comenta que “... é importante fazer isto mais vezes, faz-nos pensar na vida e nos nossos objectivos” (sic).

Durante a sessão, a maioria dos participantes foi capaz de manter o foco da atenção e concentração, e de respeitar a sua vez para intervir. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, todos foram capazes de partilhar opiniões e experiências pessoais com o restante grupo, o que deu origem à análise e reflexão dos seus comportamentos, e surgiram algumas dúvidas que foram esclarecidas. Todas as intervenções foram consideradas, e as atitudes e comportamentos adequados foram valorizados.

Considero ter atingido os objectivos propostos. As actividades terapêuticas desenvolvidas contribuíram positivamente para o desenvolvimento pessoal dos membros do grupo, para a sua educação, desenvolvimento de competências relacionais, autoconhecimento e para a aprendizagem de novos modos e mais eficazes de lidarem com factores stressores. Além disso, permitiu-me o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

ANEXO XI – INTERNAMENTO COMPULSIVO

INTERNAMENTO COMPLUSIVO

“Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis [...] reflecte uma sociedade que respeita e cuida do seu povo. A legislação progressista pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção da saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais.” (Organização Mundial De Saúde, 2005, p.1).

As doenças do foro psiquiátrico levantam questões jurídicas distintas de outras doenças. Daí a necessidade de surgir legislação específica, em particular, a Lei de Saúde Mental n.º 36/98, de 24 de Julho, na qual se baseia este trabalho.

A Organização Mundial De Saúde (2005), acrescenta que o objectivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos.

Segundo JARA (2005, p.10), a “hospitalização ou internamento psiquiátrico é um meio para tratamento de doentes em estado de maior gravidade e que dificilmente se poderiam compensar sem o internamento.” O internamento compulsivo de indivíduos com anomalia psíquica é regulado pela Lei de Saúde Mental n.º 36/98, de 24 de Julho. De acordo com a alínea a) do artigo 7º desta lei, o internamento compulsivo é o “internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave”.

Ao pesquisar bibliografia sobre o tema, foi possível reparar que em psiquiatria não existe o conceito de anomalia psíquica, mas antes doença ou perturbação mental. Provavelmente, a escolha dos legisladores deve-se à importância de restringir a definição deste conceito às condições consideradas relevantes, dadas as implicações decorrentes da decisão do internamento compulsivo.

É de referir que a Lei de Saúde Mental não viola os princípios da Constituição da República Portuguesa. No que respeita ao internamento compulsivo, no n.º 2 do artigo 27.º da Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de Agosto, “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança”; e a alínea h) do n.º 3 acrescenta que o direito à liberdade e à segurança não é violado se o internamento for “em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente”.

No que respeita a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, a alínea c) do n.º 1 da Base XIX, refere que cabe às autoridades de saúde “desencadear, de acordo com a

Constituição e lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública”.

Nos termos do artigo 12º, nº 1 da Lei n.º 36/98, o doente mental grave “que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado”. O nº 2 do mesmo artigo refere que “pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”. Ao analisar estes pressupostos, verifica-se que qualquer portador de anomalia psíquica, que não seja grave, mesmo quando cause situação de perigo para bens jurídicos, e recuse submeter-se a tratamento médico em pleno juízo, se não for comprovada a relação entre a anomalia e a situação de perigo não deverá ocorrer a decisão de internamento compulsivo.

Por sua vez, o artigo 8º da mesma lei, dispõe que o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir tratamento, se for proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa e termina logo que cesse os fundamentos que lhe deram origem. Refere ainda que as restrições aos direitos fundamentais que decorrem do internamento são apenas as necessárias e adequadas para à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento.

O artigo 13.º determina que quem tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo é o representante legal do doente, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público. Se algum médico verificar uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública, e, se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, o director clínico do estabelecimento tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo. Após a recepção do requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos seus direitos e deveres processuais (descritos no artigo 10º), e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele se constituir mandatário; o defensor e o familiar mais próximo são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias (artigo 15º).

A decisão final para o internamento compulsivo pode demorar algumas semanas. É precedida de uma avaliação clínico-psiquiátrica que será submetida à apreciação do juiz (de acordo com o descrito no artigo 17º), seguindo-se uma sessão conjunta (artigo 19º) que dará origem, ou não, à decisão de internamento compulsivo (artigos 20º e 21º).

Quando há necessidade de assistência médica de urgência por perigo iminente dos bens referidos no nº 1 do artigo 12º da LSM, o artigo 22º da mesma lei permite o Internamento de Urgência. O artigo 23º refere que a condução do internando é determinado pelas autoridades de polícia ou de saúde pública, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, cumprido pelas forças policiais e, sempre que possível, acompanhado dos serviços do estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo; e se devido à situação de urgência não for

possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

“A intervenção judicial tem uma função de garantia e legitimação das restrições acima referidas, visando o seu enquadramento legal, o seu controle e adequação. Sublinhe-se: o doente [...] privado temporariamente do seu querer e poder, para ser tratado da doença que não reconhece, tem de ficar tutelado e protegido pela lei.” (JARA, 2005, p. 9).

De acordo com o descrito nos artigos 25º e 26º da Lei de Saúde Mental, o médico especialista do serviço de urgência psiquiátrica é quem realiza a avaliação do doente, podendo confirmar ou não a necessidade de internamento compulsivo, comunicando ao Ministério Público. Caso o doente seja hospitalizado involuntariamente, o tribunal judicial é informado imediatamente, tendo até 48 horas para decidir a manutenção ou não do internamento. É efectuada uma nova avaliação clínico-psiquiátrica por dois psiquiatras que não tem procedido à anterior ao quinto dia (n.º1 do artigo 27º), decorridos dois meses (n.º2 do artigo 35º), e pelo director clínico do estabelecimento aquando da alta.

Caso o doente, no decorrer do internamento, aceitar o tratamento pode passar a internamento voluntário e, sempre que possível, de acordo com o disposto no artigo 33º, pode mesmo ser substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio. O internamento compulsivo tem o seu termo logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa (artigo 34º).

É possível verificar que o legislador teve o cuidado de salvaguardar que todos os casos omissos na Lei de Saúde Mental são remetidos para o Código de Processo Penal.

Segundo a Organização Mundial De Saúde (2005), a legislação de saúde mental não deve ser um processo estaque, deve antes evoluir ao longo do tempo. É necessário que seja analisada, revista e rectificadada de acordo com os desenvolvimentos sobre o que é a saúde mental e psiquiatria, e as alterações na concepção da assistência do portador de transtorno mental. Acrescenta ainda que ao redigir uma legislação consolidada de saúde mental, devem ser consideradas outras leis vigentes (por exemplo, justiça e criminal), e, se necessário, podem ser emendadas a fim de garantir que as disposições de todas as leis relevantes estejam em harmonia entre si e não se contradigam.

Enquanto enfermeira, além de ter que actuar em conformidade com a legislação acima descrita, devo ainda ter em consideração o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

No que diz respeito ao Decreto-Lei n. 161/96, de 4 de Setembro, que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o n.º1 do artigo 8º, declara que no exercício

das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

O Código Deontológico do Enfermeiro, refere que as intervenções de enfermagem são efectuadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (n.º1 do artigo 78º), e refere que a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum constitui um dos valores universais a observar na relação profissional (alínea b), n.º 2 do artigo 78º). Deste modo, o enfermeiro deve também atender activamente aos direitos e deveres do internado que se encontram dispostos no artigo 11º da Lei de Saúde Mental.

São várias as formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, nomeadamente através da elaboração, implementação e aplicação de uma boa legislação. A decisão de internamento compulsivo surge da necessidade de proteger e assegurar tratamento psiquiátrico adequado, sem o qual o doente com transtorno mental grave pode sofrer consequências dramáticas. O seu procedimento está rigorosamente legislado sendo importante o conhecimento dos principais aspectos que o caracterizam.

Quando se verifica a aplicação correcta da lei, o internamento compulsivo não causa prejuízo aos direitos fundamentais, em especial, à liberdade e ao consentimento informado. Contribui para a melhoria do estado de saúde, da segurança e do bem-estar dos doentes com perturbações mentais graves, família, e de uma maneira geral da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organização Mundial de Saúde (2005). *Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Genebra. Acedido em 09 de Maio de 2011, em: <http://www.who.int/mentalhealth/policy/Livroderecursos.pdf>
- Jara, J. (2005). Hospitalização Psiquiátrica e Internamento Compulsivo. *Bipolar: Revista da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares*. 27: p. 8-10.
- **Legislação Portuguesa:**
 - Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República n.º 195- I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
 - Lei nº 36/98 de 24 de Julho. *Diário da República n.º 169- I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
 - Lei Constitucional nº1/2005, de 12 de Agosto. *Diário da República n.º 155- I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
 - Decreto-lei nº161/96, de 4 de Setembro, *Diário da República n.º 205- I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
 - Decreto-lei nº104/98, de 21 de Abril. *Diário da República n.º 93- I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

ANEXO XII — ESTUDO DE CASO 1

ESTUDO DE CASO 1 – D.M.

O caso seleccionado para o estudo aborda a situação de uma utente com diagnóstico clínico de Depressão Major. A participação da D.M. na realização deste estudo foi consentida e teve por base o princípio ético da participação livre e esclarecida. Este trabalho pretende ser uma ferramenta importante para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à D.M., integrando uma metodologia científica. Assim, pretendo realizar uma avaliação que me permita o levantamento de problemas e/ou necessidades essenciais para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planear e implementar intervenções adequadas, seguida da sua avaliação.

A metodologia adoptada na realização deste trabalho é descritiva, reflexiva e analítica, com base na consulta do processo clínico, na entrevista de enfermagem e na pesquisa bibliográfica considerada pertinente.

1. ANAMNESE

1.1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: M.C

Nome pelo qual gosta de ser tratada: D.M.

Sexo: Feminino

Data de nascimento: 08/10/1973

Idade: 37 anos

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Residência: Sines

Habilitações Literárias: 12º ano de Escolaridade

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Divorciada

Religião: Católica não praticante

1.2 MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

A D. M. recorreu no dia 09 de Maio de 2011 ao Serviço de Urgências do Hospital Curry Cabral, proveniente do domicílio, por iniciativa própria, pedindo ajuda por apresentar ideação suicida. Segundo a mesma, depressão pós-parto há 3 anos, com recaída há um ano por aban-

dono da terapêutica Agravamento reactivo á situação sócio-familiar (relação conflituosa com ex-companheiro e filha).

1.3 HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

A D. M nasceu em Évora, onde residiu durante a sua infância, adolescência e parte da fase adulta, até aos 32 anos de idade (ano de 2006), altura que foi residir em Sines. Filha de pais com bom relacionamento, gravidez desejada e amamentada.

Refere uma infância feliz, boa aluna na escola, concluiu 12º ano de escolaridade. Com boa interacção com os colegas da escola, e refere desde sempre ter feito amizades com facilidade.

Pai faleceu de carcinoma da faringe em 2006, com 64 anos de idade. Mãe com 60 anos a residir no Algarve com a irmã de 40 anos, proprietária de um restaurante, casada, com 5 filhos (1 rapariga e 4 rapazes). Além da irmã, tem mais dois irmãos, um de 39 anos a residir em Lisboa, proprietário de um Salão de Cabeleireiro, divorciado, com 2 filhos (um rapaz e uma rapariga); e outro irmão de 35 anos a residir em Mourão, bombeiro, casado e 2 filhos (um rapaz e uma rapariga). Refere relação de grande proximidade com a família. “Eu, a minha mãe e os meus irmãos somos muito unidos. Eles são muito importantes na minha vida.” (sic).

Actualmente, encontra-se divorciada e tem dois filhos, uma filha de 17 anos de idade e um filho de 3 anos de idade. A primeira filha foi fruto do primeiro relacionamento, tendo casado em 1992 resultando em divórcio em 2000. O segundo filho foi fruto do segundo relacionamento, com quem viveu em União de Facto desde 2006 até Setembro de 2010.

Apresentava um bom relacionamento com sua a filha e com o ex-marido, “...era muito bom pai, muito carinhoso e amigo dela” (sic). Após o falecimento do ex-marido em 2009, a sua relação com a filha tornou-se conflituosa, tendo vindo a degradar-se com a separação do seu ex-compalheiro. “Ela quer sair de casa, quer tirar um curso de representação. Está chateada comigo pois o meu ex-companheiro era muito amigo dela e ia pagar-lhe o curso em Lisboa e o alojamento. E agora eu não tenho essa possibilidade...” (sic). A filha nunca teve qualquer acompanhamento, nem nunca procurou ajuda médica, apesar de reconhecer a necessidade, “ela está a ficar igual a mim, está sempre a chorar...” (sic).

Mau relacionamento com ex-compalheiro, “ele não aceita a nossa separação, é muito ciumento...” (sic). É o proprietário da casa onde habita, “ele diz que se não voltar para ele vou ter de abandonar a casa” (sic), pretendendo a guarda do filho. “Ele vem buscar o filho todos os dias para o levar para a escola, é um bom pai, e quando nos cruzamos na rua ele não me trata mal, ele dá valor às aparências...”

1.4 HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Refere depressão pós-parto em 2008, tendo recorrido a uma médica psiquiatra em Albufeira e iniciou terapêutica que desconhece. Abandonou regime terapêutico após um mês porque "... comecei a sentir-me melhor e achei que já não precisava continuar a medicação" (sic).

Problemas pessoais com o ex-companheiro desde o início do relacionamento, "... passado meio ano, comecei outra vez a sentir-me pior, mas fui aguentando" (sic).

Julho 2009 dá-se o falecimento do ex-marido, iniciando relação conflituosa com a filha. "Ela era muito boa aluna e gostava muito do pai e quando ele morreu ficou muito revoltada com a vida, deixou de se interessar pelos estudos, reprovou nesse ano e engravidou...tinha apenas 15 anos... levei-a a Évora para fazer um aborto" (sic).

A situação levou ao agravamento da sintomatologia depressiva e volta a procurar ajuda médica. Recorre ao médico de família, reinicia terapêutica medicamentosa que desconhece, e que suspendeu ao fim de duas semanas por iniciativa própria pois "... eu não me sentia bem com a medicação, era diferente da outra" (sic).

Em Setembro de 2010 separa-se do ex-companheiro. "De há um ano para cá deixei de conseguir suportar esta situação, ele é muito ciumento, sempre que ia trabalhar não podia falar com nenhum colega, nem para ir ao café... ele estava sempre a dizer que eu dava confiança aos outros homens. Agora, faz da minha vida um inferno... está sempre a enviar-me mensagens, trata-me mal..." (sic). Deterioração da sua situação sócio-familiar com a separação do ex-companheiro, proprietário da casa onde habita, referindo que o seu estado de saúde tem vindo a agravar.

No início do ano de 2011, decide recorrer a uma médica psiquiatra em Lisboa, e começa um novo esquema medicamentoso, que desconhece, durante cerca de um mês. "Esqueci-me de pedir a receita antes dos medicamentos acabarem e por falta de tempo só procurei o médico de família para me dar a receita um mês depois. Ele quando viu o tipo de medicamentos disse que não me passava a receita, que aqueles medicamentos eram muito fortes e ainda me faziam mal. Na dúvida, deixei de os tomar"(sic).

Desde então, agravou sintomatologia depressiva e um mês antes do internamento, procurou o médico de família, e desde então encontra-se de baixa médica. Refere que "custa-me muito adormecer, há noites que quase não durmo. Certos dias nem conseguia levantar-me da cama...já não tenho prazer na vida, deixei de rir, sinto uma tristeza profunda...acordo a chorar"(sic).

Cerca de duas semanas antes do internamento, a filha evitou uma tentativa de suicídio, "já tinha tirado todos os comprimidos de Sedoxil da embalagem quando ela viu... discutimos"

(sic). Foi então que decidi recorrer a um hipnoterapeuta no Porto. “Ele disse-me que são precisas pelo menos quatro sessões, fiz só uma pois são muito caras” (sic).

No dia anterior a ter recorrido ao Serviço de Urgências, agrediu a filha após pequena discussão. “Foi a gota de água. Nunca fui de bater nos meus filhos, sou contra isso... e o pior é que nem tive motivo para isso... mas fiquei fora de mim. Ela disse-me que se não me tratasse saía de casa... nessa altura decidi que não podia continuar e vim para Lisboa procurar ajuda e pedi para ficar internada” (sic).

1.5 História Médica e Psiquiátrica

Nega qualquer problema grave de saúde e desconhece problemas de saúde de familiares, à exceção do pai que faleceu aos 64 anos com carcinoma da faringe.

Mantém hábitos tabágicos desde a adolescência, consumindo actualmente cerca de 4 cigarros por dia.

História de depressão pós-parto em 2008, tendo iniciado terapêutica que desconhece e abandonou regime terapêutico após um mês. Pouco tempo depois voltou a agravar sintomatologia depressiva, tendo reiniciado tratamento medicamentoso em 2009 e novamente em 2011, resultando sempre em não adesão ao regime terapêutico.

Um mês antes do internamento inicia ideação suicida, resultando em tentativa de suicídio cerca de duas semanas depois, que não concretizou por ter sido impedida pela filha.

Nunca esteve internada em qualquer instituição, tendo realizado sempre tratamento em ambulatório. Este é o primeiro internamento, Iniciando o seguinte regime medicamentoso:

Fármaco	Via	Dose	Horário			
			Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	SOS
Mirtazipina	Per ós	15 mg	-	-	1	-
Flurazepan	Per ós	15 mg	-	-	-	Até 2 id
Diazepam	Per ós	2,5 mg	1	1	1	-
Sertralina	Per ós	50 mg	1	-	-	-
Diazepam	IM	10mg/2ml	-	-	-	Até 2 id

2 EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL

- **Aspecto e comportamento** – Aparência coincidente com idade real. Aspecto limpo e cuidado, veste-se adequadamente com a sua idade, sexo e época do ano. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Emagrecida (refere perda do apetite com perda de 6 kg nos últimos 2 meses). Atitude colaborante, atenção captável e mantida. Ligeira lentificação psicomotora.

- **Humor** – Humor distímico, fácies triste, choro fácil. Refere anedonia.
- **Discurso** – Discurso ligeiramente lentificado, mas organizado, coerente, elaborado e consistente.
- **Pensamentos** – Pensamento lógico, e organizado. Conteúdo dos pensamentos predominantemente com tonalidade negativa, baixa auto-estima e ideação suicida. Não evidencia alterações da natureza nem do fluxo do pensamento.
- **Percepções** – Sem alteração da percepção.
- **Cognição** – Sem dificuldade em concentrar-se e sem défice cognitivo. Mantém memória recente e passada. Orientada auto e alopsiquicamente.
- **Insight** – Apresenta *insight* e juízo crítico, apesar dos vários abandonos do regime terapêutico.

3 DEPRESSÃO MAJOR

3.1 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR

Segundo a American Psychiatric Association (1996), a característica essencial de um Episódio Depressivo Major é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou planos, tentativas ou ideação suicida (American Psychiatric Association, 1996). Para ser assinalado como sintoma de um Episódio Depressivo Major, o sintoma deve ou estar presente há pouco tempo ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio; os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas; o episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes; para alguns sujeitos com episódios ligeiros o funcionamento pode parecer normal, mas requer um claro aumento do esforço (American Psychiatric Association, 1996).

Uma entrevista cuidadosa é essencial para fazer descrever os sintomas de um Episódio Depressivo Major; as descrições dos sintomas podem ser comprometidas por dificuldades

de concentração, deficiência da memória, ou tendência para negar, dissimular ou desenvolver explicações para os sintomas (American Psychiatric Association, 1996). Obter informações a partir de outras pessoas pode ajudar a clarificar a evolução do Episódio Depressivo Major.

3.2 PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

De acordo com a American Psychiatric Association (1996), a característica essencial da Perturbação Depressiva Major é a evolução clínica que é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos; no seu diagnóstico é importante a distinção entre um Episódio Único (utilizado somente no primeiro episódio) ou Recorrente. É por vezes difícil de distinguir entre um episódio único em que os sintomas aumentam e diminuem e dois episódios separados; um episódio é considerado como tendo terminado quando deixam de ser preenchidos os critérios completos para Episódio Depressivo Major pelo menos durante dois meses consecutivos; durante este período de dois meses ou existe a resolução completa dos sintomas ou existe a presença de sintomas depressivos que não preenchem os critérios completo: para Episódio Depressivo Major (Em Remissão Parcial) (American Psychiatric Association, 1996). Relativamente à intensidade do episódio, deve ser assinalada como Ligeira, Moderada Grave com Características Psicóticas ou Grave Sem Características Psicóticas (American Psychiatric Association, 1996).

3.3 TEORIAS ETIOLÓGICAS

A teoria psicanalítica sustenta que os indivíduos que desenvolvem depressões sofreram perdas nas suas vidas, que podem ser o resultado de uma alteração nas fases de desenvolvimento que deixará então a pessoa inconscientemente incapaz de os ultrapassar, por exemplo, pessoas que se divorciaram, pais solteiros, e indivíduos com doenças psíquicas crónicas (Neeb, 2000). Indivíduos que falhem financeira; social e profissionalmente provavelmente encontrarão alguma cicatriz emocional subjacente, que se manifesta por uma expressão de humor inapropriada ou extrema (Neeb, 2000). A depressão é também associada a uma raiva não resolvida, por outras palavras, pessoas que não conseguem lidar, ou que o fazem de forma desajustada, com aquilo que lhes provoca zanga tendem a ser aquelas que reprimem essa raiva e, como resultado dessa repressão, deprimem (Neeb, 2000).

Os teóricos cognitivos crêem que a forma como os indivíduos entendem os acontecimentos e as situações conduz à depressão; em vez de encararem um insucesso num exame como uma infelicidade e uma contrariedade, algumas pessoas, com tendência para a depressão, vão dar à situação uma gravidade muito mais profunda do que aquela que realmente tem, constituindo um raciocínio inadaptado (Neeb, 2000).

Os teóricos biológicos oferecem mais opções: desequilíbrios químicos e laços genéticos; as serotonina e norepinefrina neuroquímicas têm um efeito no humor, se estes neuroquí-

micos forem elevados, o humor também o é, mas se forem reduzidos, o humor também o será (Neeb, 2000).

O facto de o número de mulheres que se queixam de sentimentos de depressão é praticamente o dobro do número de homens pode ser devido a que eles, normalmente, não discutem imediatamente esses sentimentos depressivos com os médicos, ou discutem-nos noutros termos (Neeb, 2000). Os teóricos biológicos, no entanto, acreditam que existe uma relação entre as hormonas femininas e os neuroquímicos mencionados anteriormente: os processos de menstruação, gravidez, parto e menopausa constituem os maiores stressores hormonais na vida de uma mulher (Neeb, 2000).

4 MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: MODELO DE SISTEMAS BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman teve origem na década de 70 com a finalidade de ajudar os alunos de licenciatura a avaliar os problemas de enfermagem, e baseia-se na teoria de Gestalt, na teoria do stress, na teoria dos sistemas e nos níveis de prevenção (Tomey e Alligood, 2004). Segundo George (2000, p.226):

“Uma perspectiva de sistemas apoia o reconhecimento do todo complexo enquanto valoriza a importância das partes. Os relacionamentos entre as partes e as interações das partes ou do todo como o ambiente proporcionam um mecanismo para que sejam vistas as trocas sistema-ambiente que sustentam a natureza dinâmica e as modificações constantes do sistema.”

O Modelo de Sistemas tem como principais componentes o stress e a reacção ao stress. O cliente pode ser um indivíduo, grupo, família ou comunidade e é considerado um sistema aberto no qual os ciclos repetidos de entrada, de processo, de saída e de retroalimentação constituem um padrão organizacional dinâmico (George, 2000).

Este modelo tem uma visão holística da pessoa, perspectivando-a como um todo multidimensional, que está em constante interacção com o ambiente que a rodeia, sendo sensível a factores de stress, que podem gerar o seu desequilíbrio.

“Neuman descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente; por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida é caracterizada por este efeito recíproco contínuo de equilíbrio e desequilíbrio no organismo. Quando o processo de estabilização falha nalgum ponto ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por muito tempo,

ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença.” Freese (2004, p.336).

Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem integram este modelo teórico.

Assim, no caso da D.M. adoptei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman por permitir a abordagem da pessoa na sua globalidade, atendendo a constante interacção com o ambiente, quer interno, quer externo, que interfere na estabilidade do seu sistema. Este modelo baseia-se na reacção do indivíduo ao *stress* e nos factores envolvidos na reconstituição ou adaptação do seu sistema. Assim, a sua aplicação no caso da D.M. permite compreender o que desencadeou a situação actual, identificando stressores presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem com vista à resolução dos seus problemas no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar.

- **Pessoa**

A Pessoa é pode ser um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade e é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, que estão constantemente em interacção dinâmica com o que a rodeia, tendo sempre em conta os factores fisiológicos (referentes à estrutura e função corporal), psicológicos (referentes aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referentes às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais (referentes às influências exercidas pela crença espiritual), com vista a atingir um estado dinâmico de estabilidade do sistema ou em direcção à doença em variados graus (George, ; Freese,).

O sistema da pessoa é definida como uma *estrutura básica*, formado por factores de sobrevivência fundamentais (incluem variáveis do sistema, aspectos genéticos, forças e fraquezas das partes do sistema.) rodeado por anéis concêntricos, que funcionam como mecanismos protectores da estrutura básica visando a integridade do cliente/sistema (George, 2000).

- **Ambiente**

Para Newman, o ambiente são as forças internas e externas que afectam e são afectadas pelo indivíduo. São identificadas três relevantes ambientais (Freese, 2004):

- Ambiente interno – é intrapessoal, com todas as interacções contidas dentro das fronteiras da pessoa.
- Ambiente externo – é interpessoal ou extrapessoal com todas as interacções que ocorrem fora das fronteiras da pessoa.
- Ambiente criado - é desenvolvido subconscientemente pelo cliente, é dinâmico e representa a mobilização de todas as variáveis do sistema do subconsciente do cliente, incluindo os factores de energia da estrutura básica. A sua função é oferecer um escudo protector para as funções do sistema.

Quando as partes do sistema estão num estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades do sistema são satisfeitas, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. Segundo Freese (2004), os **stressores** são forças ambientais, estímulos produtores de tensão que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema do indivíduo e podem ser:

- **Intrapessoais**, que dizem respeito a forças que ocorrem no próprio indivíduo, como por exemplo, atributos físicos, atitudes ou grau de desenvolvimento pessoal. No caso da D. M., foram identificados a baixa auto-estima, humor triste, desinteresse para realizar as suas actividades de vida diária, não adesão ao regime terapêutico e risco de suicídio.
- **Interpessoais**, que são relativos a forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, por exemplo, na relação entre familiares ou relações profissionais. No caso da D. M., foram identificados a morte do pai e do ex-marido, separação do companheiro, luta pela custódia do filho, e a relação conflituosa com a filha e isolamento social.
- **Extrapessoais**, que correspondem a forças que ocorrem fora do indivíduo, por exemplo, a habitação e desemprego. No caso da D. M., identificou-se a deterioração da condição financeira e dúvida se permanece na habitação actual (uma vez que a casa pertence ao ex-companheiro).

A estrutura básica encontra-se rodeada por anéis concêntricos, que funcionam como mecanismos protectores visando a integridade do cliente/sistema (George, 2000). A **linha de defesa normal** é o círculo sólido exterior do modelo e representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema; é preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar do habitual bem-estar do cliente, incluindo variáveis e comportamentos do sistema (por exemplo, estilos de vida). A **linha de defesa flexível** é dinâmica e pode ser alterada num curto intervalo de tempo, entendida como protecção adicional que tem um efeito amortecedor para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar. A relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) pode afectar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha de defesa flexível contra uma reacção a um stressor, como no caso da D.M., a insónia e a deterioração sócio-familiar. Por sua vez, as **linhas de resistência**, representam factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor, como por exemplo, o sistema imunitário de resposta (Freese, 2004).

Saúde

Newman identifica a saúde como a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar num determinado momento, a continuidade do bem estar para a doença. É dinâmica, com níveis de mudança que variam devido aos factores da estrutura básica e à resposta e à adaptação do sistema da pessoa aos stressores ambientais. O bem-estar pode ser determinado pela identificação dos

efeitos, vigentes ou potenciais, dos stressores invasores sobre os níveis da energia disponíveis do sistema. Quando a energia necessária é mais do que a disponível, o sistema move-se em direcção à doença; mas quando a energia que está disponível é mais do que a necessária, o sistema move-se em direcção ao bem-estar (George, 2000).

- **Enfermagem**

Para Neuman, o objectivo da enfermagem é manter ou atingir a estabilidade total do sistema, reduzindo os factores de *stress* e as condições adversas, através de intervenções aos três níveis de prevenção:

- Prevenção Primária – ocorre quando se suspeita ou se identifica um stressor, antes que a reacção ocorra. Fortalece a linha flexível de defesa através da prevenção do *stress* e dos factores de risco, diminuindo a possibilidade de reacção (Freese, 2004);
- Prevenção Secundária – acontece após o início da reacção e procura reforçar as linhas de resistência para reduzir o grau de reacção, através dos recursos internos e externos do indivíduo (Freese, 2004);
- Prevenção Terciária – ocorre após o tratamento activo ou prevenção secundária e visa manter ou restaurar o equilíbrio do sistema, fortalecendo as linhas de resistência para prevenir reacções futuras, em direcção à prevenção primária (Freese, 2004).

Relativamente ao caso da D.M., uma vez que já foi exposta a vários factores de stress, para atingir a estabilidade do sistema é necessário começar por otimizar os seus recursos internos e externos, e posteriormente a sua manutenção. Neste sentido, as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente a nível da prevenção secundária e terciária.

Considero o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman um importante contributo para a análise do caso da D.M. e elaboração do respectivo plano de cuidados de enfermagem, pois considera os vários factores stressores que levaram ao aparecimento, desenvolvimento e manutenção do Síndrome Depressivo Major, com tentativa de suicídio.

5 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

5.1 AUTO-ESTIMA DIMINUÍDA

Etiologia

Falha de feedback positivo, sentimentos de abandono por pessoas significativas, falhas sucessivas em atingir objectivos (sentimento adquirido de não ser merecedor de ajuda), superego punitivo.

Sintomatologia

Dificuldades em aceitar reforços positivos, comportamentos autodestrutivos (tentativa de suicídio), isolamento social, sentimentos de desvalorização, relações interpessoais insatisfatórias, postura pessimista e negativista.

Intervenções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Administrar medicação

Aumentar a auto-estima

Aumentar a sensação de segurança física e psicológica

Facilitar sistema de suporte

Gerir o humor

Promover coping eficaz

Assistir em situação de crise (intervenção na crise)

Diminuir a ansiedade

Executar técnica calmante

Gerir o ambiente físico

Promover comportamento adequado: relacionado com autoagressão

Avaliação

10/05/2011 – D.M apresenta-se isolada do restante grupo, e desvaloriza o seu papel social junto da família.

11/05/2011 - D.M já se reúne com o restante grupo, apesar de só comunicar verbalmente quando solicitada.

15/05/2011 - D.M apresenta um humor eufórico e é capaz de comunicar de forma assertiva com os outros

16/05/2011 - D.M é capaz de verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e expressa algum optimismo e esperança no futuro, verbaliza que “quando sair vou passar uns dias em casa do meu irmão, é o melhor... tenho que ultrapassar isto, os meus filhos precisam de mim” (sic).

5.2 SONO ALTERADO

Etiologia

Humor depressivo, medos reprimidos, sentimentos de desesperança, medo de falhar, ansiedade moderada.

Sintomatologia

Estar acordado trinta minutos (30') após ir para a cama, acorda muito cedo de manhã e é incapaz de adormecer novamente.

Ações (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Diminuir a ansiedade

Executar técnica de imaginação guiada

Executar técnica de relaxamento muscular progressivo

Facilitar o sono

Observar: segurança

Facilitar a meditação

Gerir a medicação

Promover coping eficaz

Avaliação

10/05/2011 – D.M. refere insónia inicial, sendo feita administração de medicação em SOS.

11/05/2011 - D.M. verbaliza conseguir adormecer 30 minutos após deitar-se, dormindo por longos períodos de tempo, e apresenta-se sonolenta durante o dia.

15/05/2011 - D.M. afirma conseguir dormir cerca de 8 horas, sem necessitar de terapêutica SOS, mantendo-se desperta durante o dia.

16/05/2011 – D.M. refere que “agora já não tenho problemas para dormir, dou-me bem com esta medicação” (sic).

5.3 RISCO DE SUICÍDIO

Etiologia

Humor depressivo e sentimentos de desvalorização.

Sintomatologia

Declarações directas de se querer matar, história de tentativas de suicídio anteriores, auto-estima vulnerável e declaração relativamente à incapacidade de melhorar a sua situação de vida.

Acções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Administrar medicação

Assistir em situação de crise (intervenção na crise)

Diminuir a ansiedade

Executar técnica calmante

Facilitar sistema de suporte

Observar

Aumentar a sensação de segurança física e psicológica

Gerir o ambiente físico: prevenção contra a violência

Observar: segurança

Promover comportamento adequado: relacionado com autoagressão

Promover coping eficaz

Avaliação

10/05/2011 – D.M apresenta-se isolada do restante grupo, mas não verbaliza ideias sobre a morte.

11/05/2011 - D.M verbaliza “tenho que fazer um esforço para melhorar... não posso voltar a fazer o mesmo à minha filha... foi muito difícil para ela ver-me com aqueles comprimidos” (sic).

15/05/2011 - D.M verbalizar estratégias para evitar o surgimento de sentimentos e ideias suicidas.

16/05/2011 – D.M. afirma estar arrependida relativamente á tentativa de suicídio, verbalizando juízo crítico em relação ao seu comportamento.

5.4 INTERACÇÃO SOCIAL COMPROMETIDA

Etiologia

Humor depressivo, sentimentos de desvalorização, medo de falhar e perspectiva cognitiva que contempla uma perspectiva negativa de si mesmo.

Sintomatologia

Triste, isolamento e procura estar sozinho.

Ações (CIPE); associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Apoiar a família

Apoiar no desenvolvimento de competências para enfrentar factores de stress ambientais e sociais

Determinar metas mútuas

Aumentar a auto-estima

Aumentar a socialização

Diminuir a ansiedade

Escutar activamente

Facilitar sistema de suporte

Promover coping eficaz

Promover relação de ajuda

Providenciar actividades de distração

Avaliação

10/05/2011 – D.M apresenta-se isolada do restante grupo, e não manifesta vontade em participar nas actividades de grupo.

11/05/2011 - D.M demonstra vontade de socializar com outros, apesar de só verbalizar quando solicitada.

15/05/2011 - D.M frequenta voluntariamente actividades de grupo, apresenta-se comunicativa.

16/05/2011 – D.M. interage espontaneamente com o restante grupo, manifesta interesse na participação das actividades. Refere que “já fiz alguns amigos... aqui há muita gente com problemas... podemos ajudar-nos uns aos outros” (sic).

5.5 INGESTÃO DE ALIMENTOS DIMINUÍDA

Etiologia

Humor depressivo, perda de apetite e nível de energia baixo para satisfazer as suas necessidades nutricionais.

Sintomatologia

Perda de interesse na comida, perda de peso, conjuntivas e mucosas pálidas e fraqueza.

Acções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Aconselhar sobre nutrição

Executar técnica de relaxamento muscular progressivo

Facilitar a meditação

Planear dieta

Promover aumento do peso corporal

Promover equilíbrio de líquidos

Avaliação

10/05/2011 – D.M. manifesta pouco apetite, necessitando de incentivo para alimentar-se e hidratar-se.

11/05/2011 - D.M alimentou-se em média quantidade, verbalizando agrado pela dieta.

15/05/2011 - D.M verbaliza a importância de uma alimentação e hidratação adequadas.

16/05/2011 – D.M. revela um aumento de peso lento e progressivo durante o internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª edição: Lusociência. Loures.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lusociência. Loures.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.

ANEXO XIII – ESTUDO DE CASO 2

ESTUDO DE CASO 1 – D.M.

O caso seleccionado para o estudo aborda a situação de uma utente com diagnóstico clínico: provável Esquizofrenia Paranóide. A participação da D.C. na realização deste estudo foi consentida e teve por base o princípio ético da participação livre e esclarecida. Este trabalho pretende ser uma ferramenta importante para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à D.C., integrando uma metodologia científica. Assim, pretendo realizar uma avaliação que me permita o levantamento de problemas e/ou necessidades essenciais para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planear e implementar intervenções adequadas, seguida da sua avaliação.

A metodologia adoptada na realização deste trabalho é descritiva, reflexiva e analítica, com base na consulta do processo clínico, na entrevista de enfermagem e na pesquisa bibliográfica considerada pertinente.

1 ANAMNESE

1.1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: C.P

Nome pelo qual gosta de ser tratada: D.C.

Sexo: Feminino

Data de nascimento: 07/03/1988

Idade: 23 anos

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Residência: Odivelas

Habilitações Literárias: 11º ano de Escolaridade

Profissão: Fadista

Estado Civil: Solteira

Religião: Católica não praticante

1.2 MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

A D. C. recorreu no dia 31 de Maio de 2011 ao Serviço de Urgências do Hospital Curry Cabral, proveniente do Serviço de Urgências da Clínica CUF de Belém, acompanhada pelo namorado, por alteração do comportamento, e segundo carta de referenciação, este é o

segundo surto psicótico, tendo o primeiro ocorrido em Julho de 2011. Segundo o namorado, desde há duas semanas, apresenta humor embotado, isolamento social, pobreza do discurso, apatia e perda de energia, muito desconfiada, “quando sai à rua, pensa que todos estão a olhar para ela e a falar mal dela” (sic). Hipótese diagnóstica; surto psicótico de etiologia a esclarecer, provável esquizofrenia paranóide.

1.3 HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

A D. C. nasceu em Setúbal, onde residiu durante a sua infância. É a mais nova de cinco irmãos. Quando a mãe ficou grávida da D.C., estava divorciada, após dezanove anos de casamento e com quatro filhos. Pai incógnito, gravidez não desejada e amamentada. Aos 12 anos de idade, vai residir para Lisboa, frequentou a escola até ao 11º ano de escolaridade. “Não gostava da escola, aquilo não me dizia nada. Sempre gostei de música.” (sic). Refere não ter muitos amigos, apesar de se considerar uma pessoa muito sociável.

Dos nove aos vinte anos de idade frequentou uma escola de música, onde aprendeu a tocar flauta e teve aulas de canto. Aos dezasseis anos de idade começa a cantar fado em restaurantes. Actualmente, canta num restaurante turístico em Alfama.

Teve apenas um namorado, com quem mantém um relacionamento desde os treze anos de idade. Aos dezoito anos de idade vai residir para casa do namorado, em Odivelas. Tem casamento marcado para a primeira quinzena de Agosto de 2011. Refere ter uma relação harmoniosa com o noivo de vinte e nove anos de idade, vendedor de profissão, “ele ajuda-me muito, é muito trabalhador, é carinhoso e preocupa-se comigo” (sic), “apesar de eu trabalhar à noite, ele compreende isso, muitas vezes é ele que me vem buscar no fim do trabalho, ele não quer que eu vá para casa sozinha” (sic).

Mãe com setenta anos de idade a residir sozinha em Setúbal. Segundo D.C. tem como antecedentes pessoais hipertensão e “problemas da cabeça... guarda lixo em casa” (sic), “ela não quer ir ao médico, por isso, não sabemos bem qual é o problema que ela tem” (sic). Tem duas irmãs, uma de trinta e três anos, comerciante, divorciada e com um filho de treze anos; e outra irmã de quarenta anos, doméstica, casada, com um filho de dezoito anos e que “também tem problemas mentais, acho que é esquizofrénica” (sic). Dois irmãos, um de quarenta e oito anos, desempregado, solteiro, sem filhos; outro com vinte e oito anos, agente da Guarda Nacional Republicana, casado, a aguardar o nascimento do primeiro filho. Não tem uma relação próxima da família, à excepção do irmão mais novo. “É raro ver os meus irmãos, temos os nossos problemas, apenas tenho um contacto regular como o meu irmão mais novo, não sei se é pela proximidade das idades” (sic).

Mantém um bom relacionamento com a família do noivo. “Eles gostam muito de mim, a irmã dele (noivo) é como uma irmã para mim” (sic), “já conheci alguns familiares dele que estão a morar no Brasil, e convidaram-nos a ir conhecer a casa deles... vamos passar lá a nossa lua-de-mel” (sic).

1.4 História da Doença Actual

Segundo carta de referenciação da Clínica CUF de Belém, D.C. foi seguida por um psiquiatra nessa mesma clínica, de Julho a Agosto de 2010, tendo como diagnosticado “surto psicótico”. Iniciou terapêutica (Quetiapina) que suspendeu em Outubro, por iniciativa própria.

Duas semanas antes do internamento, iniciou humor triste, anorexia, anedonia, delírios persecutórios. Segundo o namorado “deixou de querer trabalhar, ela tinha medo de voltar a ficar como no ano passado. Ficava parada a olhar para o público, achava que todos no restaurante estavam a falar dela. Além disso, ela começou a ficar preocupada com a possibilidade de cair do palco” (sic). Uma semana antes do internamento, deixou de ir trabalhar e começaram as alucinações auditivo-verbais. O namorado refere que “ela já não queria sair de casa, tinha medo de andar na rua. Estava sempre a dizer que se saísse sozinha alguém iria fazer-lhe mal. Mas isto piorou.... Começou a dizer que os apresentadores falavam coisas só para ela”. D.C. afirma que “já comecei a sentir-me cansada há várias semanas, como da outra vez... voltei a ficar com o olhar preso no tecto... tal como no ano passado” (sic), “isto é devido ao stress, a minha cabeça está apenas baralhada. Eu sou muito exigente comigo mesma e isso deu cabo de mim... estou aqui porque comecei a magoar-me, fazia *assim* debaixo das unhas” (sic), “não podia cantar, podia começar a tremer das pernas e cair... ficava nervosa pois já estavam todos à espera que eu caísse” (sic), “começava a dar-me os nervos e chorava, chorava muito... e nem podia ver televisão pois eles diziam-me coisas...” (sic). O seu estado piorou, humor embotado, isolamento social, mutismo, apatia e perda de energia.

No serviço de urgências do Hospital Curry Cabral, apresentava-se consciente, orientada auto e halopsiquicamente, mas pouco colaborante, ficando em Internamento Compulsivo.

1.5 História Médica e Psiquiátrica

Nega qualquer outro problema grave de saúde e desconhece problemas de saúde de familiares, à excepção da mãe que tem hipertensão e “problemas da cabeça” (sic), e da irmã mais velha que “acho que é esquizofrénica” (sic).

Nega consumos de substâncias aditivas e nega qualquer tipo de medicação no momento.

Antecedentes pessoais de “surto psicótico” em Julho de 2010, seguida por um psiquiatra da Clínica CUF Descobertas até Agosto de 2010. Realizou despiste de quadro orgânico, através de Tomografia Axial Computorizada crânio-encefálica e análises (com doseamento de substâncias), que se revelaram negativos. Iniciou Quetiapina em Julho de 2010, que suspendeu por iniciativa própria em Outubro do mesmo ano. “Quando tudo isto começou, eu andava muito stressada, sou muito perfeccionista, muito exigente comigo mesma...” (sic), “andava tão

sobrecarregada... por isso foi natural que isso acontecesse” (sic), “não podia olhar para cima, ficava com o olhar preso do tecto.... via coisas... não sei descrever” (sic), “a medicação ajudou no início, mas depois já não precisava dela... já estava bem” (sic), “se continuasse a tomar aqueles comprimidos, ia ficar como a minha mãe e como a minha irmã... eu sei bem como devo cuidar de mim” (sic).

Nunca estive internada em qualquer instituição, tendo realizado o tratamento em ambulatório. Este é o primeiro internamento, iniciando o seguinte regime medicamentoso:

Fármaco	Via	Dose	Horário			
			Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	SOS
Ziprazidona	Per ós	80 mg	-	1	1	-
Quetiapina	Per ós	400 mg	-	-	1	-
Flurazepan	Per ós	15 mg	-	-	-	1
Haloperidol	IM	5 mg/1ml	-	-	-	1
Diazepam	Per ós	5 mg	-	-	-	1
Olanzapina	Per ós	5 mg	-	-	-	1
Prometazina	IM	50mg/2ml	-	-	-	1

No dia 7 de Junho, vai à entrevista para ingresso na Terapia Ocupacional, e iniciou as seguintes actividades: Tai-Chi, Relaxamento, Dançaterapia, Treino de Competências Sociais e Criatividade. Estas sessões foram realizadas de segunda a sexta-feira, da parte da manhã, durante o restante internamento.

2. EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL

Esta avaliação diz respeito à entrevista de enfermagem para colheita de dados, realizada à entrada no serviço, que ocorreu cerca de 22 horas desde o primeiro contacto com o serviço de urgências (CUF de Belém).

- **Aspecto e comportamento** – Aparência coincidente com idade real. Aspecto limpo e cuidado, veste-se adequadamente com a sua idade, sexo e época do ano. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Atitude colaborante, atenção captável e mantida. Lentificação psicomotora.
- **Humor** – Humor embotado e anedonia.
- **Discurso** – Discurso lentificado, pouco elaborado mas organizado e coerente.
- **Pensamentos** – Apresenta pensamentos de conteúdo persecutório e de auto-referenciação. Apresenta bloqueio do pensamento.

- **Percepções** – Alucinações auditivo-verbais (apenas quando vê televisão).
- **Cognição** – Alguma dificuldade em concentrar-se mas sem défice cognitivo. Mantém memória recente e passada. Orientada auto e alopsiquicamente.
- **Insight** – Não apresenta *insight* nem juízo crítico.

3 ESQUIZOFRENIA

As características essenciais da Esquizofrenia são um conjunto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos como negativos) que estiveram presentes uma importante parte do tempo durante um período de um mês (ou um período mais curto no caso de tratamento bem sucedido), com alguns sinais da perturbação persistindo durante pelo menos seis meses; estes sinais e sintomas estão associados a uma marcada disfunção social ou ocupacional (American Psychiatric Association, 1996).

Os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção de pensamento e discurso, capacidade hedónica, vontade e comportamento e atenção; nenhum sintoma isolado é patognomónico de Esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade ocupacional ou funcionamento social (American Psychiatric Association, 1996).

Segundo a American Psychiatric Association (1996), os sintomas característicos podem ser conceptualizados em duas amplas categorias:

- Positivos: sintomas que parecem reflectir um excesso ou distorção de funções normais, incluem distorções ou exageros do pensamento indutivo (ideias delirantes), percepção (alucinações), linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e comportamento (comportamento marcadamente desorganizado (comportamentos marcadamente desorganizado ou catatónico).
- Negativos: parecem reflectir uma diminuição ou perda de funções normais, incluem restrições no conjunto e intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), na fluência e produtividade de pensamento e discurso (alogia), e a iniciação de um comportamento dirigido com objectivo (avolição).

As ideias delirantes são falsas crenças que habitualmente envolvem uma interpretação errada das percepções ou experiências; o seu conteúdo pode incluir uma grande variedade de temas (por exemplo, persecutório, auto-referência, somático, religioso ou de grandeza) (American Psychiatric Association, 1996).

As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns e características da esquizofrenia, normalmente vividas como vozes, e percebidas como distintas do próprio pensamento do sujeito, o conteúdo pode ser bastante variável embora vozes assustadoras ou pejorativas sejam especialmente comuns (American Psychiatric Association, 1996).

O pensamento desorganizado é uma característica muito importante da esquizofrenia, mas sua definição objectiva é algo muito complexa porque a avaliação clínica do pensamento é primariamente baseada no discurso do sujeito, que pode ser desorganizado de várias formas (afrouxamento das associações, tangencialidade, incoerência), e deve ser distinguido do comportamento que é meramente sem objectivo e do comportamento organizado que é motivado por crenças delirantes; os comportamentos motores catatónicos podem incluir uma marcada diminuição da reactividade ao meio, a manutenção de uma postura rígida e resistência aos esforços indutores de movimento, resistência activa a instruções ou tentativas para ser movido, posturas inapropriadas ou bizarras ou actividade motora excessiva sem objectivo ou não estimulada (American Psychiatric Association, 1996).

Embora muito frequentes na Esquizofrenia, os sintomas negativos são difíceis de avaliar, pois ocorrem num contínuo com a normalidade, não são específicos e podem ser devido a uma variedade de outros factores (por exemplo, como consequência dos sintomas positivos, como efeitos adversos da medicação, como perturbação do Humor, devidos à reduzida estimulação do meio ou da desmoralização) (American Psychiatric Association, 1996).

O critério de diagnóstico requer que estejam simultaneamente presentes, pelo menos durante um mês, no mínimo dois dos cinco sintomas: ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, alterações do comportamento e sintomas negativos. Contudo, se as ideias delirantes têm carácter bizarro ou as alucinações envolvem «vozes em comentários» ou «vozes em conversa», então a presença de apenas um item é requerida (American Psychiatric Association, 1996).

Devido à sua heterogeneidade, a Esquizofrenia pode ser dividida em subtipos, com base na sua sintomatologia. O diagnóstico de um subtipo particular é baseado no quadro clínico que originou a avaliação mais recente ou a admissão para cuidados clínicos e pode assim variar ao longo do tempo. Não raramente, a apresentação pode incluir sintomas que são característicos de mais que um subtipo. O Tipo Catatónico é determinado sempre que os sintomas catatónicos estejam presentes (independentemente da presença de outros sintomas); o Tipo Desorganizado é determinado sempre que o discurso e comportamento desorganizado ou o afecto inapropriado ou embotado sejam dominantes (excepto se o Tipo Catatónico estiver também presente); o Tipo Paranóide é determinado sempre que existir uma preocupação com as ideias delirantes ou as alucinações frequentes sejam dominantes (excepto se o Tipo Catatónico estiver também presente); o Tipo Indiferenciado é uma categoria residual para descrever apresentações que incluam sintomas de fase activa dominantes e que não preencham os critérios para os tipos Catatónico, Desor-

ganizado ou Paranóide; e o Tipo Residual é para as apresentações nas quais exista evidência continuada da perturbação, mas em que os critérios para sintomas de fase activa já não estejam presentes (American Psychiatric Association, 1996).

3.1 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

As características essenciais do Tipo Paranóide de Esquizofrenia são a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto. Não são dominantes os sintomas característicos dos Tipos Desorganizado e Catatónico (por exemplo, discurso desorganizado, afecto embotado ou inapropriado, comportamento catatónico ou desorganizado). As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza, ou ambas, mas podem também ocorrer ideias delirantes com outra temática (por exemplo, ciúme, místicas ou somatização). As ideias delirantes podem ser múltiplas mas estão geralmente organizadas à volta de um tema. As alucinações estão também tipicamente relacionadas com o contexto da temática delirante.

Ansiedade, cólera, indiferença e querelância constituem características associadas. O sujeito pode apresentar uma postura de superioridade ou comando e também uma qualidade afectada, formal ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais. A temática persecutória pode predispor o sujeito ao comportamento suicida e a combinação de ideias delirantes persecutórias e de grandeza com cólera pode predispor o sujeito a actos de violência.

O início tende a ser mais tardio que os outros tipos de Esquizofrenia e as características de distinção podem ser mais estáveis no tempo. Estes sujeitos geralmente apresentam dificuldades mínimas ou ausentes em testes neuropsicológicos ou cognitivos. Existe alguma evidência sugerindo o Tipo Paranóide com considerável melhor prognóstico que os outros tipos de Esquizofrenia, nomeadamente em relação ao funcionamento profissional e capacidade para ter uma vida independente.

3.2 EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

De acordo com Vieira (2009), os avanços das terapias psicofarmacológicas e psicossociais melhoraram grandemente o futuro destes doentes, permitindo remissões mais amplas e menores desagregações da personalidade, e possibilitaram também a melhoria das suas capacidades sociais e de trabalho.

O abuso de substâncias (álcool e outros tóxicos) é um problema muito comum na

esquizofrenia e esta comorbilidade provoca intensas dificuldades no manejo dos doentes, quer por aderirem mal às terapêuticas, quer por se tomarem resistentes às terapêuticas antipsicóticas; outras associações são também frequentes nomeadamente com as perturbações de personalidade e com as afecções do humor, aspecto que toma o prognóstico da esquizofrenia mais reservado (Vieira, 2009).

Do ponto de vista clínico consideram-se como factores de bom prognóstico: personalidade prévia bem integrada e adaptada; funcionamento pré-mórbido bom a nível social sexual, escolar ou laboral; existência de factores precipitantes importantes de natureza física ou psicológica; início agudo da doença e/ou na idade média da vida; ser casado; história familiar de perturbações do humor; quadros clínicos com predomínio de sintomas positivos: e ausência de sinais neurológicos e de traumatismos peri-natais (Vieira, 2009).

Em contrapartida, a existência de: isolamento social; longa duração do episódio psicótico; história de tratamento psiquiátrico prévio; ser solteiro, divorciado ou viúvo; funcionamento pré-mórbido pobre a nível social, sexual, escolar ou laboral; história de problemas de comportamento na infância; personalidade prévia perturbada (25% mostram características esquizóides e 17% apresentam outras perturbações de personalidade); défice cognitivo; início insidioso e progressivo; idade de aparecimento inferior aos 20 anos; ausência de factores precipitantes; existência de familiares com esquizofrenia; predomínio de sintomas negativos no quadro clínico; presença de sinais neurológicos e história de traumatismos peri-natais, são considerados factores desfavoráveis ao prognóstico (Vieira, 2009).

3.3 PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Segundo Vieira (2009), as medidas de carácter profiláctico para as esquizofrenias devem incidir na diminuição ou supressão dos possíveis factores patogénicos: genéticos e ambientais.

Os principais factores de risco que têm sido identificados nesta área são os seguintes: história familiar de esquizofrenia; nível de funcionamento pré-mórbido de deficiente; má adaptação escolar e nível de escolaridade pobre; complicações fetais e do parto; época do nascimento; anormalidades psicomotoras e défices cognitivos. A identificação destas situações tornará possível uma intervenção preventiva precoce a nível primário, nos prováveis factores de risco psicossociais e biológicos (Vieira, 2009).

A prevenção secundária e terciária articula-se com a própria intervenção terapêutica; nas fases de psicose em actividade impõe-se um diagnóstico e tratamento correctos e precoces, podendo levar, eventualmente, a internamento hospitalar. Os medicamentos antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, clozapina) com actividade antipsicótica organizadora (sintomas positivos) e eficácia na sintomatologia negativa e do humor e com um perfil de efeitos secundários reduzido, principalmente a nível extrapiramidal, são as medidas mais recomendadas recaindo a sua escolha nas particularidades do quadro clínico; a mobilização de um sistema de apoio com o recurso a medidas educativas para o doente e familiares é desejável,

podendo contribuir para a diminuição das recaídas e conseqüente diminuição do fenómeno da "porta giratória" (alta, remissão de curta duração e reinternamento) (Vieira, 2009).

Nalguns doentes ambulatoriais que cooperam mal com o tratamento e com um suporte familiar deficiente, as formas neurolépticas de acção prolongada poderão ser úteis; os neurolépticos clássicos (butirofenonas, fenotiazinas) com actividade antipsicótica e sedativa, actualmente considerados como fármacos de segunda linha, são compostos que continuam ainda a ser muito usados (Vieira, 2009).

A experiência acumulada tem revelado que os esquizofrénicos expostos a um ambiente familiar de elevada expressividade emocional (frustração, hostilidade, criticismo, exaltação, protecçionismo) têm tendência a recair três a quatro vezes mais do que os doentes que vivem em ambientes familiares de clima emocional mais favorável; deste modo, e sempre que necessário, deverá ser empreendida uma intervenção terapêutica familiar visando a modificação do comportamento familiar desajustado (Vieira, 2009).

O estabelecimento de uma relação de confiança, ajudando o doente e a sua família a compreender e aceitar a enfermidade; medidas de carácter psicopedagógico explicando a necessidade contínua da medicação; um ambiente familiar realista e agradável e as tentativas de melhorar a capacidade dos doentes em resolver os seus problemas, com conseqüente redução dos níveis de stresse tão prejudiciais para estas pessoas e para os seus familiares, são atitudes que deverão ser tomadas desde início (Vieira, 2009).

A nível terciário, conjuntamente com os tratamentos biológicos que poderão ser úteis (sobretudo os antipsicóticos atípicos que facilitam a reintegração do doente e melhoram a sua qualidade de vida), a colaboração de equipas multidisciplinares é primordial, visando, por exemplo, o treino das aptidões sociais, as técnicas de resolução de problemas e outras, com o objectivo de contribuir para a reintegração do doente no seu ambiente familiar e sócio-profissional (Vieira, 2009).

4 MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: HILDEGARD PEPLAU

Para uma prática de cuidados de excelência à pessoa com doença mental, em particular à pessoa com diagnóstico de Esquizofrenia, é essencial o desenvolvimento de uma relação interpessoal enfermeiro-cliente positiva que dê segurança à pessoa e satisfaça as suas necessidades. É durante o processo interpessoal e terapêutico que o enfermeiro adquire conhecimento sobre os aspectos biopsicossociais e culturais que influenciam a qualidade de vida do cliente. Citando Howk (2004, p.425),

“ Peplau usou o conhecimento retirado da ciência comportamental e daquilo que pode apelar-se de modelo psicológico para elaborar a sua Teoria de Relações Interpessoais. A extracção de conhecimentos do modelo psicológico permitiu que a enfermeira comesse a afastar-se de uma orientação da doença para outra através da qual o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos podia ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem. Deu às enfermeiras uma oportunidade de ensinar os doentes a experimentar os seus sentimentos e de explorarem com os clientes como lidar com os seus sentimentos.”

Segundo Peplau, ao longo das diferentes fases da relação, a enfermeira pode adoptar vários papéis. De acordo com Townsend (2002), estes papéis são conjuntos de valores e comportamentos que são específicos de posições funcionais em estruturas sociais, e podem ser:

- Pessoa recurso - é aquela que fornece informações específicas e necessárias, que ajudam o cliente a compreender seu problema e a nova situação.
- Conselheiro - é aquele que ouve enquanto o cliente revê sentimentos relacionados às dificuldades que está tendo em algum aspecto da vida. Foram identificadas "técnicas interpessoais" para facilitar a interacção da enfermeira no processo de ajudar o cliente a resolver problemas e tomar decisões em relação a essas dificuldades.
- Professor - é aquele que identifica necessidades de aprendizagem e fornece informações ao cliente ou a seus familiares que podem ajudar a melhorar a situação de vida.
- Líder - é aquele que dirige a interacção enfermeira-cliente e assegura que sejam tomadas providências apropriadas para facilitar o alcance dos objectivos desejados.
- Perito técnico - é aquele que tem conhecimento de vários recursos profissionais e possui as habilidades clínicas necessárias para efectuar as intervenções que sejam no melhor interesse do cliente.
- Substituto - é aquele que serve como figura substituta de outra.

De acordo com o modelo de Peplau, as fases da relação enfermeiro e utente são: orientação, identificação, exploração e resolução. Cada uma destas fases inter-relacionam-se à medida que o processo evolui na direcção de uma solução. Seguindo o modelo de Peplau, organizei a minha relação com a D.C. de acordo com as quatro fases anteriormente descritas:

- Na fase de orientação, a pessoa sente uma necessidade e procura a ajuda do enfermeiro, ao qual compete ajudar a pessoa a reconhecer o seu problema. Neste sentido, recolhi dados sobre D.C., através da informação fornecida pelo processo clínico e da informação obtida em entrevistas à D.C e família. Em colaboração com a utente e família realizei a análise da situação e exerci um papel de pessoa recurso, fornecendo informações que permitiram a D.C. reconhecer a situação de doença.
- Na fase de identificação, a pessoa procura apoio no enfermeiro com o qual se identifica, para explorar os seus sentimentos. Os papéis que mais se destacaram foram o de conselheira, quando D.C. expressou os seus sentimentos em relação às dificuldades, e de professora, pois ao conhecer a percepção de D.C. em relação à sua situação, pude

identificar necessidades de aprendizagem e fornecer informações úteis para a sua recuperação.

- Na fase de exploração, a pessoa tenta tirar benefício dos conhecimentos que surgem da relação que estabelece com o enfermeiro. É neste estágio que o enfermeiro sugere novos objectivos procurando que a mesma os atinja. Aqui, pode implementar o plano de cuidados planeado, promovendo sempre uma percepção e compreensão da realidade por parte da D.C., que começou a revelar-se mais autónoma e empenhada na sua recuperação, colaborando comigo no sentido de resolver os seus problemas.
- Na fase de resolução, a pessoa define novos objectivos tendo por base os conhecimentos que extraiu do enfermeiro, obtendo independência para lidar com a sua situação. A D.C. sente-se capaz de enfrentar situações adversas, reconhecendo a importância da relação interpessoal no desenvolvimento de novos conhecimentos, recursos e habilidades que permitiram a recuperação do seu bem-estar físico e mental.

O modelo de Peplau proporcionou-me uma base teórica para a interacção com D.C., constituiu um importante contributo para a análise do caso, para a elaboração do respectivo plano de cuidados de enfermagem, e valida os diferentes papéis que adoptei no sentido de ajudar a utente a adquirir novos recursos ou reajustar recursos antigos para enfrentar novos problemas recorrentes da via.

5 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

5.1 Alucinação Presente

Etiologia

Alteração da percepção sensorial auditiva e visual.

Sintomatologia

Atitude de escuta (inclina a cabeça para um lado como se estivesse a ouvir); deixa de falar no meio de uma frase para escutar; concentração pobre; desordem da sequência de pensamento.

Intervenções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Atender pelo toque
Executar estimulação cognitiva
Executar terapia pela actividade
Gerir o ambiente físico
Vigiar alucinações

Avaliação

31/05/2011 – D.C. refere que “não posso ver televisão, eles dizem coisas sobre mim... e riem-se” (sic).

03/06/2011 - D.C. é capaz de perceber que as alucinações surgem em alturas de extrema ansiedade.

10/06/2011 - D.C. verbaliza ausência de alteração da percepção desde à xx dias. “Já estou melhor, menos stressada, com mais confiança, julgo estar capaz para voltar ao trabalho.” (sic), “Aqui não tenho preocupações, já ando melhor da cabeça.” (sic).

14/06/2011 - D.M é capaz de identificar os sinais de aumento da ansiedade e de implementar técnicas para interromper a resposta ansiosa. Não apresenta juízo crítico em relação à doença, relativamente há ocorrências das alucinações auditivo-verbais concidera que estas acontecem devido ao “stress”.

5.2 Comunicação Comprometido

Etiologia

Incapacidade em confiar; fechamento sobre si próprio; pensamento desorganizado, irrealista.

Sintomatologia

Associações frouxas de ideias; dificuldade em olhar o outro nos olhos (sem contacto olhos-nos-olhos ou olha continuamente para outros lados).

Acções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Apoiar a tomada de decisão
Atender pelo toque
Disponibilizar presença

Escutar activamente
Gerir o ambiente físico

Avaliação

31/05/2011 – D.C. apresenta-se isolada do restante grupo, embotamento afectivo comunica verbalmente apenas quando solicitada.

03/06/2011 - D.C. aborda outros elementos do grupo, comunica de forma compreensível. Apesar de demonstrar pouca vontade, participa nas actividades quando motivada pela equipa.

10/06/2011 - D.C. A linguagem não verbal do doente é congruente com a linguagem verbal. Comunica espontaneamente com o restante grupo.

14/06/2011 – D.C. é capaz de perceber que a desorganização do pensamento e as perturbações da comunicação verbal ocorrem em alturas de maior ansiedade.

5.3 Coping Não Eficaz

Etiologia

Dificuldade em confiar; vulnerabilidade pessoal; medos reprimidos; possíveis factores hereditários.

Sintomatologia

Desconfiança dos outros; alteração na participação social; uso de mecanismos de defesa inapropriados.

Acções (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Aconselhar
Apoiar a tomada de decisão
Assistir em situação de crise (intervenção na crise)
Executar terapia de grupo
Orientar por antecipação a situação de crise
Promover a melhoria do desempenho dos papeis familiares e/ou sociais
Promover coping eficaz

Promover relação de ajuda

Avaliação

31/05/2011 – D.C. apresenta-se isolada do restante grupo, incapaz de adoptar comportamentos redutores do stress, nem capacidade para a resolução de problemas.

03/06/2011 - D.C. não revela juízo crítico relativamente à doença. Refere incapacidade para gerir situações de stress.

10/06/2011 - D.C. verbaliza vontade em encontrar recursos adequados para satisfazer as exigências da vida que a protejam de ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras. “Acho que vou ser capaz de lidar com tudo... já falei com a minha cunhada, ela vai ajudar-me a tratar dos preparativos para o casamento...” (sic).

14/06/2011 – D.C. verbaliza sentir capacidade para gerir situações de stress.

5.4 Interacção Social Comprometida

Etiologia

Dificuldade em confiar; pensamento delirante.

Sintomatologia

Isolamento; mutismo; tristeza; expressão desmotivada; preocupação com os seus próprios pensamentos.

Acções (CIPE); associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Apoiar no desenvolvimento de competências para enfrentar factores de stress ambientais e sociais

Aumentar a auto-percepção

Aumentar a socialização

Determinar metas mútuas

Escutar activamente

Executar terapia socio-recreativa

Promover coping eficaz

Promover relação de ajuda

Providenciar actividades de distração

Avaliação

31/05/2011 – D.C. apresenta-se isolada do restante grupo, refere não ter vontade de socializar. “Prefiro ficar aqui... sozinha. Não quero que olhem para mim... daquela maneira” (sic).

03/06/2011 - D.C. interage com o restante grupo. Apesar de demonstrar pouca vontade, participa nas actividades.

10/06/2011 - D.C. aborda terceiros para interações individuais de forma apropriada frequente voluntariamente actividades de grupo.

14/06/2011 – D.C. aproxima-se dos outros de forma apropriada e numa base de interacção individual.

5.5 Pensamento Alterado

Etiologia

Incapacidade de confiar; medos reprimidos; possíveis factores hereditários.

Sintomatologia

Pensamento delirante (ideias falsas); dificuldade em se concentrar; alteração de capacidade de atenção/distractibilidade; má interpretação da realidade; capacidade de tomar decisões comprometida (resolução de problemas, razão, cálculo, conceptualizações ou abstrações); comportamento social inapropriado.

Ações (CIPE), associadas ao diagnóstico (sugeridas pela NIC)

Apoiar emocionalmente
Atender no delírio
Atender pelo toque
Executar estimulação cognitiva
Executar técnica calmante
Gerir o ambiente físico: segurança
Promover controlo do comportamento
Vigiar alucinações

Avaliação

30/05/2011 – D.C. não refere incapacidade em evitar precipitantes de ideação delirante. Revela atitude desconfiada em relação ao grupo.

03/06/2011 - D.C. mantém ideação delirante em relação ao restante grupo. “Não quero que olhem para mim... daquela maneira” (sic), “Todos se riem de mim” (sic).

10/06/2011 - D.C. Os pensamentos do doente reflectem uma orientação baseada na realidade. Nega ideação delirante.

14/06/2011 – D.C. demonstra capacidade em realizar as suas actividades de vida no exercício de todas as suas capacidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- Cordeiro, J.C. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 4ª edição, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª edição: Lusociência. Loures.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição, Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

ANEXO XIV — EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os estilos de vida estão na génese de vários problemas associados à saúde física e mental. É urgente reconhecer a importância das práticas educativas, o seu impacto na saúde, bem como a compreensão de que estas só podem existir se, na sua estratégia de acção, o indivíduo for considerado como um actor bio-psicossocial activo na implementação de comportamentos saudáveis.

No planeamento de cuidados à pessoa com patologia mental torna-se importante a adopção de intervenções que tenham como objectivo a promoção da qualidade de vida, sendo a educação para a saúde um factor fundamental. Atendendo a que estas pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade psicossocial, necessitam de sessões de educação para a saúde estruturadas e que respondam às suas necessidades específicas. Estes, com frequência, apresentam disfunção cognitiva, desinteresse e baixa auto-estima, o que pode levar à negligência ou mesmo ao défice de hábitos de vida saudáveis.

Actualmente, a educação para a saúde já não é encarada como sendo a persuasão para que as pessoas cumpram as instruções médicas, mas antes a promoção da consciência crítica, da capacitação e responsabilização da pessoa enquanto agente activo da sua própria saúde.

Mais do que informar, ao enfermeiro compete-lhe educar, promovendo a aquisição ou modificação de comportamentos inerentes à manutenção ou recuperação da saúde. O enfermeiro é um educador para a saúde e, tal como refere Carvalho e Carvalho (2006), educar é uma dimensão do cuidar. Segundo estes mesmos autores, esta dimensão é bem evidente em algumas concepções de enfermagem, como é o caso de Leininger que considera a enfermagem como *“(...) uma disciplina e profissão humanística e científica apreendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas actividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indi-*

víduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas (...)” (Welch, 2004, p.571).

Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença capazes de produzir mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar; pode influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências, e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones e Tilford, 1994).

“A educação para a saúde tem-se concentrado prioritariamente na mudança do comportamento individual ou de factores intrapessoais como as atitudes ou as crenças, julgados determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde.” (Bennett e Murphy, 1999, pág. xi).

Considerando a realidade da CPI, faz todo sentido que se desenvolvam acções de educação para a saúde que visem a diminuição de comportamentos de risco e a implementação de estilos de vida saudáveis. Efectivamente, é evidente que a maioria dos doentes internados na CPI tem grandes carências de formação no âmbito da saúde. A escolha das áreas temáticas abordadas teve em conta a sua pertinência para o grupo de doentes que se encontravam internados na altura, e as necessidades identificadas, e a possibilidade de desenvolverem competências que os tornassem mais despertos para a sua saúde física e mental. Assim, os temas abordados foram: tabagismo, higiene oral e cuidados com o sol. Estas sessões tiveram como objectivos:

- Contribuir para a melhoria do estado de saúde geral dos utentes;
- Promover o entendimento sobre a importância da adesão de estilos de vida saudáveis e alertar para as consequências de comportamentos nocivos para a saúde física e mental;
- Promover a informação sobre as temáticas abordadas;
- Promover atitudes e valores positivos no âmbito das temáticas abordadas, com vista à tomada de decisão responsável e autónoma;
- Promover a comunicação interpessoal no grupo;
- Criar espaços de debate que permitissem aos participantes, individualmente ou em grupo, colocar as suas questões, opiniões e os seus problemas;
- Criar um espaço onde fosse possível o aconselhamento, mantendo a disponibilidade e o sigilo.

As sessões de educação para a saúde foram realizadas para doentes internados na CPI, que se encontravam orientados auto e alopsiquicamente, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) e que manifestaram interesse em participar.

Optei por incentivar um grupo que partilhasse a necessidade de educação nas diferentes temáticas abordadas nas sessões. Mas além da preocupação de informar, tive que recorrer a estratégias criativas para captar e manter a atenção do grupo, promovendo o seu envolvimen-

to, com o intuito de criar condições para as pessoas reflectissem sobre os comportamentos não saudáveis e se tornassem mais capazes para serem agentes activos na sua saúde.

Neste sentido, a realização das sessões de educação para a saúde exigiram a adopção de uma atitude de envolvimento efectivo, de compromisso e dirigida ao aproveitamento e desenvolvimento das potencialidades do doente na sua saúde. Implicou o domínio dos processos de comunicação, da relação de ajuda e conhecimentos sobre os processos de adopção de comportamentos relacionados com a saúde. Promoveu aos participantes o desenvolvimento competências para realizarem opções no âmbito dos estilos de vida saudáveis, com todo o conhecimento de causa, decisões que interessem ao seu bem-estar pessoal, familiar e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Editora Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2:15.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª edição: Lusociência. Loures.
- Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. 4ª Edição, Chapman & Hall. London.

ANEXO XV — SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

PLANO DE SESSÃO

SAÚDE ORAL

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Saúde Oral.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao défice de conhecimentos que os utentes demonstram sobre a higiene oral e da sua importância na saúde.
- **Destinatários:** Doentes internados na CPI, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) que possa interferir com o funcionamento do grupo.
- **Número de Sessões:** 1.
- **Data:** 10 de Maio 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de reunião.
- **Duração:** 45 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes deverão ser capazes de reconhecer a importância de melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral.

3. Objectivos Específicos:

- Reconhecer os principais problemas decorrentes de uma higiene oral deficiente;
- Identificar comportamentos promotores de uma boa higiene oral.

4. Pré-Requisitos:

- Estar sob regime de internamento na Clínica Psiquiátrica I do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Portátil
- Projector
- Tela

6. Metodologia:

- Método expositivo e interrogativo.

7. Avaliação:

- Atenção do grupo de participantes.
- Colocação de questões, dúvidas e troca de experiências e opiniões.
- Apreciação individual sobre a sessão.



10 Maio 2011

CPI

Enfermeira Elisabete Fernandes

Objectivos

- **Objectivo geral:**
 - Reconhecer a importância de melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral.
- **Objectivos específicos:**
 - Reconhecer os principais problemas decorrentes de uma higiene oral deficiente;
 - Identificar comportamentos promotores de uma boa higiene oral.

Higiene Oral

- Escovar os dentes é essencial para a saúde
- Previne:
 - Cárie dentária;
 - Doenças periodontais
 - (gingivite, periodontite);
 - Halitose.



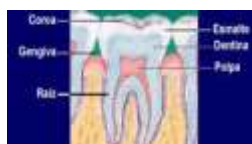
Anatomia

Cavidade oral



Anatomia

Dente



Problemas mais comuns



Placa Bacteriana



- Película aderente e transparente;
- Constituída por bactérias e açúcares;
- Produz ácidos, que vão destruindo os dentes de forma lenta;
- Pode dar origem o tártaro, cáries e doenças gengivais;

Tártaro



- Se a placa bacteriana não for removida regular e eficazmente, poderá endurecer e formar o tártaro.
- Uma vez formado, o tártaro só poderá ser removido pelo dentista.

Cárie Dentária

- Consiste na destruição localizada dos tecidos dentais.
- Causada por bactérias (*Streptococcus mutans*) que aderem aos dentes, formando a placa bacteriana.
- Se não for tratada pode levar à perda do dente



Gengivite

- Gengiva inflamada, edemaciada;
- Por vezes, apresenta algum sangue;
- Se não houver tratamento pode levar a uma forma mais grave do problema.



Periodontite

- Gengivite evolui e passa a afectar as outras estruturas de suporte dos dentes (osso e o ligamento periodontal).
- Formam-se bolsas entre os dentes e a gengiva.
- Se não for tratada atempadamente pode ocasionar a perda de alguns dentes.



O que pode afectar os nossos dentes?

- Alterações e doenças que decorrem com a idade
- Maus hábitos de alimentação
- Alguns medicamentos
- Falta de acompanhamento e tratamento



Como escovar ?

Escovar os dentes, as próteses dentárias e/ou as gengivas pelo menos 2 vezes por dia, após as refeições



Fazer movimentos circulares, percorrendo todos os dentes, começar a escovar a superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto

Como escovar ?



Escovar a superfície interna da cada dente, utilizando o movimento descrito em 1.

Escovar a superfície de mastigação da cada dente.



Como escovar ?



Com a escova na direcção da gengiva escovar também a parte de trás dos dentes.

Não esquecer de escovar a língua.



Fio Dentário

- Remove a placa bacteriana que se acumula nos espaços entre os dentes, onde a escova de dentes não chega
- Complementa a escovagem dos dentes



Fio Dentário



1- Retira-se cerca de 40 cm de fio e enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão

2- Introduz-se o fio entre dois dentes e curva-se à volta do dente que se está a limpar, fazendo com que tome a forma de um "C". Mova o fio suavemente para cima e para baixo contra as paredes laterais dos dentes



Importante...

- Os dentes devem ser escovados durante 2
- a 3 minutos.
- O dentífrico deve ter flúor na sua composição.



- A escova deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).

Escovagem da Prótese Dentária

- Retire a prótese e coloque-a num recipiente com água morna.
- Em seguida proceda à escovagem da prótese (com dentífrico).



Escovagem da Prótese Dentária

- Antes de colocar a prótese, bocheche a boca com elixir próprio e escove as gengivas.
- Retire a prótese antes de dormir e coloque-a num recipiente com líquido/elixir próprio.



Dez inimigos da Higiene Oral

- 1) Escova de pêlo duro
- 2) Força excessiva
- 3) Escovar longitudinalmente
- 4) Negligenciar a zona das gengivas
- 5) Escova de dentes "eterna"
- 6) Não escovar a língua
- 7) "Saltar" a escovagem nocturna
- 8) Partilhar a escova de dentes
- 9) Comer doces entre as refeições
- 10) Esperar que surja a cárie

Conclusão



Boa Higiene Oral = Boca Sã



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

SAÚDE ORAL

1. Participantes:

- Enfermeira Rute e um grupo de nove utentes, ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 23 e 59 anos.

2. Resposta do Grupo:

- O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelo grupo. LM refere que “é importante relembrarmos estas coisas, não quer dizer que não as saiba fazer mas... às vezes nem penso na sua importância” (sic); FC “é sempre bom participar nestas coisas...faz-me pensar nos erros que faço e ajuda-me a mudar” (sic); RM “não sabia que existiam tantas doenças nos dentes...”(sic). Durante a sessão, maioria dos participantes foi capaz de manter o foco da atenção e concentração, e de respeitar a sua vez para intervir. Foram colocadas algumas dúvidas que foram esclarecidas, houve partilha de experiências pessoais e a maioria foi capaz de analisar e reflectir sobre os comportamentos adoptados no âmbito da temática abordada. AS refere que “nem sempre lavo os dentes...às vezes não tenho vontade” (sic); FC “nunca usei fio dental mas vou experimentar” (sic); FS “digo todos os dias à minha filha para lavar os dentes, de manhã e à noite, mas nem sempre lavo os meus...” (sic).

3. Dificuldades:

- Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções devido às intervenções de alguns participantes e que por vezes saiam do âmbito da temática, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão e também à dinamização da sessão.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para os participantes e para a minha formação. Foi possível a criação de um ambiente

favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão de estilos de vida. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participantes concluíssem que é necessário adoptar comportamentos de saudáveis e que são agentes activos na sua saúde. Todas as intervenções foram consideradas, e as atitudes e comportamentos adequados foram valorizados. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

PLANO DE SESSÃO

VIVA MAIS... DIGA NÃO AO TABACO

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Viva Mais... Diga Não ao Tabaco
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se à incidência de fumadores internados no serviço e que se encontram pouco sensibilizados para a importância do abandono dos hábitos tabágicos.
- **Destinatários:** Doentes internados na CPI, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) que possa interferir com o funcionamento do grupo.
- **Número de Sessões:** 1.
- **Data:** 16 de Maio 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de reunião.
- **Duração:** 45 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes deverão ser capazes de reconhecer a importância do abandono dos hábitos tabágicos.

3. Objectivos Específicos:

- Reconhecer os efeitos do tabaco na saúde.
- Identificar os benefícios do abandono dos hábitos tabágicos.
- Identificar 10 passos para deixar de fumar

4. Pré-Requisitos:

- Estar sob regime de internamento na Clínica Psiquiátrica I do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e ser fumador.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Portátil
- Projector
- Tela

6. Metodologia:

- Método expositivo e interrogativo.

7. Avaliação:

- Atenção do grupo de participantes.
- Colocação de questões, dúvidas e troca de experiências e opiniões.
- Apreciação individual sobre a sessão.
- Teste de Dependência da Nicotina de Fagerström.

VIVA MAIS...

... Diga Não ao Tabaco



Elaborado por: Elisabete Fernandes CPI 16 Maio 2011

OBJECTIVO GERAL

- ❖ Reconhecer a importância do abandono dos hábitos tabágicos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Reconhecer os efeitos do tabaco na saúde.
- ❖ Identificar os benefícios do abandono dos hábitos tabágicos.
- ❖ Identificar 10 passos para deixar de fumar.

ALGUNS FACTOS IMPORTANTES

- ❖ O fumo do tabaco contém mais de 4000 substâncias químicas com efeitos tóxicos e irritantes, incluindo, entre outras, a nicotina, o alcatrão, o monóxido de carbono, a acetona e a amónia.
- ❖ No fumo de tabaco foram identificadas mais de 40 substâncias com efeitos cancerígenos.
- ❖ Fumar reduz a sua esperança de vida em cerca de 10 anos.



RAZÕES PARA DEIXAR DE FUMAR

- ❖ Os riscos estão relacionados com a quantidade de tabaco e o número de anos em que se é fumador.
- ❖ Quanto mais cedo deixar de fumar, maiores são as vantagens.
- ❖ Os ex-fumadores têm mais saúde e uma melhor percepção do seu estado de saúde.



Nunca é tarde para deixar de fumar.

Saiba quais são os benefícios para a sua **Saúde**.

BENEFÍCIOS IMEDIATOS

Pense no que pode poupar

No final do mês vai ter mais dinheiro disponível para gastar, por exemplo, na mensalidade de um ginásio.

Maior Sensação de Energia

A tosse matutina vai diminuindo, sentindo-se com mais energia para realizar as actividades de que mais gosta.

Mais Oxigénio....

Apenas 8 horas após deixar de fumar, os níveis de monóxido de carbono no seu organismo baixam e os níveis de oxigénio no sangue aumentam. Após 72 horas, a sua capacidade pulmonar aumenta e a respiração torna-se mais fácil.



BENEFÍCIOS A MÉDIO PRAZO

Aparência renovada

Os seus cabelos, a pele, as mãos e, principalmente, o seu hálito vão ficar mais frescos e saudáveis. A roupa vê-se livre dos odores provocados pelo tabaco. Sinta uma melhoria gradual do tom e aspecto da pele e retarde o aparecimento de rugas na face.

Mais Sensações...

Melhoria do paladar e do olfacto.

Diminuição do risco de morte prematura

Após 1 ano de abstinência, o risco de doenças cardiovasculares reduz para metade.



BENEFÍCIOS A LONGO PRAZO

- ❖ Após 5 a 15 anos de abstinência, o risco de Acidente Vascular Cerebral iguala ao dos não-fumadores.
- ❖ Diminuição da ocorrência de cancro e de doenças respiratórias crónicas e incapacitantes.
- ❖ O prognóstico e a recuperação em situações de doenças cardiovasculares é notoriamente superior, aumentando a taxa de sobrevivência.



BENEFÍCIOS PARA QUEM O RODEIA

- ❖ O tabagismo é um factor de risco não só para o próprio fumador, mas também para todos os que vivem em ambientes poluídos pelo fumo do tabaco (fumadores passivos).
- ❖ Os fumadores passivos apresentam um risco acrescido de contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias.
- ❖ As crianças filhas de pais fumadores, estão mais sujeitas a problemas respiratórios e do ouvido médio e ao agravamento das crises de asma.



ESTÁ PRONTO PARA DEIXAR DE FUMAR?

Reflicta sobre os motivos que ainda o mantêm a fumar:

- ❖ Fumar ajuda-me a lidar com o stresse.
- ❖ Fumar dá-me prazer.
- ❖ Preocupa-me poder ganhar peso após deixar de fumar.
- ❖ Tenho receio de não saber ultrapassar os sintomas de privação.
- ❖ Não tenho força de vontade.



RAZÕES PARA DEIXAR DE FUMAR...

- ❖ Vou poupar dinheiro.
- ❖ Vou sentir-me mais saudável desde já.
- ❖ Vou aumentar a minha esperança de vida.
- ❖ Vou contribuir para um meio ambiente menos poluído.
- ❖ Reduzo a probabilidade de ter uma doença grave no futuro.
- ❖ No caso de sofrer de uma doença crónica vou controlar melhor a minha doença.
- ❖ A minha família e os meus amigos vão sentir-se orgulhosos de mim.
- ❖ Vou ser um bom exemplo para os outros, em especial, para os meus filhos.



10 PASSOS PARA DEIXAR DE FUMAR

1. Prepare-se para deixar de fumar

Faça uma lista dos motivos que justificam a sua decisão de deixar de fumar e releia-a frequentemente. Nas semanas anteriores a deixar de fumar, altere os seus hábitos (situações em que sente vontade de fumar), mude a marca de tabaco para outra que lhe dê menos prazer, aumente os intervalos entre dos cigarros, se necessário recorra a apoio medicamentoso.

2. Fixe uma data para deixar de fumar

Pode ser um dia especial para si. No dia escolhido pare de fumar! A partir desse dia, retire perto de si todos os objectos relacionados com o hábito de fumar.



3. Anuncie aos outros a sua decisão

Vai reforçar o seu compromisso, garantindo-lhe apoio e solidariedade.

10 PASSOS PARA DEIXAR DE FUMAR

4. Aprenda a reagir à vontade de fumar

Poderão existir momentos nos quais sentirá uma grande vontade de voltar a fumar. Essa vontade durará apenas alguns minutos. Procure distrair-se com uma tarefa que o interesse. À medida que o tempo for passando, o desejo de fumar irá sendo cada vez mais fraco. Evite estar na proximidade de fumadores.



5. Aumente o seu nível de actividade física diária

Isto fá-lo-á sentir-se melhor, menos ansioso e com melhor humor, promovendo a melhoria da sua forma física. Contribuirá também para que o seu peso não aumente.

10 PASSOS PARA DEIXAR DE FUMAR

6. Pense positivamente

Pense nas grandes vantagens de não fumar, esquecendo-se da falta que o tabaco lhe pode provocar. Poderá sentir alguns sintomas temporários após ter deixado de fumar, mas que mostram que o seu corpo está a recuperar dos efeitos nocivos do tabaco.

7. Conheça os seus hábitos tabágicos e planeie o futuro

Identifique as circunstâncias e situações em que habitualmente fuma, pois vai permitir evitar ou aumentar a resistência a situações em que a vontade de fumar pode ser mais forte.

8. Poupe dinheiro

Com o dinheiro que poupar, compre algo que lhe dê prazer.



10 PASSOS PARA DEIXAR DE FUMAR

9. Faça uma alimentação saudável

Se está preocupado com o ganho de peso procure fazer uma alimentação saudável.

Reduza ou elimine a ingestão de café e de bebidas alcoólicas. Em alternativa beba muita água, chás ou tisanas e sumos de fruta natural, ricos em vitamina C.



10. Um dia de cada vez

Não pense que nunca mais vai voltar a fumar. Pense no dia de hoje e nas vantagens de não fumar. Cada dia que passa sem fumar é uma boa notícia para si, para a sua família e amigos e, principalmente, para a sua Saúde.

No caso de recair, nada está perdido. A recaída faz parte do processo de mudança.

Lembre-se que não está sozinho – 7 em cada 10 fumadores querem deixar de fumar.

Fixe uma nova data e volte a tentar.

Se acha que não consegue deixar de fumar sozinho, peça ajuda ao seu médico.



CONCLUSÃO

Ao optar por deixar de fumar vai demonstrar que possui uma grande força de vontade e determinação.

Mantenha a concentração nas razões que o motivam a deixar de fumar!

TESTE DE DEPENDÊNCIA DA NICOTINA DE FAGERSTRÖM

Se pretende saber qual é o seu grau de dependência face ao tabaco, responda ao questionário que se segue.

1. Depois de acordar quando fuma o seu primeiro cigarro?
 - a) Menos de 5 minutos depois de me levantar. **(3)**
 - b) Entre 5 a 30 minutos depois de me levantar. **(2)**
 - c) Entre 31 a 60 minutos depois de me levantar. **(1)**
 - d) Mais de uma hora depois de me levantar. **(0)**

2. Sente-se mal quando está num local onde não pode fumar?
 - a) Sim. **(1)**
 - b) Não. **(0)**

3. Qual o cigarro que mais o satisfaz?
 - a) O primeiro do dia. **(1)**
 - b) Um outro qualquer. **(0)**

4. Quantos cigarros fuma por dia?
 - a) No máximo 10. **(0)**
 - b) 11 a 20. **(1)**
 - c) 21 a 30. **(2)**
 - d) Mais de 30. **(3)**

5. Fuma mais nas primeiras horas do dia (depois de acordar) que durante o resto do dia?
 - a) Sim. **(1)**
 - b) Não. **(0)**

6. Fuma mesmo que esteja doente?
 - a) Sim. **(1)**
 - b) Não. **(0)**

Resultados

- de 0 a 3 pontos - é pouco ou nada dependente da nicotina;
- de 4 a 6 pontos - é dependente;
- mais de 6 pontos - é muito dependente! Pense na sua saúde.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

VIVA MAIS... DIGA NÃO AO TABACO

1. Participantes:

- Enfermeira Rute e um grupo de nove utentes, ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 23 e 57 anos.

2. Resposta do Grupo:

- O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelo grupo. RF refere que “é importante ficar a conhecer estes truques para desistir de fumar...eu gostava de deixar mas é muito difícil” (sic); FC “é bom participar nestas formações, mas na verdade não penso em deixar de fumar” (sic); AS “já deixei de fumar quatro vezes, mas quando estou mais em baixo acabo por voltar ao mesmo... é difícil resistir quando a minha cabeça não está boa” (sic). MR referiu ter deixado de ser fumador à cerca de oito anos e voltou a fumar no internamento actual “mas quando tiver alta, vou novamente falar com o meu médico de família, pois ele já me ajudou na primeira vez” (sic). Durante a sessão, maioria dos participantes foi capaz de manter o foco da atenção e concentração, e de respeitar a sua vez para intervir. Foram colocadas algumas dúvidas que foram esclarecidas e a maioria foi capaz de partilhar experiências pessoais com o restante grupo. No fim da sessão foi aplicado o Teste de Dependência da Nicotina de Fagerström a todos os participantes, cujos resultados variaram entre “dependente” e “muito dependente”, e que constituiu um momento de análise e reflexão sobre os comportamentos adoptados no âmbito da temática abordada.

3. Dificuldades:

- Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções devido às intervenções de alguns participantes e que por vezes saiam do âmbito da temática, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão e também à dinamização da sessão.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para os participantes e para a minha formação. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão de estilos de vida. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participantes concluíssem que é necessário adoptar comportamentos de saudáveis e que são agentes activos na sua saúde. Foi dada informação sobre alguns recursos na comunidade os eventuais interessados em cessar o consumo de tabaco. Todas as intervenções foram consideradas, e as atitudes e comportamentos adequados foram valorizados. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

PLANO DE SESSÃO VIVA MELHOR O VERÃO

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Viva Melhor o Verão.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao défice de conhecimentos que os utentes demonstram sobre cuidados a ter durante a exposição solar.
- **Destinatários:** Doentes internados na CPI, género masculino e feminino, de qualquer faixa etária, orientados, sem franca actividade produtiva (alucinações e delírios) que possa interferir com o funcionamento do grupo.
- **Número de Sessões:** 1.
- **Data:** 3 de Junho 2011.
- **Local:** Serviço de internamento CPI, sala de reunião.
- **Duração:** 45 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes deverão ser capazes de reconhecer a importância e a necessidade de tomar medidas preventivas durante a exposição solar.

3. Objectivos Específicos:

- Reconhecer os efeitos nocivos da exposição solar desprotegida.
- Reconhecer a importância da adopção de medidas de prevenção perante a exposição solar.

4. Pré-Requisitos:

- Estar sob regime de internamento na Clínica Psiquiátrica I do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Portátil
- Projector
- Tela

6. Metodologia:

- Método expositivo e interrogativo.

7. Avaliação:

- Atenção do grupo de participantes.
- Colocação de questões, dúvidas e troca de experiências e opiniões.
- Apreciação individual sobre a sessão.

VIVA MELHOR O VERÃO



Elaborado por: Elisabete Fernandes

CPI

03 Junho 2011

Objectivo Geral

- Reconhecer a importância e a necessidade de tomar medidas preventivas durante a exposição solar.

Objectivos Específicos

- Reconhecer os efeitos nocivos da exposição solar desprotegida;
- Reconhecer a importância da adopção de medidas de prevenção perante a exposição solar.

Sol: Prós e Contras

- Fonte de energia indispensável à vida na Terra.
- Ajuda-nos a produzir **vitamina D**:
 - mineralização do osso;
 - sistemas imunológicos ;
 - Sistema cardiovascular.



Sol: Prós e Contras

A luz solar é composta por:

- **Luz Ultra-Violeta C (UVC)** - a gama mais alta de energia UV, retida na camada de ozono;
- **Luz Ultra-Violeta B (UVB)** - Ajuda a bronzear, mas em excesso provoca queimaduras e pode provocar cancro da pele;
- **Luz Ultra-Violeta A (UVA)** - Activam o envelhecimento precoce da pele, provoca rugas e aumenta a susceptibilidade da pele às infecções e cancro da pele.

Fototipos

Cor da pele	Cor do cabelo	Tendencia a sofrer queimadura solar	Aptidão para bronzear	Factor protecção
Branca	Branco ou ruivo	Muita facilidade	Pouca	≥ 25
Clara	Louro ou castanho claro	Frequente	Ligeira	≥ 25
Morena	Castranho escuro	Pouco frequente	Fraca	≥ 20
Negra	Preto	Pouco frequente	Fraca	≥ 15

Efeitos Nocivos do Sol

- Queimaduras solares
- Insolação
- Envelhecimento da pele
- Cancro de pele



Queimaduras Solares

- Causada pela exposição excessiva ao sol;
- Sintomas: pele vermelha, ardor e dores;
- Tratamento com creme hidratante, soluções refrescantes e analgésicos/anti-inflamatórios;



Insolação

Sintomas:

- Dores de cabeça;
- Náuseas;
- Tonturas;
- Falta de ar;
- Pele quente, avermelhada e seca;
- Inconsciência.



Tratamento:

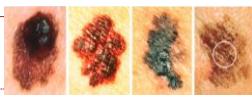
- Levar a vítima para um local fresco e arejado e deitá-lo com a cabeça elevada;
- Colocar compressas frias sobre a cabeça e envolver o corpo em toalhas molhadas;
- Encaminhar para o hospital.

Envelhecimento da Pele

- A pele envelhece precocemente;
- Os efeitos não são imediatamente visíveis, só aparecem mais tarde.
- É melhor ter cuidado agora, para mais tarde não serem mais uma vítima do sol.



Cancro de Pele



- Crescimento maligno na pele;
- 90% dos casos são causados pela exposição solar;
- Pode surgir um novo sinal ou alteração de um sinal de nascença (aumento de tamanho ou mudança de cor);
- Quanto mais cedo for retirado, maior é a probabilidade de sobrevivência.

Cuidados com o Sol



Cuidados com o Sol



- Fazer uma exposição progressiva ao sol, estando exposto pouco tempo nos primeiros dias;
- Evitar a exposição solar entre as 11h e as 16h;
- Usar chapéu, de preferência com abas largas;
- Usar óculos de sol com uma boa protecção contra os UV e, de preferência, com lentes anti-reflexo;

Cuidados com o Sol

- Usar roupas de algodão pois dificultam a passagem dos raios UV em cerca de 90%.
- Usar um protector solar adequado à pele e aplicar 30 minutos antes da exposição ao sol;
- Voltar a aplicar o protector durante o dia, principalmente depois de ir à água;
- Ingerir muitos líquidos, de preferência água.

Cuidados com o Sol

Estas medidas de protecção devem ser tomadas mesmo que:

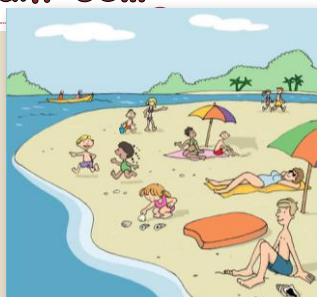
- O céu esteja nublado;
- Estejam debaixo de um toldo ou chapéu-de-sol;
- Haja vento ou estejam dentro de água, num barco ou colchão.



Conclusão

Para não transformar o Verão numa preocupação... a melhor solução é a **PREVENÇÃO.**

Divirtam-se...



...com segurança!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

VIVA MELHOR O VERÃO

1. Participantes:

- Enfermeira Rute e um grupo de nove utentes, ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 34 e 61 anos.

2. Resposta do Grupo:

- O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelo grupo. MS refere que “por acaso não tenho muito cuidado, na praia uso óleo Johnson...” ar é importante lembrarmos estas coisas, não quer dizer que não as saiba fazer mas... às vezes nem penso na sua importância” (sic); FC “é sempre bom participar nestas coisas...faz-me pensar nos erros que faço e ajuda-me a mudar” (sic); RM “não sabia que existiam tantas doenças nos dentes...”(sic). Durante a sessão, maioria dos participantes foram capazes de manter o foco da atenção e concentração, e foram capazes de respeitar a sua vez para intervirem. Foram colocadas algumas dúvidas que foram esclarecidas, houve partilha de experiências pessoais e a maioria foi capaz de analisar e reflectir sobre os comportamentos adoptados no âmbito da temática abordada. AS refere que “nem sempre lavo os dentes...às vezes não tenho vontade” (sic); FC “nunca usei fio dental mas vou experimentar” (sic); FS “digo todos os dias à minha filha para lavar os dentes, de manhã e à noite, mas nem sempre lavo os meus...” (sic).

3. Dificuldades:

- Durante o decurso da sessão ocorreram algumas interrupções devido às intervenções de alguns participantes e que por vezes saiam do âmbito da temática, no entanto esta situação foi facilmente superada ao focar novamente atenção para a sessão e também à dinamização da sessão.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para os participantes e para a minha formação. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão de estilos de vida. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participantes concluíssem que é necessário adoptar comportamentos de saudáveis e que são agentes activos na sua saúde. Todas as intervenções foram consideradas, e as atitudes e comportamentos adequados foram valorizados. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

ANEXO XVI — REFLEXÃO SOBRE O PROJECTO “DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS PSICOSSOCIAIS E FUNCIONAIS”

REFLEXÃO SOBRE O PROJECTO “DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PSICOSSOCIAIS E FUNCIONAIS”

O projecto “Desenvolvimento de Competências Psicossociais e Funcionais” encontra-se implementado pela equipe de enfermagem e surgiu da necessidade de colmatar as dificuldades que têm vindo a detectar em alguns doentes internados na CPI. Dificuldades de âmbito funcional na realização das actividades de vida diária, autonomia (aspectos físicos, cognitivos e comportamentais) e também a nível relacional. Implica a elaboração e execução de um programa individual, que parte da avaliação da pessoa, e é adaptado à realidade específica de cada um. O acompanhamento é individual e contínuo, e tem em consideração os objectivos da intervenção, a sua implementação e a avaliação de metas alcançadas.

Teixeira (2008) define o conceito de funcionalidade em doentes com perturbações mentais como a qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interacções entre a pessoa e o ambiente é essencial.

“Muitas vezes as perturbações mentais mais graves dão origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional, que podem ser compensadas através do processo de reabilitação, que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.” (Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento da Saúde Mental em Portugal, 2007).

Este projecto faz todo o sentido uma vez que, com a nova reestruturação e desenvolvimento da saúde mental em Portugal na qual esta incluída uma visão holística do ser humano e a promoção da sua reabilitação e inserção social, torna-se necessário e fundamental que os enfermeiros promovam acções que visem a sua independência pessoal (por exemplo, alimentação e higiene), inteligência prática (capacidade de se ser auto-suficiente como pessoa), e desenvolvimento de competências na realização das actividades de vida diária. As competências de vida diária são relacionadas com o funcionamento da casa, tais como tarefas domésticas, planificação e elaboração da lista de compras e segurança em casa. As competências associadas incluem a orientação e o comportamento em casa e na vizinhança, comunicação de desejos e de necessidades, interacção social e aplicação de competências académicas em casa.

O objectivo principal do internamento dos utentes em situação aguda da perturbação mental é a actuação na crise, estabilização da patologia, reduzir alterações do pensamento e da percepção, sentimentos de ansiedade e angústia e “normalizar” o seu comportamento. No entanto, em vários casos, em especial nos internamentos mais prolongados (que na sua maioria devem-se à situação social), o internamento constitui um momento em que o enfermeiro pode implementar acções que visem a promoção da autonomia, da inteligência prática e do desenvolvimento de competências na realização das actividades de vida diária e também psicossociais; ou seja, capacitar a pessoa disfuncional para atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar.

Fazenda (2008) refere que a reabilitação psicossocial “é uma perspectiva relativamente recente, que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, pela aprendizagem de competências e de novas capacidades.

“A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. (...) Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução de discriminação e do estigma, a melhoria da competência social e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.” Organização Mundial de Saúde (2001, p.116).

A enfermagem de saúde mental e psiquiatria constitui um contributo fundamental na re-socialização dos indivíduos com doença mental, por meio da orientação destes e dos familiares, verificação da adesão ao plano terapêutico, intervenção em situação de crise, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, entre outros.

O tratamento e a reabilitação, numa perspectiva holística, são interdependentes, interagindo um sobre o outro; a combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, existindo diferenças entre os métodos utilizados e as metas a longo e a curto prazo (Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento da Saúde Mental em Portugal, 2007).

A transição para a vida independente e o auto-cuidado requer técnicas específicas que podem facilitar a passagem de um meio protegido para um ambiente aberto, pela aprendizagem das competências para desempenhar novos papéis, tomar novas decisões e encetar novos relacionamentos (Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento da Saúde Mental em Portugal, 2007).

Atendendo ao modelo teórico de Virgínia Henderson, a função do enfermeiro é “(...) assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (...). E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível” (Tomey, 2004, p. 114). Neste sentido, ao reportar para a área de saúde mental e psiquiatria, o enfermeiro ao prestar cuidados à pessoa com perturbação mental, mesmo em unidade de agudos, deve intervir numa perspectiva de reabilitação e inserção social.

Segundo a Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007, pág. 110):

“Nos Serviços Locais de Saúde Mental e nos Hospitais Psiquiátricos deve ser iniciado precocemente o processo de reabilitação, que inclui a avaliação e o treino e recuperação das competências individuais, nos aspectos dos cuidados pessoais e higiene, gestão da medicação, actividades da vida diária, relação interpessoal, projecto de vida e reconstrução da identidade e da auto-estima, e eventualmente treino residencial de transição para a comunidade. (...). Por outro lado deve ser garantida a continuidade do tratamento, quer em ambulatório, intervenção na crise, internamento de curta duração, urgência e articulação com os Cuidados Primários e com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

Qualquer intervenção de enfermagem neste âmbito tem por base a relação de ajuda, que pode ser definida como uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo (Rogers, 2009). Phaneuf (2005) acrescenta que esta relação permite à pessoa compreender melhor a situação, aceitá-la melhor e mesmo abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.

A relação de ajuda é um processo relacional complexo através do qual o interveniente se interessa pelas pessoas, famílias, grupos, aos seus modos de interagir com o seu ambiente para aí recolher

a informação, a energia e a matéria necessárias à satisfação das suas necessidades; segundo as necessidades e as dificuldades que apresentam, as intervenções do interveniente serão centradas sobre a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a readaptação (Chalifour, 2008).

O desenvolvimento de competências de adaptação é algo indispensável e urgente no indivíduo que passa por uma situação de crise. Ornelas (1997) considera a adaptação um processo pelo qual, os organismos podem introduzir variações nos seus hábitos ou características, para lidar com os recursos disponíveis ou em mudança; e que este mesmo processo pode ser facilitado pelo aumento das competências individuais. Os enfermeiros devem ser agentes promotores do desenvolvimento destas competências, e facilitarem a aquisição de conhecimentos e novos recursos pessoais.

Este projecto tem por objectivo a promoção da aquisição de competências funcionais e psicossociais nos doentes. Em conjunto com a restante equipa de enfermagem, planei e desenvolvi programas personalizados com vista ao incremento das competências individuais, em particular, o treino de aptidões funcionais e o desenvolvimento sócio-emocional, de forma a maximizar a sua autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, evitando fenómenos de exclusão social.

Neste sentido, desempenhei um papel activo ao incentivar, instruir, orientar e apoiar o indivíduo para o auto-cuidado (banho, higiene oral, barba), para a realização de actividades de vida diária (fazer a sua cama, cuidar da roupa pessoal, limpar e organizar o seu roupeiro e mesa-de-cabeceira), para a participação em actividades lúdicas e pedagógicas e para a resolução de problemas do quotidiano (por exemplo, gerir dinheiro e cumprimento de horários). Pude ajudar a pessoa a potencializar as suas capacidades e atingir um padrão, o mais próximo possível, de funcionamento saudável e satisfatório, o que contribuiu para o seu bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida.

A maior dificuldade sentida diz respeito à motivação para a adesão ao projecto, cujos destinatários são uma pequena parte dos utentes internados na CPI, que já não se encontram numa fase aguda da doença, ou seja, já não estão numa situação de crise, mas por razões sociais (integração numa unidade de reabilitação, falta de suporte comunitário, outros) vão permanecendo no serviço por tempo indeterminado. Na sua maioria, estes utentes já sofreram vários reinternamentos, encontrando-se desinteressados pela sua situação de saúde, sem esperança no tratamento, auto-estima ou vontade em integrar nas actividades que lhes eram propostas. Neste sentido, tive que educar para a importância do projecto, negociar o estabelecimento de metas mais simples (aumentando gradualmente a sua complexidade), esclarecer e dar exemplos de sucesso (por exemplo, alguém ainda internado no serviço e que aderiu ao projecto), modular os comportamentos e motivar os assistentes operacionais a colaborar com a equipa de enfermagem.

Integrar este projecto facilitou o estabelecimento da relação de ajuda com os utentes, que reconheceram em mim uma pessoa de referência, solicitando a minha validação nas tarefas por eles desempenhadas. Foi gratificante verificar que, apesar da relutância inicial de alguns utentes, a minha persistência para que participassem nas actividades propostas resultou numa participação progressivamente espontânea, integrando no seu quotidiano as actividades propostas. Reconhecem a contribuição deste projecto na aquisição de novos hábitos e capacidade para desempenhar actividades do quotidiano, tornando-os mais autónomos, funcionais e auto-confiantes. PS refere que “em casa, só fazia a barba quando o meu irmão ia visitar-me, ele ajudava-me... agora faço sozinho” (sic); FC “já não me custa ter que fazer estas coisas... no início não gostei, mas agora acho que é importante continuar” (sic).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Lusodidacta. Loures.
- Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de acção – 2007-2016*.
- Fazenda, I. (2008). *O Puzzle desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania*. 1ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa. ISBN: 978-972-796-291-4
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra. Acedido em 19 de Março de 2011, em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária: Origens, Fundamentos e Áreas de Intervenção. *Revista Análise Psicológica*. **XV**: 375-388.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. 1ª Edição, Padrões Culturais Editora. Lisboa.
- Teixeira, J. (2008). Conceito de Funcionalidade em Doentes com Perturbações Mentais. *Revista Mental Health*. Volume: X N°4 Julho/Agosto.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª edição: Lusociência. Loures.

ANEXO XVII — CARACTERIZAÇÃO DA USFSJT

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - USFSJT

A Unidade de Saúde Familiar São João da Talha (USFSJT), situada na freguesia de S. João da Talha, Concelho de Loures, Distrito de Lisboa, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VI – Loures, constituídos pelos Centros de Saúde de Loures e Sacavém.

O Centro de Saúde de Sacavém localiza-se no concelho de Loures, distrito de Lisboa e abrange uma área geográfica de 32.8 Km², englobando as seguintes freguesias: Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria de Azóia, São João da Talha e Unhos. Residem nestas freguesias um total de 132.512 habitantes, dos quais estão inscritos 121.967 utentes (Censos 2001).

A USFSJT tem como utentes os residentes na sua área de influência, freguesias de S. João da Talha e Bobadela, e garante-lhes a prestação de Cuidados de Saúde (médicos ou de enfermagem) todos os dias úteis, das 8 às 20 horas.

Caracterização da Área Geográfica de Influência

São João da Talha é uma freguesia portuguesa do concelho de Loures, com 5,90 km² de área e 17 970 habitantes (Censos 2001). Densidade demográfica: 3 045,8 h/km². Confina com as freguesias de Unhos, Bobadela, Santa Iria de Azóia e São Julião do Tojal, com o Concelho de Vila Franca de Xira e com o Rio Tejo. A freguesia de São João da Talha é constituída pelo Bairro Alto dos Pinheiros, Bairro Alto da Casa Branca, Bairro dos Arneiros, Bairro Belo Horizonte, Bairro das Cachoeiras, Bairro da Castelhana, Bairro Cova da Igreja, Bairro da Esperança, Bairro das Fontes, Bairro da Fraternidade, Bairro das Maroitas, Bairro dos Moinhos Velhos, Bairro Operário, Bairro das Palmeiras, Bairro Quinta de S. Lourenço, Bairro de S. Vicente, Bairro Cerro de Picão, Bairro Sol-Tejo, Bairro dos Troviscais, Bairro Mariana-Gaitas, Bairro da Vinha Grande, Bairro da Vista Alegre, Massaroca e Vale Figueira.

Bobadela é uma freguesia portuguesa do concelho de Loures, com 3,22 km² de área e 8 577 habitantes (Censos 2001). Densidade demográfica: 2 663,7 h/km². Localizada na zona oriental do concelho, a freguesia da Bobadela é banhada pelos rios Tejo (a leste) e Trancão (a sul e a oeste), sendo que este último a separa das freguesias de Unhos (a oeste) e de Sacavém (a sul e sudoeste); a norte e noroeste faz fronteira com a freguesia de São João da Talha, da qual se desmembrou. Inclui o sítio da Bobadela, e ainda os bairros da Bela Vista, da Cortiça, da Figueira, dos Fojos, da Petrogal, dos Telefones e dos Covões.

Unidades de Saúde Familiar

As Unidades de Saúde Familiar são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2008). Nem todas as USF se encontram no mesmo plano de desenvolvimento organizacional e a diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico (Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Unidade de Saúde Familiar São João da Talha

A 30 de Abril de 2008 é inaugurada a Unidade de Saúde Familiar São João da Talha, como *Modelo A*, sendo constituída por nove médicos, nove enfermeiros e sete administrativos, apostando na cooperação interdisciplinar dos seus membros. Modelo A corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. A partir de 1 de Setembro de 2009 passa a *Modelo B*, indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.

Assume-se “como base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde à população inscrita, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próxima dos cidadãos” (Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2008), pretende melhorar estado de saúde dos seus utentes, através da prestação de cuidados de saúde eficientes, personalizados, continuados, acessíveis e humanizados.

O seu plano de acção desenvolve-se na base do trabalho em equipa e em articulação com os recursos da comunidade, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, a continuidade dos cuidados prestados. As grandes áreas de intervenção da USFSJT e que determinaram as suas prioridades de actuação são:

- Servir as necessidades dos utentes abrangidos pela USF;
- Prestar serviços de qualidade técnico-científica reconhecida;
- Definir metas que coincidam com as preconizadas pela DGS, nas diferentes áreas assistenciais;
- Prestar cuidados preventivos universais a todos os grupos etários e de risco de modo atingir níveis superiores de saúde e bem-estar;
- Trabalhar em permanência na qualidade e uniformização dos registos clínicos, procurando a constante actualização dos ficheiros informáticos;

- Implementação de protocolos para diagnóstico e tratamento das patologias mais prevalentes, com base em *guidelines* reconhecidas e adequadas aos cuidados de saúde primários;
- Promover a formação contínua de todos os profissionais, bem como colaborar na formação de jovens profissionais, na área dos cuidados de saúde primários;
- Avaliação periódica dos profissionais e actividades desenvolvidas, com o objectivo de melhorar continuamente os cuidados prestados e a satisfação dos profissionais e utentes.

O principal objectivo da USF é satisfazer os compromissos relativos à prestação dos cuidados de saúde, desenvolvimento profissional e cooperação interdisciplinar, assegurando acompanhamento nas diferentes áreas: Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde da Mulher; Saúde Materna; Visitação Domiciliária; Vacinação; Tratamentos; Educação para a Saúde.

A 13 de Outubro de 2011 apresentava um total de 16783 utentes inscritos, distribuídos tal como se apresentam na figura 1.

Fig. 1 – Distribuição por médico de família dos utentes inscritos na USFSJT.

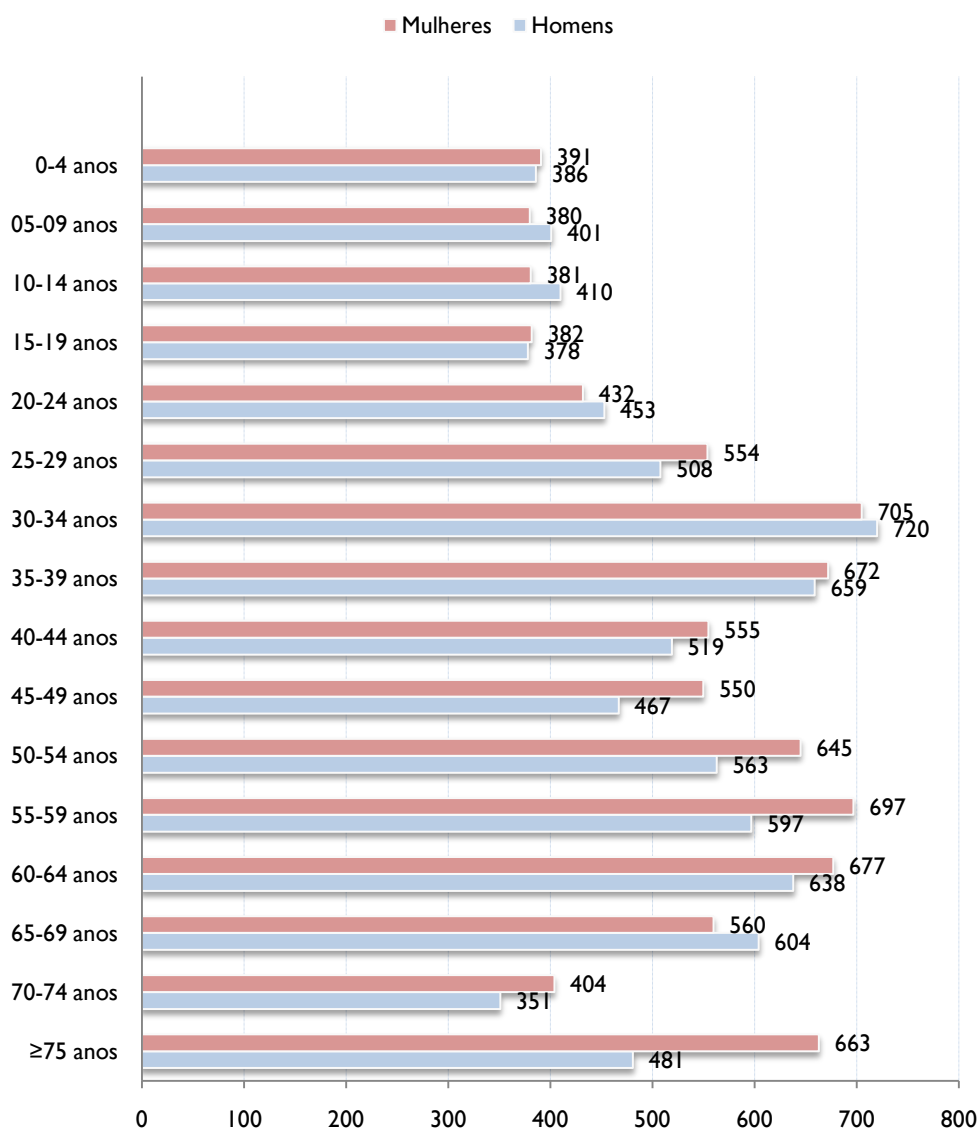
Médico de Família USFSJT	Utentes Inscritos	
	Número	Percentagem (%)
Cristina Silveira	1870	11.14
Fátima Soares	1883	11.22
Helena Freitas	1845	10.99
Isabel Martins	1975	11.77
Inês Fonseca	1860	11.08
Lourdes Baltazar	1847	11.01
Maria João Tiago	1854	11.05
Sandra Amaro	1828	10.89
Sónia Cruz	1821	10.85
Total	16783	100

Fonte: Sinus

A distribuição por sexos e grupos etários dos utentes inscritos na USF de Saúde de S. João da Talha em Outubro de 2011 encontra-se representada na Figura 2. Analisando o

gráfico verifica-se que se trata de uma população mista, equilibrada na distribuição entre sexo masculino (48,47 %) e feminino (51,53 %). A população com idade igual ou superior aos 65 anos representa 18,27% da população total, com prevalência do sexo feminino (53,12%) nesta faixa etária.

Fig. 2 - Distribuição por sexos e grupos etários dos utentes inscritos na USFSJT.



Fonte: SINUS

De acordo com os Censos 2001, o índice de dependência de idosos da população portuguesa era de 103,60%. Assim, verifica-se um elevado índice de envelhecimento da população inscrita na USFSJT (130,40%) em comparação com a população portuguesa. O índice de longevidade (quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos) na USFSJT é de 37,35% para a população total, 33,50% para os

homens e 40,80% para as mulheres, ou seja, regista-se uma proporção muito superior de mulheres na população mais velha.

Fig. 3 - Comparação de índices de dependência e de envelhecimento entre Portugal e a população inscrita na USFSJT.

	Índice de Dependência			Índice de Envelhecimento
	Jovens	Idosos	Total	
USFSJT (SINUS)	13,99%	18,25%	41,70%	130,40%
Portugal (INE)	23,60%	24,50%	48,10%	103,60%

Fonte: SINUS e INE

Verificando uma percentagem significativa de idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) inscritos na USF de S. João da Talha, aliado ao elevado índice de envelhecimento, mostra-se necessário satisfazer as necessidades previstas para este grupo, nomeadamente nas áreas de acompanhamento a doentes com dependência e seus cuidadores.

ANEXO XVIII – ESTUDO: “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha”

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

CNE – Conselho Internacional de Enfermeiras

INE- Instituto Nacional de estatística

PCI – Prestador de Cuidados Informais

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

USFSJT – Unidade de Saúde Familiar São João da Talha

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

INDÍCE

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS	i
0. INTRODUÇÃO	5
I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS AO IDOSO DEPENDENTE.....	7
1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	7
1.2. CUIDADOR INFORMAL E CUIDADOR FAMILIAR	9
1.3. SOBRECARGA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS.....	10
II PARTE: ESTUDO EMPÍRICO	13
2. METODOLOGIA.....	13
2.1. TIPO DE ESTUDO	13
2.2. OBJECTIVOS	13
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	14
2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	15
2.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	16
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	17
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	19
3.1. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL.....	19
3.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	19
3.1.2. CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	21
3.1.3. REDE DE APOIO	23
3.1.4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	24
3.2. SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	25
3.2.2. COTAÇÃO GLOBAL DA ESCALA DE SOBRECARGA DO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS DE ACORDO COM OS PONTOS DE CORTE.....	29
3.2.3. SOBRECARGA OBJECTIVA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS	29
3.2.4. SOBRECARGA SUBJECTIVA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS	31
4. DISCUSSÃO.....	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS.....	41
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO – CONCELHO EXECUTIVO ACES VI LOURES	43
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO - Concelho Clínico ACES VI Loures	47
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO – Coordenação USFSJT	51
ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO – Cuidador Informal.....	55
ANEXO XI – Questionário Cuidador Informal.....	59

0. INTRODUÇÃO

Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências em saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa; sendo esta uma vitória incontestável das sociedades ditas desenvolvidas (Sequeira, 2010). Considerando o envelhecimento demográfico da sociedade atual, constata-se o aumento gradual do número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, dando origem a problemáticas sociais e familiares bastante complexas (Martins *et al*, 2004).

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e a mudança de paradigma no cuidar, passando de um modelo assistencial tendencialmente “hospitalocêntrico” para um modelo com ênfase crescente na família e comunidade, levaram a que se privilegiassem os cuidados ambulatoriais (cuidar em contexto domiciliário), atribuindo a responsabilidade ao cuidador informal, que na maioria das vezes é um familiar próximo. Tal facto deve-se à sobrecarga do sistema de saúde e, por outro lado, mesmo considerando as mudanças no sistema familiar, o domicílio continua a ser o espaço sociocultural natural. Cuidar de um idoso no seu meio será, com certeza, uma situação a ser preservada e estimulada, pois a institucionalização representa sempre uma mudança significativa do modo de vida e uma rutura com o seu meio social de presença, exigindo uma reconstrução da identidade que nem sempre é fácil (Figueiredo, 2007).

Mas a prestação de cuidados poderá interferir adversamente na saúde e bem-estar do cuidador. Na maioria das vezes, este familiar não está ou não se sente devidamente preparado para cuidar do seu ente querido ou encontra-se em sobrecarga psicológica significativa que advém desta responsabilidade, pela relação de proximidade com a pessoa dependente e pela falta de recursos de suporte na comunidade.

A prática profissional permite a identificação de várias deficiências na área da saúde, que de uma outra forma não seriam possíveis identificar. No âmbito do exercício da minha actividade de enfermeira em cuidados de saúde primários, é com grande frequência que contacto com estes cuidadores informais que são utilizados como recursos na prestação de cuidados à pessoa dependente, constituindo figuras importantes na manutenção do seu bem-estar e da qualidade de vida.

Sabe-se no entanto, que os familiares cuidadores de idosos dependentes com doença crónica estão sujeitos a enormes fontes de stress, sendo um grupo de alto risco para o desenvolvimento de problemas físicos e mentais. Neste sentido, torna-se urgente a reflexão sobre a prática de enfermagem, exigido a inclusão da família no plano de cuidados, e que os serviços comunitários intervenham precocemente junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou aliviar a sobrecarga.

Este estudo surge no âmbito dos Módulos I e III do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que incidiram sobre a temática da sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente crónica, no período que decorreu de 26 de Setembro de 2011 a 27 de

Janeiro de 2012, na Unidade de Saúde Familiar São João da Talha. A sua relevância deve-se ao facto de permitir o conhecimento destes PCI com vista à criação de novos projetos direccionados e especializados nesta temática. Assim, este estudo tem como objetivos caracterizar o cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica inscritos na USFSJT e avaliar o nível de sobrecarga objectiva e subjectiva por eles apresentados.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas. Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estudo, no qual é realizado uma breve revisão de conceitos inerentes à problemática da prestação de cuidados informais, constituído por um capítulo sobre a prestação de cuidados informais ao idoso dependente, dividido em três sub-capítulos: o primeiro, é referente à dependência funcional dos idosos numa perspectiva de envelhecimento demográfico; o segundo aborda questões relativas ao cuidado informal e como surge o cuidador familiar; o terceiro, descreve como a prestação de cuidados pode ter um impacto negativo, resultando em sobrecarga do cuidador.

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico, organizando em quatro capítulos principais: o primeiro, onde se descreve aspectos relativos à metodologia do estudo, que engloba os procedimentos realizados nas diferentes etapas do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, os objetivos, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados e sua aplicação, os procedimentos de colheita de dados e as técnicas utilizadas na análise de dados; o segundo capítulo, onde é realizada a apresentação e análise dos resultados, fazendo também uma pequena descrição dos procedimentos estatísticos adotados; e o terceiro capítulo, que se refere à discussão dos resultados.

Por fim, apresentam-se as conclusões que consideradas pertinentes retirar do desenvolvimento do trabalho, apontando os seus contributos e algumas propostas de intervenção face ao cuidador informal.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS AO IDOSO DEPENDENTE

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual (Paúl e Fonseca, 2005). Este envelhecimento acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional (Lage, 2005).

Actualmente verifica-se a tendência crescente para transferir o cuidar da pessoa dependente para o domicílio, atribuindo a responsabilidade ao cuidador informal, que na maioria das vezes é um familiar próximo. Tal facto deve-se à sobrecarga do sistema de saúde e, por outro lado, mesmo considerando as mudanças no sistema familiar, o domicílio continua a ser o espaço sociocultural natural.

Na maioria das vezes, este cuidador não está ou não se sente devidamente preparado para a prestação de cuidados do seu ente querido ou encontra-se em sobrecarga psicológica significativa que advém desta responsabilidade, pela relação de proximidade com a pessoa dependente e pela falta de recursos de suporte.

1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

“Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interacção de factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação, o ambiente em que o sujeito vive. Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto em indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas funções distintas de um mesmo indivíduo (fisiológicas, psicológicas, sociais, etc.).” (Figueiredo, 2007, p.30).

Schroots e Birren (1980) cit. por Paúl (1997) distinguem três categorias de envelhecimento: o biológico, que resulta de um aumento da vulnerabilidade e da maior probabilidade de morrer, a que se designa senescência; o psicológico, determinado pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pela tomada de decisão, adaptando-se ao

processo de senescência; e o social, referente aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade.

A problemática do envelhecimento é indissociável das transformações nos domínios social, económico, cultural e político, que se traduzem num grande desafio para as sociedades contemporâneas. O envelhecimento visto sob a perspectiva demográfica caracteriza-se “pelo aumento da proporção das pessoas idosas em detrimento da população jovem, e excepcionalmente, em detrimento da população em idade activa” (INE, 1999).

Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos apesar de não existir consenso quanto aos limites de idade, dependendo de factores culturais e individuais. Nem todos os organismos internacionais adoptam os mesmos limites, os quais estão ligados ao sistema de ensino, entrada e saída da vida activa, sistemas de reforma em vigor dos países (INE, 1999). A Organização das Nações Unidas (ONU) considera ‘idosa’ toda a população com 60 ou mais anos. Neste trabalho, em concordância com o Conselho da Europa, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e o Instituto Nacional de Estatística (INE), considera-se a pessoa idosa todo o indivíduo com 65 e mais anos.

Actualmente, é crucial reflectirmos sobre o impacto do envelhecimento demográfico da nossa população. Segundo Figueiredo (2007, p.30), “a maioria das pessoas com 65 ou mais anos de idade padece de, pelo menos, uma doença crónica, que poderá limitar a sua autonomia e diminuir a sua qualidade de vida”. Se por um lado o aumento da longevidade é encarado como factor positivo em qualquer sociedade moderna, por outro lado traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas atividades da vida diária.

De uma forma geral, uma situação de dependência traduz-se na necessidade de ajuda para a realização de actividades da vida diária. A dependência pode ser definida como:

“(...) um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998, citado por Figueiredo, 2007).

Esta definição encerra a existência de três factores para se poder falar de dependência: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si as actividades de vida diária; e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros (Figueiredo, 2007).

Sequeira (2010, p.42) refere ainda:

“Uma dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa, neste caso idoso em consequência do aparecimento da complicação de uma patologia ou devido a um acidente. Por vezes, nos idosos, a dependência ainda pode ser agravada devido a outros factores que estão expostos, como a polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas, ambientes inadaptados, etc.”.

Embora o envelhecimento não seja sinónimo de dependência, o facto é que acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional (Lage, 2005), o que conduz à necessidade de cuidados informais.

1.2. CUIDADOR INFORMAL E CUIDADOR FAMILIAR

“O cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta actividade” (Sequeira, 2010).

O cuidador é a pessoa que se dedica a prestar cuidados a outra pessoa, seja ela membro ou não da família que, voluntariamente ou não, com ou sem remuneração. O papel de prestador de cuidados é um tipo de acção interdependente com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família (CNE, 1999 cit. por CNE, 2005).

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: no âmbito do cuidado formal, executada por uma actividade profissional; e no âmbito do cuidado informal (Sequeira, 2010).

No cuidado formal, a prestação de cuidados é habitualmente executada por profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), os quais são designados por cuidadores formais, existindo uma preparação para o desempenho deste papel e estando integrados no âmbito de uma actividade profissional, remunerada e/ou voluntária (Sequeira, 2010).

“O cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem” (Lage, 2005, p.205-206).

As políticas sociais e de saúde actuais privilegiam a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, tornando o cuidado informal particularmente relevante pois os serviços de saúde e sociais revelam-se manifestamente insuficientes e mesmo inadequados na resposta às necessidades das famílias com pessoas dependentes (Lage, 2005).

O cuidador informal pode ser: primário ou principal, secundário e terciário. O cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade da prestação de cuidados (supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente o idoso), realizando a maior parte dos cuidados; o cuidador secundário é aquele que ajuda na prestação dos cuidados de forma ocasional, mas não tem a responsabilidade de cuidar, habitualmente são familiares que

dão apoio ao cuidador informal principal; o cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho que ajuda esporadicamente ou quando solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (Sequeira, 2010). É de salientar, que neste estudo quando se fala no cuidador informal é considerado o conceito anteriormente definido como os cuidadores informais primários.

Segundo Lage (2005), cuidar faz parte da história, experiência e valores da família, e a sua função assistencial tem estado intimamente vinculada à família. A mesma autora refere ainda que, com o aumento crescente do número de pessoas portadoras de grandes incapacidades funcionais a necessitarem de cuidados a longo prazo, as famílias são chamadas a prestar, cada vez mais, cuidados complexos por longos períodos de tempo.

Mas a prestação de cuidados poderá interferir adversamente na saúde e bem-estar do cuidador. Na maioria das vezes, este familiar não está ou não se sente devidamente preparado para cuidar do seu ente querido ou encontra-se em sobrecarga psicológica significativa que advém desta responsabilidade, pela relação de proximidade com a pessoa dependente e pela falta de recursos de suporte na comunidade.

1.3. SOBRECARGA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de prestação de cuidados ao idoso como algo de emocionalmente gratificante ou mesmo uma oportunidade de enriquecimento pessoal, de facto tal tarefa tem consequências negativas (Figueiredo, 2007).

A prestação informal de cuidados é uma tarefa complexa e exigente, que resulta num conjunto de situações e vivências, inseridas num contexto histórico, social, político, económico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido. Se este cuidar se prolongar durante um longo período de tempo pode levar à exaustão física e psicológica e interferir adversamente na saúde e bem-estar do cuidador.

“O cuidar está associado a um conjunto de agentes “stressores”, que são mediados pela relação da prestação de cuidados e da qual pode resultar, em maior ou menor intensidade, sobrecarga e/ou satisfação do cuidador” (Sequeira, 2010).

O termo sobrecarga vem de uma tradução do termo inglês ‘burden’, e a sua definição refere-se ao conjunto das consequências negativas que ocorrem na sequência da prestação de cuidados.

Vários autores conceptualizam as repercussões associadas ao cuidar em sobrecarga objectiva e sobrecarga subjectiva (Sequeira, 2010) A sobrecarga objectiva diz respeito à situação de doença e incapacidade, à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e tipo de dependência e comportamento do doente, às consequências ou impacte nas várias dimensões de vida do cuidador (familiar, social, económica, profissional); a sobrecarga

subjectiva resulta das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar (Figueiredo, 2009).

A complexidade e a natureza dinâmica da prestação de cuidados coloca grandes desafios aos profissionais de saúde na implementação um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cuidador em risco ou em situação de sobrecarga.

“A vasta investigação em torno da prestação de cuidados tem destacado a complexidade, especificidade e diversidade desta experiência. Não se pode estabelecer um único padrão de adaptação e enfrentamento perante as diversas situações da prestação de cuidados. Os cuidadores familiares diferem no tipo de motivação ou situação que os levou a assumir tais responsabilidades, nas capacidades e competências para o cuidado, nos recursos de que dispõem, no modo como aceitam os cuidados que lhes estão a ser prestados” (Figueiredo, 2007, p.149).

Neste sentido, é essencial que o enfermeiro actue de acordo com a singularidade de cada situação e esteja atento e conceba estratégias de empoderamento adaptadas que permitam ao cuidador desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.

Segundo Martins *et al* (2004), a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, assim como a sua permanência na comunidade.

Mas, apesar destes constituem um grupo de extrema importância na prestação de cuidados ao idoso dependente, com necessidades de incentivo e de ajuda, nas situações em que sentem dificuldades, os apoios estruturados das organizações de saúde, tendo como alvos os cuidadores informais, ainda são pontuais, o que não permitem otimizar o seu potencial (Sequeira, 2010).

“A intervenção nas áreas sociais e de saúde continua a assumir uma perspectiva individualizada, ou seja, centrada no cliente. Apesar do discurso teórico e prático que enfatiza as redes sociais, a comunidade e a família como elementos a ter em consideração em qualquer acção de apoio, os profissionais acabam por centrar o cliente e usar os outros elementos como recursos. Ou seja, procura-se que ajudem na prestação de cuidados e apoios necessários, mas esquece-se o impacte que, seja qual for o problema, tem nessas pessoas” (Sousa e Lima *in* Figueiredo,2007, p.17).

É urgente a criação de novos recursos de apoio destinados aos PCI, nomeadamente, programas comunitários de educação e suporte que permitam que os cuidadores recebam informação, aconselhamento e suporte, tornando-os mais aptos para a prestação de cuidados e, conseqüentemente, mais capazes de obter resultados mais satisfatórios para si e para os idosos dependentes.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

Neste capítulo encontram-se descritos, objectiva e sistematicamente, os procedimentos realizados nas diferentes etapas do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, o objectivo, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados e sua aplicação, os procedimentos de colheita de dados e as técnicas utilizadas na análise de dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Tendo como questão inicial “**Qual o nível de sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar de S. João da Talha?**”, esta investigação apresenta um estudo quantitativo de tipo descritivo e exploratório, transversal e não experimental.

Trata-se de um estudo quantitativo pois visa identificar a existência do fenómeno sobrecarga do PCI pela análise de dados numéricos.

Exploratório-descritivo pois tem como objectivo definir as características da população e do fenómeno, através do recurso a um método de colheita de dados frequente: o questionário.

Transversal, porque a avaliação é feita num determinado momento temporal (Novembro de 2011).

2.2. OBJECTIVOS

Considerando a problemática da prestação de cuidados a idosos dependentes e o seu impacto na saúde mental dos prestadores de cuidados, pretende-se com este estudo desenvolver sobre algumas questões relacionadas com a saúde e o bem-estar destes cuidadores.

Assim, este estudo tem como objectivos identificar as características do cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica e avaliar o nível de sobrecarga objectiva e subjectiva por eles apresentados.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Por questões relacionadas com a acessibilidade escolheu-se como população alvo todos os cuidadores informais de idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar de S. João da Talha que usufruam ou já tenham usufruído de visita domiciliária pela equipa de enfermagem, sinalizados pelos médicos e enfermeiros de família. Esta escolha deve-se ao facto da autora trabalhar nesta USF e realizar visitação domiciliária, consequentemente, já estabeleceu contacto com a maioria dos participantes do estudo, o que efectivamente facilitou todo o processo de colheita de dados. Além disso, a necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio foi considerado como indicador de se tratar de situações de alguma dependência por parte dos idosos, que naturalmente justificariam o envolvimento de PCI.

Após a autorização solicitada à Direção do ACES VI Loures (ANEXO I e II) e à Coordenação da USF S. João da Talha (ANEXO III), foi realizada a pesquisa de utentes, por médico de família, através do sistema informático *Vitacare* (adotado pela USF) que reuniam os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos de idade;
- Ter pelo menos uma visita domiciliária pela equipa de enfermagem.

Esta escolha destes critérios de pesquisa deve-se ao facto de não existir um diagnóstico que permita a identificação de todos os utentes que reúnem os critérios desejados para inclusão no estudo. De seguida, foram contactados os médicos e enfermeiros de família, que tinham conhecimento prévio do estudo, e foi solicitado que identificassem os utentes portadores de doença crónica dependentes.

Foram identificados 92 utentes portadores de doença crónica dependentes, dos quais foram seleccionados 28 para a aplicação do questionário.

Deste modo, o estudo foi realizado com base numa amostra não probabilística, segundo o método de amostragem acidental, de acordo com a sua acessibilidade e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, e que reuniam os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser o cuidador principal da pessoa idosa dependente com idade igual ou superior a 65 anos;
- Prestar cuidados por um período igual ou superior a seis meses;
- Estar apto para responder ao questionário;
- Assinar o consentimento informado (ANEXO IV).

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o '**Questionário ao Cuidador Informal do Idoso Dependente com Doença Crónica**' (ANEXO V), dividido em duas partes: 'Identificação do Cuidador Informal' e 'Escala de Sobrecarga do Cuidador'.

A primeira parte é constituída por 15 itens que, para além dos dados sociodemográficos sobre o cuidador, incidem também sobre o contexto da prestação de cuidados, a rede de apoio e o estado de saúde dos PCI. Assim, nas variáveis sociodemográficas considerou-se o género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação do PCI perante o trabalho (itens 1 a 5). Segue-se uma breve caracterização do contexto da prestação de cuidados, na qual se apurou a relação do PCI com o doente, situação ou não de coabitação com o idoso dependente, há quanto tempo se iniciou esta situação, e a quantidade de horas diárias dedicadas à prestação de cuidados (itens 6 a 9). A rede de apoio dos PCI compreende os apoios e tipos de apoio que o PCI recebe (itens 10 a 11). As questões 12 a 15 foram retiradas do questionário administrado no âmbito do estudo realizado por Brito (2002) sobre a saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos, e incidem sobre comportamentos de doença (estado de saúde, consumo de medicação para 'acalmar os nervos' e para 'dormir', e história de tratamentos anteriores por 'doença nervosa').

A segunda parte, é constituída pela Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira a partir da *Burden Interview Scale* (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002). Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido a 22 questões. Permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal, incluindo informação sobre quatro factores (Sequeira, 2007):

- **Impacto de prestação de cuidados:** agrupa os itens que dizem respeito à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados directos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados directos no contexto do cuidador, sendo estes (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).
- **Relação interpessoal:** agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente receptora de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associado às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes (4,5,16,18 e 19).
- **Expectativas face ao cuidar:** agrupa os itens relativos à prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens (7,8,14 e 15).

- **Percepção de auto-eficácia:** relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens (20 e 21).

De acordo com Sequeira (2007), cada item da escala é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; muitas vezes = 4 e quase sempre = 5. Nesta versão (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, assim:

- Valor inferior a 46 - sem sobrecarga;
- Valor entre 46 a 56 - sobrecarga ligeira;
- Valor superior a 56 - sobrecarga intensa.

2.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada entre 14 a 18 de Novembro de 2011, em contexto domiciliário, junto dos cuidadores informais dos idosos dependentes com doença crónica, inscritos na USFSJT e que residem na área de influência da mesma.

Foi solicitada a todos os participantes a sua declaração de consentimento informado, após esclarecimento e informação acerca da importância e tipo de estudo, do seu objectivo, da necessidade da sua participação voluntária, garantindo o seu anonimato, e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, sem qualquer prejuízo.

O questionário foi elaborado por forma a ser possível o preenchimento pelos próprios prestadores de cuidados mas, tendo em atenção o baixo nível de escolaridade de muitos dos elementos da população, bem como o grau de dificuldade que o preenchimento do instrumentos poderia representar, colocou-se desde logo a possibilidade de os questionários poderem ser respondidos com ajuda parcial ou total do profissional de saúde que estivesse em contacto com o inquirido.

A aplicação do questionário aos PCI foi, na sua maioria (64,3%), aplicado pelo próprio autor do estudo, que contactou previamente por telefone os seleccionados de modo a confirmar a sua disponibilidade e vontade em participar no estudo. Em relação aos PCI que constituíram a amostra, cuja colheita de dados foi realizada por outros enfermeiros da USF (25%), não foi estabelecido contacto telefónico na medida em que se encontravam, no momento da aplicação do questionário, a usufruir de cuidados de enfermagem no domicílio. A estes enfermeiros foi efectuada uma explicação prévia do estudo, garantindo-se o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir sobre o seu preenchimento. Apenas 10,7% dos questionários foram preenchidos pelos próprios inquiridos, que tiveram possibilidade de contactar o autor do estudo se considerassem necessário.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados colhidos foram introduzidos e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 para Windows 7.

Os resultados obtidos através da colheita de dados da Identificação do Cuidador Informal encontram-se dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e relativas.

Os resultados obtidos na Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) encontram-se dispostos (em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e relativas) e analisados de forma agrupada, de acordo com os quatro principais factores de sobrecarga (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção de auto-eficácia); cotação global da escala de sobrecarga do cuidador; e sobrecarga objetiva e subjetiva.

Os questionários aplicados foram sujeitos a codificações por um número editor e tratados separadamente da base geral, de modo a garantir a sua confidencialidade.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Pretende-se com este capítulo realizar a apresentação dos dados obtidos, organizados em duas partes de acordo com os grupos de parâmetros em estudo, de modo a facilitar a análise dos resultados.

A primeira parte reporta-se aos resultados relativos à identificação dos cuidadores informais, em termos da sua caracterização sociodemográfica, contexto da prestação de cuidados, rede de apoio e estado de saúde dos PCI.

A segunda parte refere-se à apresentação dos resultados relativos à sobrecarga do cuidador informal, onde se analisa os quatro principais factores de sobrecarga (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar percepção de auto-eficácia); a cotação global da escala de sobrecarga do cuidador; e os níveis de sobrecarga do cuidador de acordo com a sobrecarga objectiva e subjectiva.

3.1. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Neste subcapítulo, é realizada a apresentação e análise dos resultados obtidos pela aplicação do questionário de Identificação do Cuidador Informal aos PCI de idosos dependentes com doença crónica inscritos na USF S. João da Talha.

Com a análise dos dados obtidos pelo instrumento de colheita de dados pretende-se caracterizar os cuidadores informais e conhecer o contexto da prestação de cuidados, a rede de apoio e o seu estado de saúde.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A Tabela 1 tem por base os dados obtidos através dos Itens 1 a 5 da Identificação do Cuidador Informal, que representa a caracterização sociodemográfica da amostra dos PCI, apresentando a sua distribuição de acordo com o género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação perante o trabalho.

Pode observar-se que a distribuição dos PCI da amostra, de acordo com o género, é muito assimétrica. É evidente o predomínio do sexo feminino na prestação dos cuidados: 75% são mulheres (21) e 25% são homens (7).

Quanto às idades dos PCI, a amostra apresenta uma distribuição bastante heterogénea, sendo na sua maioria também eles idosos: 75% (21) da amostra tem idade igual ou superior a 65 anos. Apenas 1 (3,6%) se apresenta na faixa etária dos 30 aos 39 anos, e 6 (21,4%) com idades compreendidas entre os 50 e 64 anos.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a grande maioria (82,1%) dos PC referiu ser casado. Apenas 1 (3,6%) referiu ser solteiro, 2 (7,1%) se encontravam em união de facto e 2 (7,1%) ser separado/divorciado.

Podemos ainda observar que, no que respeita às habilitações literárias, que 4 (14,3%) dos PCI que constituem a amostra referiram não ter escolaridade; 1 (3,6%) referiu apenas saber assinar; 5 (17,9%) sabem apenas ler e escrever; 15 (53,6%) referiram ter completado o 1º ciclo do ensino básico; 0,0% terminou a sua escolaridade com o 2º ciclo do ensino básico; e 2 (7,1%) concluíram a sua escolaridade com o 3º ciclo do ensino básico; e apenas 1 (3,6%) completou o ensino secundário. Na amostra não consta ninguém que tenha frequentado curso médio ou superior.

Ao cruzar as habilitações literárias com as idades verifica-se que, com base na amostra, os PCI que referiram não ter escolaridade ou apenas saber assinar apresentam idade igual ou superior a 65 anos, não tendo nenhum deles frequentado qualquer estabelecimento de ensino. Os PCI que referiram saber ler e escrever apresentam também uma faixa etária igual ou superior a 65 anos, e referindo ter frequentado o 1º ciclo do ensino básico, apesar de não o ter concluído. O PCI que apresenta maior escolaridade (ensino secundário), é o único indivíduo que se encontra na faixa etária igual ou superior a 30 anos e inferior a 40 anos (a faixa etária mais baixa representada pela amostra).

No que respeita à situação dos PCI perante o trabalho, verifica-se que na amostra não consta nenhum PCI na condição de estudante. A maioria (60,7%) dos PCI referiu ser reformado/aposentado, seguindo-se os que se apresentavam na condição de domésticos (25%). Apenas 2 dos PCI (7,1%) apresentavam-se empregados e 2 (7,1%) desempregados. Ao cruzar o género com a situação perante o trabalho verifica-se que, na amostra, todos os PCI do género masculino (25%) referiram estar reformados/aposentados.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos prestadores de cuidados informais.

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Género</i>		
<i>Masculino</i>	7	25,0
<i>Feminino</i>	21	75,0
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Idade</i>		
<i>≥18 e <30</i>	0	0,0
<i>≥30 e <40</i>	1	3,6
<i>≥40 e <50</i>	0	0,0
<i>≥50 e <65</i>	6	21,4
<i>≥65</i>	21	75,0
<i>Total</i>	28	100,0

Estado Civil		
<i>Solteiro</i>	1	3,6
<i>Casado</i>	23	82,1
<i>União de facto</i>	2	7,1
<i>Viúvo</i>	0	0,0
<i>Separado/Divorciado</i>	2	7,1
<i>Total</i>	28	100,0
Habilitações Literárias		
<i>Sem escolaridade</i>	4	14,3
<i>Sabe assinar</i>	1	3,6
<i>Sabe ler e escrever</i>	5	17,9
<i>1º ciclo ensino básico</i>	15	53,6
<i>2º ciclo ensino básico</i>	0	0,0
<i>3º ciclo ensino básico</i>	2	7,1
<i>Ensino secundário</i>	1	3,6
<i>Curso médio</i>	0	0,0
<i>Curso superior</i>	0	0,0
<i>Total</i>	28	100,0
Situação perante o trabalho		
<i>Empregado</i>	2	7,1
<i>Desempregado</i>	2	7,1
<i>Doméstico</i>	7	25,0
<i>Reformado/Aposentado</i>	17	60,7
<i>Outro</i>	0	0,0
<i>Total</i>	28	100,0

3.1.2.CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A Tabela 2 tem por base os dados obtidos através dos Itens 6 a 9 da Identificação do Cuidador Informal, que representa a caracterização do contexto da prestação de cuidados, apresentando a distribuição dos PCI de acordo com a relação com o doente, coabitação ou não, o tempo desde que é o cuidador principal e o número de horas que ocupa por dia a cuidar da pessoa dependente.

No que respeita à relação do PCI com o doente, verifica-se que 67,9% dos inquiridos referiu ser conjugue da pessoa dependente; seguido de 21,4% que se encontravam a prestar cuidados ao seu pai ou mãe; 3,6% referiu ser irmão ou irmã; 3,6% referiu ser prestador de cuidados do sogro ou sogra; e 3,6% encontravam-se a prestar cuidados a um tio ou tia, englobado no tipo de parentesco 'outros'.

A coabitação é a modalidade prevalente com 96,4% da amostra dos PCI. Apenas 1 inquirido (3,6%) não reside na mesma morada. Ao cruzar a coabitação ou não com o agregado familiar, verifica-se que:

- Dos PCI que vivem no mesmo domicílio que a pessoa a quem presta cuidados, a grande maioria (70,4%) referiu ser conjuge da pessoa dependente; seguido de 22,2% da amostra que referiu ser filho(a); 3,7% referiu ser irmão(a) e 3,7% referiu ser genro/nora;
- O único PCI que não vive no mesmo domicílio que a pessoa a quem presta cuidados referiu ser sobrinha do mesmo.

Na maior parte dos casos (46,4%) a situação de prestação de cuidados tinha um tempo de duração superior a 2 anos e inferior ou igual a 5 anos; seguindo-se o número de casos (42,9%) cuja situação se prolonga há mais de 5 anos; e apenas 10,7% dos casos os PCI referiu que esta situação dura entre um período superior a 6 meses e inferior ou igual a 12 meses.

Relativamente ao número de horas que os PCI ocupam a cuidar da pessoa dependente, verifica-se que apenas 35,7% da amostra despendem até 4 horas; 35% despendem entre 4 a 6 horas e 28,6% ocupam mais do que 6 horas por dia.

Tabela 2 – Caracterização do contexto da prestação de cuidados.

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Relação com o doente</i>		
<i>Conjuge</i>	19	67,9
<i>Filho(a)</i>	6	21,4
<i>Genro/Nora</i>	1	3,6
<i>Irmão(ã)</i>	1	3,6
<i>Outro</i>	1	3,6
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Vive no mesmo domicílio que a pessoa a quem presta cuidados?</i>		
<i>Sim</i>	27	96,4
<i>Não</i>	1	3,6
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Há quanto tempo é o cuidador principal da pessoa dependente?</i>		
<i>>6 e <=2 meses</i>	3	10,7
<i>>2 e <=5 anos</i>	13	46,4
<i>>5 anos</i>	12	42,9
<i>Total</i>	28	100,0

Em média, quantas horas por dia ocupa a cuidar desta pessoa?		
<=2 horas	1	3,6
>2 e <=4 horas	9	32,1
>4 e <=6 horas	10	35,7
>6 horas	8	28,6
<i>Total</i>	28	100,0

3.1.3. REDE DE APOIO

A Tabela 3 tem por base os dados obtidos através dos Itens 10 e 11 da Identificação do Cuidador Informal, que representa a caracterização da rede de apoio dos PCI, apresentando a sua distribuição de acordo com os apoios e tipos de apoio que recebe.

Dos inquiridos, 12 (42,9%) referiram que não recebem qualquer tipo de apoio à prestação de cuidados. Os 16 (62,5%) PCI que responderam receber apoios, apresentam as respostas distribuídas do seguinte modo:

- 7 PCI referiram ter apenas apoio familiar;
- 4 PCI referiram ter apoio familiar e domiciliário;
- 3 PCI referiram ter apenas apoio domiciliário;
- Apenas 1 PCI referiu ter apoio do centro de dia;
- 1 PCI referiu 'outros', especificando o apoio de uma empregada doméstica uma vez por semana.

Relativamente aos tipos de apoio, a maioria (42,9%) referiram que não recebem qualquer tipo de apoio à prestação de cuidados, constituindo o mesmo grupo que respondeu não receber qualquer tipo de apoio. Os 16 (62,5%) PCI que responderam receber apoios, apresentam os tipos de apoio recebidos distribuídos do seguinte modo:

- 7 PCI referiram ter apoio na higiene da pessoa dependente;
- 3 PCI referiram 'outros', especificando o apoio pontual na mobilização e higiene da pessoa dependente;
- 1 PCI referiu ter apoio apenas na higiene da habitação;
- 1 PCI referiu ter apoio na higiene da habitação, higiene da roupa, higiene da pessoa dependente e na alimentação;
- 1 PCI referiu ter apoio na higiene da habitação, higiene da roupa e higiene da pessoa dependente;
- 1 PCI referiu ter apoio na higiene da habitação, higiene da roupa e económica;

- 1 PCI referiu ter apoio na higiene da habitação e na alimentação;
- 1 PCI referiu ter apoio na higiene da pessoa dependente e na alimentação.

Tabela 3 – Caracterização da rede de apoio dos prestadores de cuidados informais.

	Respostas		Percentagem de Casos
	Frequência	Percentagem	
Que apoios recebe?			
Familiares	11	34,4%	39,3%
Centro de dia	1	3,1%	3,6%
Apoio domiciliário	7	21,9%	25,0%
Outros	1	3,1%	3,6%
Nenhum	12	37,5%	42,9%
Total	32	100,0%	114,3%
Que tipos de apoio recebe?			
Higiene habitacional	5	13,5%	17,9%
Higiene de roupa	3	8,1%	10,7%
Higiene da pessoa dependente	10	27,0%	35,7%
Alimentação	3	8,1%	10,7%
Económico	1	2,7%	3,6%
Outros	3	8,1%	10,7%
Nenhum	12	32,4%	42,9%
Total	37	100,0%	132,1%

3.1.4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A Tabela 4 tem por base os dados obtidos através dos Itens 12 a 15 da Identificação do Cuidador Informal, que representa a caracterização do estado de saúde dos PCI.

Quando questionados acerca do próprio estado de saúde, a maioria (53,6%) classificou-o como 'Fraco'; seguindo-se 42,9% que descreveu o seu estado de saúde como 'Razoável'; enquanto apenas 3,6% dos inquiridos classificou-o como 'Bom'. `de salientar que nenhum o classificou como 'Muito Bom'.

Relativamente à toma regular de medicação para 'acalmar os nervos', a maioria (67,9%) respondeu negativamente, e dos 9 inquiridos que responderam afirmativamente (32,1%), apenas 6 especificaram os medicamentos utilizados (Benzodiazepinas, Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina e Antidepressivos Tricíclicos).

A maioria (64,3%) da amostra de PCI referiu não tomar regularmente medicação 'para dormir', tendo apenas 35,7% dos inquiridos respondido afirmativamente, dos quais 8 identificaram os medicamentos utilizados (Benzodiazepinas).

Dos inquiridos, a maioria (71,4%) respondeu nunca ter realizado qualquer tratamento 'por doença nervosa'. Dos 8 (28,6%) PCI que responderam afirmativamente, apenas 3 especificaram a medicação utilizada (Benzodiazepinas, Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina e Antidepressivos Tricíclicos).

Tabela 4 – Caracterização do estado de saúde dos prestadores de cuidados informais.

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Como considera o seu estado de saúde?</i>		
<i>Bom</i>	1	3,6
<i>Razoável</i>	12	42,9
<i>Fraco</i>	15	53,6
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Toma regularmente medicação para acalmar os nervos?</i>		
<i>Sim</i>	9	32,1
<i>Não</i>	19	67,9
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Toma regularmente medicação para dormir?</i>		
<i>Sim</i>	10	35,7
<i>Não</i>	18	64,3
<i>Total</i>	28	100,0
<i>Já teve de fazer algum tratamento por doença nervosa?</i>		
<i>Sim</i>	8	28,6
<i>Não</i>	20	71,4
<i>Total</i>	28	100,0

3.2. SOBRECARGA DO CUIDADOR

Neste subcapítulo, encontram-se descritos os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) aos PCI de idosos dependentes com doença crónica inscritos na USF S. João da Talha.

Inicialmente, é realizada a análise dos quatro principais factores de sobrecarga: impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas face ao cuidar; percepção de auto-eficácia.

De seguida, é descrita a cotação global da escala de sobrecarga do cuidador.

Por fim, é realizada a análise dos níveis de sobrecarga do cuidador de acordo com a sobrecarga objectiva e subjectiva.

3.2.1. PRINCIPAIS FACTORES DE SOBRECARGA

A Tabela 5 reporta-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor “**Impacto da prestação de cuidados**”, e tem por base os dados obtidos através dos itens relativos ao impacto dos cuidados directos no contexto do cuidador (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).

Todos os itens apresentam níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase sempre – níveis 3 a 5) em mais de 50% dos PCI da amostra, com a excepção do item 13 (42,9%).

Verifica-se que os 3 itens que mostram níveis mais elevados de sobrecarga, com os níveis 4 e 5 em termos quantitativos (muitas vezes e quase sempre), em mais de 50% dos inquiridos são:

- Item 10: “Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar”, (85,7%);
- Item 22: “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar”, (78,5%);
- Item 9: “ Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar”, (75%).

Tabela 5 – Factor: “Impacto da prestação de cuidados”.

Impacto da Prestação de Cuidados						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	25.0	7.1	35.7	28.6	3.6
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.0	3.6	39.3	50.0	7.1
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3.6	0.0	25.0	50.0	21.4
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	10.7	14.3	39.3	28.6	7.1
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.0	7.1	17.9	75.0	0.0
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	3.6	10.7	82.1	3.6
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.0	17.9	35.7	35.7	10.7

12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	7.1	53.6	28.6	10.7
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	28.6	28.6	28.6	10.7	3.6
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	3.6	10.7	35.7	42.9	7.1
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.4	7.1

A Tabela 6 reporta-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor “**Relação interpessoal**”, e tem por base os dados obtidos através dos itens relativos ao impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais (4,5,16,18 e 19).

Todos os itens apresentam níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase sempre – níveis 3 a 5) em mais de 50% dos PCI da amostra, à exceção do item 4 ao qual 60,7% respondeu “Nunca”.

O item 16 “Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?” evidencia-se dos restantes por demonstrar os níveis mais elevados de sobrecarga, com os níveis 4 e 5 em termos quantitativos (muitas vezes e quase sempre) em 50% dos inquiridos.

Tabela 6 – Factor: “Relação interpessoal”.

Relação Interpessoal						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	60.7	28.5	3.6	3.6	3.6
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	10.7	17.9	57.1	10.7	3.6
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	3.6	3.6	42.8	46.4	3.6
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	14.3	21.4	35.7	25.0	3.6
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.0	7.1	64.3	28.6	0.0

A Tabela 7 reporta-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor “**Expectativas Face ao Cuidar**”, e tem por base os dados obtidos através dos itens: 7, 8, 14 e 15.

Neste fator, pode-se verificar que todos os itens apresentam níveis muito elevados de sobrecarga (muitas vezes e quase sempre – níveis 4 e 5) em mais de 75% dos PCI da amostra, dos quais se destacam:

- Item 7: “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?” com 71,5% de respostas com a classificação qualitativa “Muitas vezes”;
- Item 8: “Considera que o seu familiar está dependente de si?” que obteve 57,1% das repostas com a classificação qualitativa “Quase sempre”.

Tabela 7 – Factor: “Expectativas Face ao Cuidar”.

Expectativas Face ao Cuidar						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.5	7.1
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.0	0.0	7.1	35.8	57.1
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.0	10.7	3.6	57.1	28.6
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.0	7.1	10.7	64.3	17.9

A Tabela 8 reporta-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor “**Percepção de Auto-eficácia**”, e tem por base os dados obtidos através dos itens relacionados com a opinião do cuidador face ao seu desempenho (itens: 20 e 21).

Em comparação com os factores anteriores, este apresenta os níveis mais moderados de sobrecarga. Verifica-se que, apesar de ambos os itens apresentarem 50% das respostas com a classificação qualitativa “Às vezes”, os itens 20 e 21 obtiveram, respetivamente, 39,3% e 38,9% das repostas com a classificação qualitativa “Nunca” e “Quase nunca”, o que sugere uma avaliação positiva por parte dos inquiridos no que respeita ao desempenho do papel de PCI.

Tabela 8 – Factor: “Percepção de Auto-eficácia”.

Percepção de Autoeficácia						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	25.0	14.3	50.0	10.7	0.0
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	21.4	17.5	50.0	7.1	0.0

3.2.2. COTAÇÃO GLOBAL DA ESCALA DE SOBRECARGA DO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS DE ACORDO COM OS PONTOS DE CORTE

Neste ponto, é analisado o resultado da soma das pontuações quantitativas de cada um dos 22 itens (de 1 a 5), cujo *score* global pode variar entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 - Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 - Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 - Sobrecarga intensa.

Ao analisar a Tabela 9, verifica-se que estamos perante uma população de PCI com níveis muito elevados de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte, em que 89,3% apresentam níveis de sobrecarga intensa e apenas 10,7% apresentam níveis de sobrecarga ligeira.

Tabela 9 – Cotação global da escala de sobrecarga do dos prestadores de cuidados informais de acordo com os pontos de corte.

<i>Nível de Sobrecarga</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Sem Sobrecarga</i>	0	0,0%
<i>Sobrecarga Ligeira</i>	3	10,7%
<i>Sobrecarga Intensa</i>	25	89,3%
<i>Total</i>	28	100,0%

3.2.3. SOBRECARGA OBJECTIVA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A sobrecarga objectiva dos cuidadores baseia-se na análise dos factores relativos ao “Impacto da prestação de cuidados” e à “Relação interpessoal”.

No global, os cuidadores apresentam elevados níveis de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase sempre – níveis 4 a 5 em ternos quantitativos), sendo estes assinalados por mais de 50% dos indivíduos em todos os itens, à exceção do item 4 (60,7%): “ Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?”.

Deste modo, optou-se analisar, os itens que dão maior contributo para níveis mais elevados de sobrecarga (mais de 50% dos PCI referem muitas vezes ou quase sempre – nível 4 e 5 em ternos quantitativos):

- Item 2: “Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas”, (57,1%);
- Item 3: “Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer”, (71,4%);
- Item 9: “ Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar”, (75%);
- Item 10: “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar”, (85,7%);
- Item 22: “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar”, (78,5%).

É de salientar que todos os itens supracitados são relativos ao factor “**Impacto da prestação de cuidados**”, considerando que este factor é o que dá um maior contributo para a sobrecarga.

Apesar dos níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase sempre em mais de 50% dos PCI da amostra), o factor “**Relação interpessoal**” apresenta níveis mais baixos do que o anterior. Em oposição aos restantes itens, 60,7% dos inquiridos respondeu que nunca se sente envergonhado pelo comportamento do seu familiar.

De um modo geral, verifica-se que, relativamente ao nível da sobrecarga objectiva dos PCI, estes apresentam níveis de sobrecarga elevada na maioria dos itens, em particular no factor “**Impacto da prestação de cuidados**”. Pode-se depreender que, em relação aos idosos dependentes com doença crónica, os cuidadores são menos afectados negativamente pelas relações interpessoais, revelando que, apesar da elevada sobrecarga e sentimento de incapacidade na manutenção da prestação de cuidados por um período prolongado de tempo, na maioria das vezes os PCI consideram desejar continuar a cuidar do seu familiar.

Tabela 10 – Score médio da sobrecarga objectiva dos prestadores de cuidados informais.

Sobrecarga Objectiva						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	25.0	7.1	35.7	28.6	3.6
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.0	3.6	39.3	50.0	7.1
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3.6	0.0	25.0	50.0	21.4
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	60.7	28.5	3.6	3.6	3.6

5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	10.7	17.9	57.1	10.7	3.6
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	10.7	14.3	39.3	28.6	7.1
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.0	7.1	17.9	75.0	0.0
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	3.6	10.7	82.1	3.6
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.0	17.9	35.7	35.7	10.7
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	7.1	53.6	28.6	10.7
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	28.6	28.6	28.6	10.7	3.6
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	3.6	3.6	42.8	46.4	3.6
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	3.6	10.7	35.7	42.9	7.1
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	14.3	21.4	35.7	25.0	3.6
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.0	7.1	64.3	28.6	0.0
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.4	7.1

3.2.4. SOBRECARGA SUBJECTIVA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A subjectividade da sobrecarga dos cuidadores é analisada através dos factores referentes às “**Expectativas face ao cuidar**” e à “**Percepção de auto-eficácia**”. Assim, constatamos que a sobrecarga subjectiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em termos quantitativos), sendo todos os itens assinalados por mais de 50% dos PCI inquiridos, do quais se destacam:

- Item 7: “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”, (100%);
- Item 8: “Considera que o seu familiar está dependente de si?”, (100%).

O factor “**Percepção de auto-eficácia**” apresenta os níveis mais moderados de sobrecarga, dado que, apesar de ambos os itens apresentarem 50% das respostas com a classificação qualitativa “Às vezes”, os itens 20 e 21 obtiveram, respetivamente, 39,3% e 38,9% das repostas com a classificação qualitativa “Nunca” e “Quase nunca”, o que sugere uma avaliação positiva por parte dos inquiridos no que respeita ao desempenho do papel de PCI.

Pode-se perceber que os cuidadores sentem receio face às suas expectativas relativas à prestação de cuidados, no que diz respeito à dependência dos seus familiares, aos encargos económicos, revelando grande receio pelo futuro do idoso dependente. No entanto, revelam uma percepção satisfatória relativamente à sua eficácia no papel de cuidadores, considerando

que dão o seu melhor, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar, como a auto satisfação pelo “dever cumprido” em cuidar o melhor possível do seu familiar.

Tabela 11 – Score médio da sobrecarga subjectiva dos prestadores de cuidados informais.

Sobrecarga Subjectiva						
N.º	Itens	Respostas (%), N=28				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.0	0.0	21.4	71.5	7.1
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.0	0.0	7.1	35.8	57.1
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.0	10.7	3.6	57.1	28.6
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.0	7.1	10.7	64.3	17.9
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	25.0	14.3	50.0	10.7	0.0
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	21.4	17.5	50.0	7.1	0.0

4. DISCUSSÃO

Com este capítulo pretende-se debater os aspectos do estudo empírico considerados mais relevantes, pelo seu significado e/ou pela comparação com estudos prévios acerca desta temática. É realizado um breve comentário acerca das limitações e aspectos positivos das opções metodológicas que, embora enunciadas ao longo da discussão, não dispensam algumas considerações. Segue-se uma reflexão sobre os dados obtidos, que se apresenta estruturada de acordo com os objectivos e a questão de investigação inicialmente propostos.

Os critérios de pesquisa que estiveram na base da identificação dos 92 utentes portadores de doença crónica dependentes, foram escolhidos por serem considerados os que permitem a identificação do maior número de PCI. Esta limitação resulta da ausência de diagnósticos que permitam a identificação de todos os utentes que reúnem os critérios desejados para inclusão no estudo, resultando assim na identificação de um número reduzido de receptores de cuidados. Além disso, a selecção dos inquiridos não foi aleatória mas de acordo com a sua acessibilidade e aceitabilidade em participar voluntariamente no estudo.

Na medida em que o presente estudo é de carácter exploratório, cuja amostra não deve ser considerada representativa, é de salientar que as afirmações serão sempre cuidadosas, e nunca generalizações ambiciosas. No entanto, considera-se que os resultados obtidos e a sua discussão sejam importantes contributos para a prestação de cuidados da equipa comunitária a estes prestadores de cuidados.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados utilizado, apesar de ter sido concebido de modo a ser preenchido pelos próprios inquiridos, tal não aconteceu. O questionário ao cuidador informal foi aplicado pelo próprio investigador e por enfermeiros devidamente treinados. Esta opção deveu-se ao facto das fragilidades e riscos inerentes ao preenchimento pelo próprio PCI, como por exemplo, dificuldade na leitura e compreensão do questionário e com o grau de dificuldade no preenchimento do mesmo.

Relativamente à análise da validade conceptual da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), a sua aprovação deveu-se à pesquisa realizada sobre acerca da problemática da prestação de cuidados a idosos com dependência. Além disso, o seu preenchimento provocou sistematicamente, da parte dos PCI, relatos de situações problemáticas, práticas, vivências sentimentos representativas da maioria das questões aplicadas, o que poderá ser compreendido como indício da sua relevância conceptual.

Neste estudo, a atenção centrou-se na situação de vinte e oito cuidadores informais que prestam cuidados a idosos em situação de dependência e que se encontram inscritos na USFSJT. Um dos objectivos do estudo foi conhecer as características dos PCI dos idosos dependentes com doença crónica inscritos na USFSJT.

Observou-se que os PCI são predominantemente do sexo feminino (75%), o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos (Brito, 2002; Lage, 2007; Moreira, 2004). Actualmente, apesar das grandes transformações da sociedade ao longo dos séculos,

nomeadamente da inclusão da mulher no mundo do trabalho, existem aspectos socioculturais e políticos que mantêm a responsabilidade do “cuidar” associada às mulheres.

“Durante milhares e milhares de anos, a prática dos cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, liga-se fundamentalmente às actividades da mulher (...) é ela que tem o encargo de «tomar conta» de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores” (Collière, 1989, p. 40).

Verifica-se que os PCI, na sua maioria, têm idade igual ou superior a 65 anos e são casados. De salientar que os participantes se situavam maioritariamente com idades próximas da pessoa de quem cuidam, o que é compreensível se atendermos ao facto de uma percentagem significativa ser o conjugue, estando assim de acordo com os resultados expressos no estudo de Veríssimo e Moreira (2004).

Tal como acontece nos estudos de Brito (2002) e Ricarte (2009), no que concerne à literacia, verifica-se que a maioria dos participantes possui baixa escolaridade.

A maioria dos PCI que participaram no estudo encontram-se reformados, dado que está em consonância com Francisco D’El Rey e Mazarrasa Alvear (1995) que consideram as domésticas, desempregados e os reformados, os grupos com mais possibilidade de dispor tempo para a realização de actividades de ajuda.

Relativamente ao contexto da prestação de cuidados, verifica-se que todos os PCI são familiares da pessoa dependente, o que vai de encontro com vários autores que consideram a família o principal agente dos cuidados informais (Lage, 2007; Figueiredo, 2007; Sousa, Relvas e Mendes, 2007).

A coabitação é predominante (96%), facto que pode ter tido influência no emergir natural do cuidador, dado que, como referem Veríssimo e Moreira (2004) citando Jani-Le Bris (1993), muitas vezes assume-se o papel de cuidador pela proximidade geográfica, física e afectiva vivida entre quem cuida e quem é cuidado.

A situação de prestação de cuidados tem um tempo de duração superior a 2 anos e inferior ou igual a 5 anos em 89% dos casos, e em relação ao número de horas que os PCI ocupam no cuidado da pessoa dependente, verifica-se que 35,7% da amostra despende até 4 horas; 35% despende entre 4 a 6 horas e 28,6% ocupam mais do que 6 horas por dia. Este número de horas referem-se à prestação activa de cuidados, ou seja, no desenvolvimento de actividades exclusivamente direccionadas para a pessoa dependente, como por exemplo, higiene pessoal, mobilizações e alimentação. Deste modo, considero que é significativo o número de PCI que possuem um grande volume de trabalho diário pois entende-se que além deste número de horas declaradas, é necessário acrescer muitas mais horas de atenção para com a pessoa dependente.

No que respeita à rede de apoio dos PCI, a maioria afirma que receber a apoio, com destaque para o apoio familiar e apoio domiciliário (IPSS’s e Centro Paroquial), em particular na higiene da pessoa dependente, na higiene da habitação e na alimentação. Salienta-se que na grande maioria dos casos, o PCI refere apenas o apoio instrumental e nenhum identifica qualquer tipo de suporte emocional. Estes resultados demonstram o que foi possível avaliar

durante a aplicação do questionário, em que foi visível a necessidade que os PCI tinham em exprimir as dificuldades e necessidades inerentes aos cuidados, valorizando em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, relegando para um segundo plano as suas próprias necessidades. Além disso, em semelhança com o que acontece no estudo de Brito (2002), como um dos critérios de na identificação destes PCI era receberem cuidados de enfermagem no domicílio, o que à partida facilita o acesso a outros tipos de ajuda profissional.

Quanto ao estado de saúde, a maioria (53,6%) dos PCI classificou-o como 'Fraco', semelhante ao resultado óbito no estudo de Ricarte (2009), apesar de não tomarem regularmente medicação para 'acalmar os nervos' (67,9%), nem 'para dormir' (64,3%), ou terem realizado qualquer tratamento 'por doença nervosa' (71,4%), dados compatíveis com os obtidos por Brito (2002). Tal como no estudo de Figueiredo (2007), verifica-se que os prestadores de cuidados têm, na sua maioria, uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde, mesmo recorrendo a respostas formais de apoio.

Relativamente ao dados obtido na aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), verifica-se que estamos perante uma população de PCI com níveis muito elevados de sobrecarga. Ao considerar a percentagem elevada (89,3%) de PCI que apresentam níveis de sobrecarga intensa importa salientar que no processo de selecção da amostra para o estudo, um dos critérios para identificar os cuidadores foi o idoso ter usufruído da visita domiciliária de enfermagem, o que pode ser considerado um indicador situação de alguma dependência.

De acordo com Lage (2005), as consequências que o cuidado pode ter no prestador de cuidados e no sistema familiar têm sido reconhecidas desde uma forma objectiva e subjectiva. Figueiredo (2007) refere que a vantagem na distinção entre estas duas dimensões reside na possibilidade de se analisar separadamente as tarefas da prestação informal de cuidados e as respostas emocionais do cuidador. A mesma autora acrescenta que, a investigação tem demonstrado que a sobrecarga subjectiva constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, ao contrário da sobrecarga objectiva.

Relativamente à sobrecarga objectiva, verifica-se que os inquiridos são menos afectados negativamente pelas relações interpessoais, revelando que, apesar da elevada sobrecarga e sentimento de incapacidade na manutenção da prestação de cuidados por um período prolongado de tempo, na maioria das vezes os PCI consideram desejar continuar a cuidar do seu familiar.

Na sobrecarga subjectiva, os PCI sentem receio face às suas expectativas relativamente à prestação de cuidados, no que diz respeito à dependência dos seus familiares, aos encargos económicos, revelando grande receio pelo futuro do idoso dependente. No entanto, revelam uma percepção satisfatória relativamente à sua eficácia no papel de cuidadores, considerando que dão o seu melhor, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar, como a auto satisfação pelo "dever cumprido" em cuidar o melhor possível do seu familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento crescente do número de pessoas idosas portadoras de doença crônica dependentes de cuidados complexos e por longos períodos de tempo, cujas famílias são chamadas a prestar, interferem com a dinâmica e funcionamento familiar, económico e social.

Os resultados permitem concluir que, de um modo geral e à semelhança de outros estudos, a família constitui um elemento fundamental na assistência ao idoso dependente com doença crônica. O papel desempenhado pela família é essencial para a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida do idoso dependente, assegurando a sua permanência no domicílio pelo maior período de tempo possível para que não sofram as consequências da institucionalização precoce ou não desejada.

Os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idade igual ou superior a 65 anos, casados, com baixo nível de escolaridade (1.º Ciclo do Ensino Básico) e reformados/aposentados. São também, na sua maioria, conjugues e coabitam com idoso dependente. Verifica-se que a maioria dos cuidadores refere prestar cuidados há mais de 2 anos e que despendem com o idoso, mais de 4 horas por dia. Na sua maioria recebem apoio, destacando-se o apoio de familiares e o apoio da higiene do idoso dependente. Regra geral, referem que o seu estado de saúde é fraco, apesar de a maioria negar quer a toma regular de medicação para 'acalmar os nervos' ou para dormir, quer ter realizado algum tratamento por 'doença nervosa'.

Os familiares cuidadores de idosos com dependência física ou mental, estão sujeitos a enormes fontes de stress, sendo um grupo de alto risco para o desenvolvimento de problemas físicos e mentais. De acordo com a questão inicial deste estudo, verifica-se que a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes com doença crônica inscritos na USFSJT está associada a níveis elevados de sobrecarga do cuidador.

Este estudo permitiu um melhor conhecimento destes PCI, contribuindo para a compreensão mais abrangente do cuidado informal aos idosos. Ajuda a identificar necessidades, criar/optimizar/adequar estratégias e recursos que contribuam para o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores e idosos, e permite a criação de serviços de adaptados às suas características.

É urgente que os serviços comunitários intervenham precocemente junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou aliviar a sobrecarga. A existência de programas comunitários de educação e suporte destinados aos PCI constituem importantes recursos de apoio, permitem que os cuidadores recebam informação, aconselhamento e suporte, tornando-os mais aptos para a prestação de cuidados e, consequentemente, mais capazes de obter resultados mais satisfatórios para si e para os idosos dependentes.

A promoção da saúde e prevenção da doença física e mental nos PCI trará importantes ganhos em saúde não só para os próprios, mas para a sociedade em geral. A atenção e apoio

a estas pessoas são fundamentais quer para a melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes e dos próprios cuidadores, quer para a continuidade da disponibilidade familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, L. - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN 972-8717-19-9

COLLIÈRE, M. – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-757-109-3

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). 3^a. Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. ISBN 972-98149-5-3

FIGUEIREDO, Daniela – **Cuidados Familiares ao Idoso Dependente**. 1^a. Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-276-1

FRANCISCO D'EL REY, C. e MAZARRASA ALVEAR, L. - Cuidados Informales. Revista Rol de Enfermeira. ISSN 0210-5020. Barcelona. Ano XVIII, n. 202 (1995), p. 61-6

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- Índice de Envelhecimento [Online] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [Consult 18 Nov. 2011]. Disponível em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2.

LAGE, I. - Cuidados familiares a idosos. In PAÚL, C. e FONSECA, A. - **Envelhecer em Portugal**. 1^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. Cap. 8.

LAGE, I. - **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

MARTÍN, I. - (2005). O cuidado informal no âmbito social. In PAÚL, C. e FONSECA, A. - **Envelhecer em Portugal**. 1^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. Cap. 7.

MARTINS, T., RIBEIRO, J. P. e GARRET, C. - Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, Saúde & Doenças. ISSN 1645-0086. Vol. 1, N. 4 (2003), p. 131-148.

PAÚL, M. - **Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

RICARTE, L. - **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado.

SCAZUFCA, M. - Versão Brasileira da escala «Burden Interview» para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 24, N. 1 (2002), p.12-17.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0

SILVA, A. - **Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009. Tese de Mestrado.

VERISSIMO, C. e MOREIRA, I. – Cuidadores Familiares/Informais: Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. ISSN 0873-8904. Lisboa. Vol. 8, nº 1 (2004), p. 60-65.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO – CONCELHO EXECUTIVO ACES VI LOURES

Recebido em 27/10/11
Registo Nº 3915/11

Exm.ª Sr.ª Dr.ª Directora Executiva
do ACES VI Loures

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha".

Elisabete Catarina Teixeira Fernandes, aluna do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a V.ª Excelência autorização para a recolha de dados necessária junto da equipe multidisciplinar que contacte idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha e/ou seus cuidadores informais.

autorizado
10/10/11
ML

ILEINE LOPES
Directora executiva
Agrupamento VI Loures - Sacavém

Pede deferimento,

São João da Talha, 7 de Outubro de 2011

Elisabete Catarina Teixeira Fernandes

(assinatura)

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO - Concelho Clínico ACES VI Loures

Recebido em 07/10/11
Registo N° 3916 M

Exm.ª Sr.ª Enf.ª Chefe Vogal do Conselho
Clínico do ACES VI Loures

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha".

Elisabete Catarina Teixeira Fernandes, aluna do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a V.ª Excelência autorização para a recolha de dados necessária junto da equipe multidisciplinar que contacte idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha e/ou seus cuidadores informais.

De autorizar desde que
os utentes sejam informados
e autorizados.
Os resultados do estudo
deverão ser dados a
conhecer à Direcção do
ACES VI. 10/10/2011

Pede deferimento,

São João da Talha, 7 de Outubro de 2011

...Elisabete Catarina Teixeira Fernandes

CBRS

(assinatura)

Cristina Brás
VOGAL CONSELHO CLÍNICO
AGRUPAMENTO VI - LOURES

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO
DO ESTUDO – Coordenação USFSJT**

Exma^a Sr^a Dr.^a. Coordenadora da
USF S. João da Talha

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha”.

Elisabete Catarina Teixeira Fernandes, aluna do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a V.^a Excelência autorização para a recolha de dados necessária junto da equipe multidisciplinar que contacte idosos dependentes com doença crónica inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha e/ou seus cuidadores informais.

Pede deferimento,

São João da Talha, 7 de Outubro de 2011

...Elisabete Catarina Teixeira Fernandes

(assinatura)

Concedido em cumprimento
14/10/2011
Jacinto

Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha
7 de Outubro de 2011

ANEXO IV — CONSENTIMIENTO INFORMADO — Cuidador Informal

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha”.

Declaro que fui informado (a) e compreendi a explicação que me foi dada acerca do estudo em que estou a participar.

Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação das informações obtidas futuramente no meio científico.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo para mim ou para o meu familiar.

Data

___/___/___

Assinatura

ANEXO XI – Questionário Cuidador Informal

QUESTIONÁRIO AO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE COM DOENÇA CRÓNICA

I. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Por favor, leia atentamente cada alínea e assinale com **X** a condição que se aplica à sua situação. Caso seja necessário especificar algum item preencha os espaços reservados para esse fim.

I.1. Género *(escolha apenas uma opção)*

Masculino

Feminino

I.2. Idade *(escolha apenas uma opção)*

≥ 18 anos e < 30 anos

≥ 50 anos e < 65 anos

≥ 30 anos e < 40 anos

≥ 65 anos

≥ 40 anos e < 50 anos

I.3. Estado civil *(escolha apenas uma opção)*

Solteiro

Viúvo

Casado

Separado/Divorciado

União de facto

I.4. Habilitações literárias *(escolha apenas uma opção)*

Sem escolaridade

3º ciclo do ensino básico

Sabe assinar

Ensino secundário

Sabe ler e escrever

Curso médio

1º ciclo ensino básico

Curso Superior

2º ciclo do ensino básico

I.5. Situação perante o trabalho *(escolha apenas uma opção)*

Estudante

Doméstico

Empregado

Reformado/Aposentado

Desempregado

Outro. Qual? _____

I.6. Relação com o doente (escolha apenas uma opção)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Conjugue | <input type="checkbox"/> Irmão (ã) |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) | <input type="checkbox"/> Amigo/Vizinho |
| <input type="checkbox"/> Neto (a) | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Genro/Nora | |

I.7. Vive no mesmo domicílio que a pessoa a quem presta cuidados? (escolha apenas uma opção)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

I.8. Há quanto tempo é o cuidador principal da pessoa dependente? (escolha apenas uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ≤6 meses | <input type="checkbox"/> >2 anos e ≤ 5 anos |
| <input type="checkbox"/> >6 meses e ≤ 12 meses | <input type="checkbox"/> ≥5 anos |
| <input type="checkbox"/> >1 ano e ≤ 2 anos | |

I.9. Em média, quantas horas por dia se ocupa a cuidar desta pessoa? (escolha apenas uma opção)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ≤2 horas | <input type="checkbox"/> >4 horas e ≤ 6 horas |
| <input type="checkbox"/> >2 horas e ≤ 4 horas | <input type="checkbox"/> ≥ 6 horas |

I.10. Que apoios recebe? (pode escolher várias opções)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Técnicos de saúde. |
| <input type="checkbox"/> Amigos/vizinhos | Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro de Dia | <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário | <input type="checkbox"/> Nenhum |

I.11. Que tipo de apoio recebe? (pode escolher várias opções)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene habitacional | <input type="checkbox"/> Alimentação |
| <input type="checkbox"/> Higiene de roupa | <input type="checkbox"/> Económico |
| <input type="checkbox"/> Higiene da pessoa dependente | <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum |

I.12. Como considera o seu estado de saúde? *(escolha apenas uma opção)*

Muito Bom

Razoável

Bom

Fraco

I.13. Toma regularmente medicação para acalmar os nervos? *(escolha apenas uma opção)*

Sim.

Não

Quais? _____

I.14. Toma regularmente medicação para dormir? *(escolha apenas uma opção)*

Sim.

Não

Quais? _____

I.15. Já teve de fazer algum tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)? *(escolha apenas uma opção)*

Sim. Quais? _____

Não

2. ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Traduzida a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit, é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Impacto da Prestação de Cuidados	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					

14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ANEXO XIX – VISITA DOMICILIÁRIA AO PCI

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA AO PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAIS

O cuidador informal necessita de ser alvo de atenção e orientação dos profissionais de saúde e receber no domicílio visitas periódicas, nomeadamente dos médicos assistentes, enfermeiros e fisioterapeutas, que exerçam supervisão e capacitação.

A visitação domiciliária (VD) constitui um dos recursos essenciais na intervenção comunitária, pois permite obter uma percepção global de toda a família e da sua dinâmica, um melhor conhecimento dos contextos em que se inserem e o reconhecimento dos factores protectores da saúde mental bem como dos factores predisponentes da perturbação mental. Facilita o diagnóstico das necessidades da pessoa idosa dependente e PCI/família e a identificação dos recursos de apoio existentes, possibilitando a realização de intervenções de enfermagem adequadas e adaptadas à situação. Além disso, admite o estabelecimento de uma relação de ajuda abrangente, com o utente e sua família, onde é valorizada a envolvimento dos familiares na prestação de cuidados.

A implementação da VD ao PCI teve como objectivos: assegurar uma vigilância de saúde adequada do PCI; identificar factores protectores da saúde mental e factores predisponentes da perturbação mental; adaptar os cuidados às necessidades da pessoa idosa dependente e do PCI/família; adequar recursos de apoio existentes por forma a otimizar a prestação de cuidados informais; avaliar no contexto e potenciar os conhecimentos e capacidades do PCI; identificar a percepção do PCI informal relativamente aos cuidados prestados; apoiar o PCI, promovendo a utilização de estratégias de *coping* eficazes; garantir a manutenção da prestação de cuidados informais; e identificar situações de necessidade de descanso do cuidador. É de salientar que, o conceito de *coping* adoptado ao longo deste trabalho é o definido pelo ICN (1999, p. 50, cit. por ICN, 2005):

“(...) tipo de Adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

Desde o início da VD ao PCI, já foram referenciados dois casos para a RNCCI no âmbito do descanso do cuidador, por verificar-se desgaste físico e mental, e alteração das relações sociais e familiares. Um PCI foi referenciado para o médico assistente por alterações do estado geral de saúde (humor depressivo, insónias, diminuição do apetite e do peso). Em todas as visitas domiciliárias procedeu-se à identificação e otimização dos recursos de apoio disponí-

veis: família, vizinhos e amigos; recursos pessoais (auto-eficácia, crenças, valores); e recursos sociais (RNCCI, centros de dia, apoio domiciliário).

A implementação desta actividade permitiu aos PCI reconhecerem as suas competências para o cuidado, obter informação e apoio em situações familiares mais complexas, bem como orientação na busca de soluções para as necessidades sentidas. Permitiu-me atuar no sentido da promoção da saúde mental e prevenção da sobrecarga no PCI, pela capacitação do cuidador para que este possa criar/desenvolver/optimizar recursos próprios com vista à resolução de problemas. Foram valorizados os recursos e as capacidades dos PCI e da família e não tanto as suas dificuldades e problemas, e dado suporte emocional e informacional e não apenas atenção a aspectos práticos do cuidado.

Por reconhecer os importantes ganhos em saúde obtidos para o idoso PCI/família e sociedade, a equipa considera fundamental a continuidade da VD ao PCI. Considera, ainda, que o acompanhamento e a interação próxima e regular com o idoso dependente e o PCI constituem importantes contributos para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, por facilitar o suporte, o acompanhamento, a supervisão, a (re)avaliação dos recursos de apoio existentes e a optimização das estratégias de coping.

Referência Bibliográfica

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE/ICNP)**. 3^a. Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. ISBN 972-98149-5-3

ANEXO XX — FOLHETO DE DIVULGAÇÃO: “EU CUIDO”

EU CUIDO

Sessão de Apoio Psicoeducativa

Tem como principal objetivo reduzir o impacto negativo e a sobrecarga associada à prestação de cuidados da pessoa idosa dependente com doença crónica e, neste sentido, prevenir a sua exacerbação, através da otimização das competências e autoestima do cuidador.

Informação sobre doença crónica

Cuidados à pessoa com doença crónica

Impacte da doença no cuidador

Partilha de Experiências

Estratégias para lidar com o stress e a sobrecarga

Redes de Apoio

PARTICIPE



Destinatários:

Prestadores de cuidados das pessoas idosas dependentes com doença crónica.

Data: 21 Janeiro 2012

Hora: 14H30

Local: Polo Comunitário
OS AMIGOS DE SEMPRE

Duração: 50 minutos

Contacto:

963851820
Elisabete Fernandes

ANEXO XXI – CONSENTIMENTO INFORMADO – QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS USFSJT

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: “Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha”.

Declaro que fui informado(a) e compreendi a importância de responder ao questionário destinado aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha no âmbito do estudo sobre a sobrecarga dos cuidadores informais dos idosos independentes com doença crónica.

Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação das informações obtidas futuramente no meio científico.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo para mim.

Data

___/___/___

Assinatura

ANEXO XXII — QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DA USFSJT

QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR S. JOÃO DA TALHA

Por favor, leia atentamente cada alínea e assinale com **X** a condição que se aplica à sua situação. Caso seja necessário especificar algum item preencha os espaços reservados para esse fim.

I. CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

I.1 Género *(escolha apenas uma opção)*

Masculino

Feminino

I.2. Data de Nascimento ___/___/19___

I.3. Habilitações Académicas *(pode escolher várias opções)*

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem mais Curso de Pós-Graduação

Licenciatura em Enfermagem mais Curso de Especialidade em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem

Doutoramento em Enfermagem

I.3. Experiência profissional em cuidados de saúde primários *(escolha apenas uma opção)*

<1 ano

≥1 ano e <3 anos

≥3 anos e < 5 anos

≥5 anos e < 10 anos

≥10 anos

2. QUESTIONÁRIO

2.1. Ao longo da sua prestação de cuidados, qual o contexto de trabalho durante o qual identifica um maior número de situações de sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica? *(escolha apenas uma opção)*

- Sala de tratamentos Consultas de enfermagem
- Visita domiciliária Outro. Qual _____

2.2. Verifica algum aumento do número de identificação de novas situações que possam resultar em sobrecarga do cuidador informal depois da equipa de enfermagem da USFSJT iniciar a visitação domiciliária? *(escolha apenas uma opção)*

- Sim Não

2.3. Quais os recursos de apoio comunitários que conhece destinados ao alívio da sobrecarga do prestador de cuidados informais? *(pode escolher várias opções)*

- RNCCI Centros de Dia
- Apoio domiciliário Outro. Qual _____

2.4. Divulga a existência destes recursos de apoio ao prestador de cuidados informais? *(escolha apenas uma opção)*

- Sim Não

2.5. Qual o número de pedidos para integrar a RNCCI para descanso do cuidador informal que realizou nos últimos 6 meses? *(escolha apenas uma opção)*

- ≥ 0 e ≤ 2 >4 e ≤ 6
- >2 e ≤ 4 > 6

2.6. Utiliza algum instrumento na avaliação da sobrecarga do cuidador informal quando realiza a avaliação de enfermagem para a referenciação para a RNCCI? *(escolha apenas uma opção)*

Sim. Qual _____ Não

2.7. Quais os aspectos que considera mais relevantes na avaliação da sobrecarga do cuidador informal? *(classifique por ordem de importância, numa escala em que 1 é o mais importante e 5 é o menos importante)*

- Tipo e nível de dependência
- Recursos familiares, sociais e/ou económicos
- Percepção do cuidador sobre a prestação de cuidados
- Estado físico, mental e psicológico do cuidador
- Experiências, conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados

ANEXO XXIII — FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Sobrecar- ga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha

PLANO DE SESSÃO

Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha

1. Identificação da sessão

- **Tema:** Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes com Doença Crónica Inscritos na Unidade de Saúde Familiar S. João da Talha.
- **Justificação:** A pertinência desta sessão deve-se ao facto dar a conhecer as características destes PCI e os nível de sobrecarga por eles apresentados, permitindo aos enfermeiros uma melhor compreensão de alguns aspectos determinantes para a saúde e qualidade de vida dos cuidadores. Pretende-se que este esclarecimento promova a reflexão sobre as práticas, levando-os ao questionamento da necessidade de aprofundarem os seus conhecimentos, habilidades e capacidades para a sua darem resposta a esta problemática.
- **Destinatários:** Todos os enfermeiros a exercer funções na USFSJT.
- **Número de Sessões:** 1.
- **Data:** 25 de Janeiro de 2012.
- **Local:** Sala de reunião.
- **Duração:** 30 minutos.

2. Objectivo Geral:

- No final da sessão os participantes ficarão com mais informação para actuarem no sentido da promoção e protecção da saúde mental dos PCI.

3. Objectivos Específicos:

- Reconhecer que a prestação de cuidados pode gerar situações de risco e de sobrecarga do cuidador.
- Identificar, na sua prática, casos de risco ou situação de sobrecarga.

- Identificar factores determinantes para a saúde e qualidade de vida dos cuidadores.
- Identificar estratégias para a promoção e protecção da saúde mental do PCI.

4. Pré-Requisitos:

- Ser enfermeiro a exercer funções na USFSJT.

5. Materiais e Equipamento a Utilizar:

- Portátil
- Projector
- Tela

6. Metodologia:

- Método expositivo e interrogativo.

7. Avaliação:

- Atenção do grupo de participantes.
- Colocação de questões, dúvidas e troca de experiências e opiniões.
- Apreciação individual sobre a sessão.

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES COM DOENÇA CRÔNICA INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR S. JOÃO DA TALHA

ELISABETE FERNANDES
CURSO DE MESTRADO DA ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
USFS - JOÃO DA TALHA
JANEIRO 2012

PORQUÊ?

- Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências em saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa; sendo esta uma vitória incontestável das sociedades ditas desenvolvidas (Sequeira, 2010).



PORQUÊ?

- Considerando o envelhecimento demográfico da sociedade atual, constata-se o aumento gradual do número de pessoas com doenças crônicas e incapacitantes, dando origem a problemáticas sociais e familiares bastante complexas (Martins, Ribeiro e Garrett , 2004).



PORQUÊ?

- A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e a mudança de paradigma no cuidar, passando de um modelo assistencial tendencialmente “hospitocêntrico” para um modelo com ênfase crescente na família e comunidade, levaram a que se privilegiassem os cuidados ambulatoriais, atribuindo a responsabilidade ao cuidador informal.

PORQUÊ?

- Estes cuidadores estão sujeitos a enormes fontes de stress, sendo um grupo de alto risco para o desenvolvimento de problemas físicos e mentais.
- É necessário que os serviços comunitários intervenham precocemente junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou aliviar a sobrecarga.
- A sua relevância deve-se ao facto de permitir o conhecimento destes PCI com vista à criação de novos projetos direcionados e especializados nesta temática.

OBJETIVOS

- Identificar as características do cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica;
- Avaliar o nível de sobrecarga objetiva e subjetiva por eles apresentados.



POPULAÇÃO E AMOSTRA

- Pesquisa de utentes, por médico de família (*Vitacare*).
 - Idade igual ou superior a 65 anos de idade;
 - Ter pelo menos uma visita domiciliária pela equipa de enfermagem.
- Identificados 92 utentes, dos quais foram selecionados 28 para a aplicação do questionário.
- Amostra não probabilística, segundo o método de amostragem accidental.
 - Ter mais de 18 anos de idade;
 - Ser o cuidador principal da pessoa idosa dependente;
 - Prestar cuidados por um período igual ou superior a seis meses;
 - Estar apto para responder ao questionário;
 - Assinar o consentimento informado.

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

• Questionário ao Cuidador Informal do Idoso Dependente com Doença Crónica:

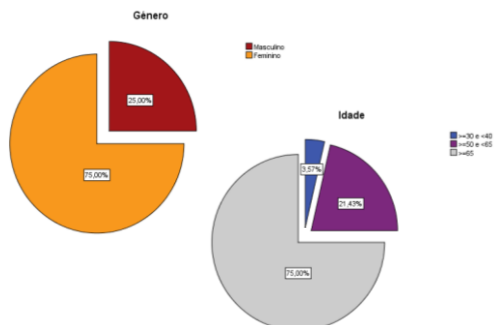
- Identificação do Cuidador Informal:
 - Dados sociodemográficos sobre o PCI;
 - Contexto da prestação de cuidados;
 - Rede de apoio;
 - Estado de saúde dos PCI;
- Escala de Sobrecarga do Cuidador (Carstairs, 2007).



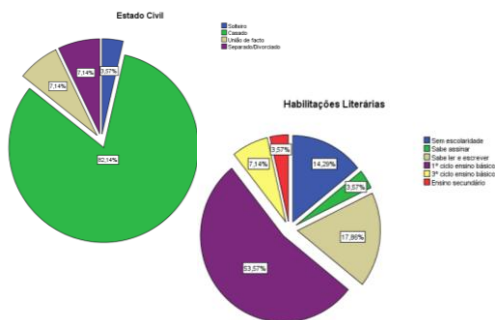
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL



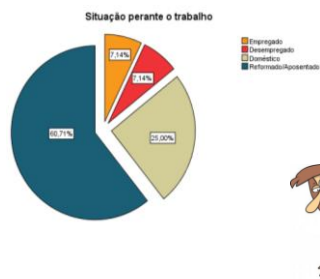
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS



CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



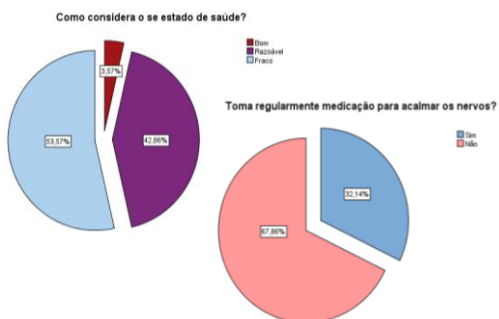
CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



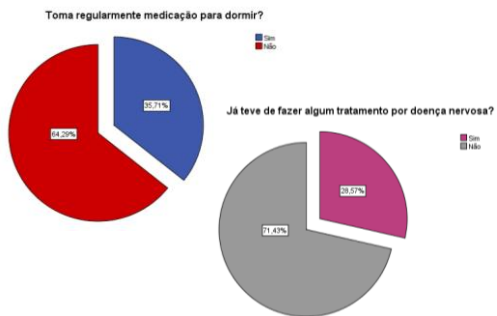
REDE DE APOIO

Que apoios recebe?	Respostas		Percentagem de Casos
	Frequência	Percentagem	
Familiares	11	34,4%	39,3%
Centro de dia	1	3,1%	3,6%
Apoio domiciliário	7	21,9%	25,0%
Outros	1	3,1%	3,6%
Nenhum	12	37,5%	42,9%
Total	32	100,0%	114,3%
Que tipos de apoio recebe?			
Higiene habitacional	5	13,5%	17,9%
Higiene de roupa	3	8,1%	10,7%
Higiene da pessoa dependente	10	27,0%	35,7%
Alimentação	3	8,1%	10,7%
Económico	1	2,7%	3,6%
Outros	3	8,1%	10,7%
Nenhum	12	32,4%	42,9%
Total	37	100,0%	132,1%

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE



CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

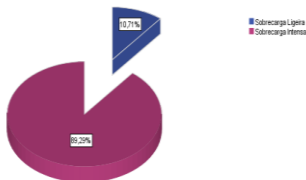


ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)



NÍVEL DE SOBRECARGA

Nível de Sobrecarga	Frequência	Porcentagem
Sem Sobrecarga	0	0,0%
Sobrecarga Ligeira	3	10,7%
Sobrecarga Intensa	25	89,3%
Total	28	100,0%



SOBRECARGA OBJETIVA

“Impacto da prestação de cuidados”

- Itens relativos ao impacto dos cuidados diretos no contexto do cuidador (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).



“Relação interpessoal”.

- Itens relativos ao impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais (4,5,16,18 e 19).

SOBRECARGA OBJETIVA

- Itens que dão maior contributo para níveis mais elevados de sobrecarga (mais de 50% dos PCI referem muitas vezes ou quase sempre):
 - Item 2: “Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas”, (57,1%);
 - Item 3: “Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer”, (71,4%);
 - Item 9: “ Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar”, (75%);
 - Item 10: “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar”, (85,7%);
 - Item 22: “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar”, (78,5%).

SOBRECARGA OBJETIVA

- Todos os itens supracitados são relativos ao fator “Impacto da prestação de cuidados”.
- Apesar dos níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase sempre em mais de 50% dos PCI da amostra), o fator “Relação interpessoal” apresenta níveis mais baixos do que o fator anterior.
- Em oposição aos restantes itens, 60,7% dos inquiridos respondeu que nunca se sente envergonhado pelo comportamento do seu familiar.

SOBRECARGA OBJETIVA

- Os PCI apresentam níveis de sobrecarga elevada na maioria dos itens, em particular no fator “Impacto da prestação de cuidados”.
- Pode-se depreender que, os cuidadores são menos afetados negativamente pelas relações interpessoais, revelando que, apesar da elevada sobrecarga e sentimento de incapacidade na manutenção da prestação de cuidados por um período prolongado de tempo, na maioria das vezes os PCI consideram desejar continuar a cuidar do seu familiar.

SOBRECARGA SUBJETIVA

“Expetativas face ao cuidar”

- Itens relativos à prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades (7,8,14 e 15).

“Perceção de autoeficácia”

- Itens relativos à opinião do cuidador face ao seu desempenho (20 e 21).



SOBRECARGA SUBJETIVA

- A sobrecarga subjetiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre - nível 3 a 5 em termos quantitativos), sendo todos os itens assinalados por mais de 50% dos PCI inquiridos, do quais se destacam:
 - Item 7: "Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?", (100%);
 - Item 8: "Considera que o seu familiar está dependente de si?", (100%).

SOBRECARGA SUBJETIVA

- O fator "Perceção de autoeficácia" apresenta os níveis mais moderados de sobrecarga, o que sugere uma avaliação positiva por parte dos inquiridos no que respeita ao desempenho do papel de PCI.
- Pode-se perceber que os cuidadores sentem receio face às suas expectativas relativas à prestação de cuidados, no que diz respeito à dependência dos seus familiares, aos encargos económicos, revelando grande receio pelo futuro do idoso dependente.

SOBRECARGA SUBJETIVA

- No entanto, revelam uma perceção satisfatória relativamente à sua eficácia no papel de cuidadores, considerando que dão o seu melhor, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar, como a auto satisfação pelo "dever cumprido" em cuidar o melhor possível do seu familiar.



CONCLUSÃO

- A família constitui um elemento fundamental na assistência ao idoso dependente com doença crónica.
- A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes com doença crónica inscritos na USFSJT está associada a níveis elevados de sobrecarga do cuidador.
- Este estudo permitiu um melhor conhecimento destes PCI, contribuindo para a compreensão mais abrangente do cuidado informal aos idosos.

CONCLUSÃO

- Ajuda a identificar necessidades, criar/otimizar/adequar estratégias e recursos que contribuam para o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores e idosos, e permite a criação de serviços de adaptados às suas características.
- É urgente que os serviços comunitários intervenham precocemente junto dos prestadores de cuidados e da família de modo a evitar o aparecimento ou aliviar a sobrecarga.

CONCLUSÃO

- A existência de programas comunitários de educação e suporte destinados aos PCI constituem importantes recursos de apoio, permitem que os cuidadores recebam informação, aconselhamento e suporte, tornando-os mais aptos para a prestação de cuidados e, conseqüentemente, mais capazes de obter resultados mais satisfatórios para si e para os idosos dependentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTINS T., RIBEIRO J., GARRETT C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, N.º 11, p. 17-31.

SEQUEIRA, C. (2007) - *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: *Quarteto Editora*.

SEQUEIRA, C. (2010) - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: *Lidel*.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES COM DOENÇA CRÓNICA INSCRITOS NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR S. JOÃO DA TALHA

1. Participantes:

- Um grupo de oito enfermeiros da USFSJT.

2. Resposta do Grupo:

- O tema foi bem aceite e considerado pertinente pelos profissionais. Revelaram-se bastante interessados, receptivos e sensíveis à temática, intervieram de forma espontânea e organizada.

3. Dificuldades:

- O facto das agendas dos programas de enfermagem estarem susceptíveis a constantes alterações, a realização de turnos (Manhã/Tarde) em jornada contínua dificultou o agendamento desta sessão por forma a que todos os elementos da equipa de enfermagem estivessem presentes. Para tal ser possível, o tempo disponibilizado para a realização da sessão não pode ser superior a 30 minutos. Foi difícil gerir o tempo de formação e o tempo necessário para a discussão do seu conteúdo e partilha de experiências e opiniões relativas ao tema, que só foi possível com a participação activa e organizada de todos.

4. Auto-Avaliação:

- A sessão correu bem, sem grandes dificuldades, contribuindo positivamente para todos os profissionais, de um modo individual e também colectivo (enquanto equipa de enfermagem), e para a minha formação pessoal e profissional. Foi possível a criação de um ambiente favorável à comunicação interpessoal, à sensibilização dos participantes para a temática, e à reflexão e análise das suas práticas. Esta partilha de informação e debate de opiniões levou a que a maioria dos participan-

tes concluíssem que o conhecimento das características destes PCI e do nível de sobrecarga por eles apresentados os permite compreender melhor de alguns aspectos determinantes para a saúde e qualidade de vida dos cuidadores. Assim, considero ter atingido os objectivos propostos.

ANEXO XXIV — ENTREVISTA ENFERMEIRA EUGÉNIA - ECL

ENTREVISTA À ENFERMEIRA EUGÉNIA DA EQUIPA DE COORDENAÇÃO LOCAL DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), quais os recursos/respostas destinadas ao descanso do cuidador informal da pessoa idosa dependente com doença crónica?

Existem as Unidades de Longa Duração e Manutenção e as Unidades de Cuidados Paliativos, de acordo com a patologia base da pessoa dependente. O internamento pode ter um período de 30 até 90 dias por ano, seguidos ou intervalados.

Além disso, existe o apoio prestado pela equipa de cuidados continuados integrados, decorrente da prestação de serviços domiciliários.

Existem vagas destinadas exclusivamente para admissões com vista ao descanso do cuidador informal?

Que seja de conhecimento geral, não existe. Mas é facto que durante a avaliação da proposta é analisada a situação do cuidador e, caso a equipa considere necessário, é feito o pedido para que seja considerada a proposta como algo prioritário. Isso já aconteceu algumas vezes, por exemplo, quando o cuidador principal foi chamado para realizar uma intervenção cirúrgica num curto espaço de tempo ou mesmo em casos sociais graves.

Qual a incidência de pedidos para integrar a RNCCI para descanso do cuidador informal?

Na maioria das vezes, a proposta não especifica o descanso do cuidador. Aliás, são muito poucas as vezes que pedem directamente o descanso do cuidador, apesar de haver referência à exaustão, ao desgaste físico e mental dos cuidadores, especialmente em situações de grande dependência. Habitualmente, a proposta dá ênfase aos cuidados necessários à pessoa dependente. Mas, como este pedido não tem outro critério a não ser o descanso do cuidador, a equipa avalia a tipologia da proposta. Noutros casos, o pedido não é feito no sentido do descanso do cuidador, mas antes para lar.

Quem são as entidades referenciadoras?

Qualquer pessoa ou entidade. Pode ser um vizinho, um familiar, um profissional de saúde, etc. Na maioria das vezes são mesmo os profissionais de saúde, em particular, enfermeiros, médicos e assistentes sociais.

Da equipa multidisciplinar, é possível identificar o grupo profissional que se evidencie em relação ao número de referências para a RNCCI com vista ao descanso do cuidador.

Sem dúvida que são os enfermeiros, em particular, os que prestam cuidados no domicílio.

Quais os principais motivos de solicitação?

A maioria das solicitações é por desgaste do cuidador. Mas também surgem propostas por questões de saúde, problemas profissionais e férias.

Existem critérios e/ou condicionantes à integração na RNCCI com vista ao descanso do cuidador?

A pessoa dependente tem que se apresentar obrigatoriamente no domicílio, ou seja, não pode estar internado. Além disso, tem que ter efectivamente um cuidador principal. São critérios de exclusão: doente com episódio de doença em fase aguda; doente cujo objectivo do internamento seja o estudo do diagnóstico; doente que necessite exclusivamente de apoio social; e pessoas com doença mental grave activa.

No que respeita a pessoa com doença mental grave, o que se verifica é que as tipologias de resposta de RNCCI não estão estruturadas nem detêm recursos humanos especializados na área de saúde mental não conseguido responder a todas as suas necessidades.

Quais os aspectos considerados relevantes pela Equipa de Coordenação Local (ECL) quando da avaliação da proposta?

O foco é o cuidador, ou seja, valorizamos tudo o que se encontra descrito na avaliação e que é relativo ao prestador, seja o cansaço, alguma situação de doença, possível internamento para cirurgia, problemas pessoais ou profissionais, entre outros.

Quais as maiores dificuldades sentidas pela ECL?

O número de camas insuficiente para as solicitações.

Existem prioridades de ingresso na RNCCI por descanso do cuidador?

Não, mas já existiu.

Qual o tempo de espera para a admissão na RNCCI? E o período de internamento possível nestas situações?

Não há previsibilidade no tempo de espera. Existem vários factores que interferem com o tempo de espera, como por exemplo, a quantidade de pedidos, as unidades escolhidas e a gravidade da situação.

Existem custos para o cuidador informal e/ou família associados à estadia da pessoa idosa dependente com doença crónica nas Unidades de Internamento?

Nas Unidade de Longa Duração e Manutenção existem custos que são avaliados de acordo com o rendimento do agregado familiar e imóveis. Nas Unidades de Cuidados Paliativos não há custos associados ao internamento.

Existem alternativas à RNCCI que possam ser utilizadas pelos cuidadores informais?

As IPSS, unidades privadas, Centros de Dia, Centros Paroquiais, entre outros.

Quais os meios de divulgação da RNCCI com vista ao descanso do cuidador informal?

Os profissionais de saúde, todas as pessoas que nos abordam e os órgãos de comunicação social.