



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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

Fátima Maria Quaresma da Silva

LISBOA, Julho de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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 Fátima Maria Quaresma da Silva

Sob orientação da Professora Medeiros Garcia

LISBOA, Julho de 2013

**«A coisa pior que há na vida
não é não ter conseguido
é nunca se ter tentado»**

Roosevelt

Resumo

Este documento tem como objectivo explicar através de uma análise crítica, o percurso efectuado durante o estágio nos três módulos da Unidade Curricular Estágio para que fossem adquiridas competências como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

No âmbito da intervenção no doente mental em crise, pude realizar acolhimento ao doente, gerir o ambiente terapêutico e efetuei dois estudos de caso, nos quais se procedeu à elaboração de plano de cuidados. Foram utilizados como alicerces, a relação de ajuda e processo de resolução de problemas, com a identificação de recursos pessoais para resolução da crise. Particpei em atividades realizadas no serviço, como reuniões comunitárias e terapia pela atividade. Através de sessões individuais e de grupo, foi implementado um projeto de adesão ao regime medicamentoso. Na área da promoção de saúde e prevenção da doença mental, salientei a comunicação como base da relação terapêutica com o outro. Realizei entrevistas a doentes com psicoses, inseridos na sua comunidade, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção das recaídas – adequação dos mecanismos de coping. Neste contexto, procurei delinear actividades de acordo com as situações vivenciadas pelos doentes e integrá-las no seu contexto familiar e social. Com base na reformulação legal e no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, promove-se a saúde mental e que o atendimento ao doente seja num meio o menos restritivo possível, preferencialmente inserido na comunidade. Desta forma, surgiu a necessidade de criação de um programa comunitário e elaborei um projeto para implementação da consulta de enfermagem especializada na comunidade, de forma a prestar cuidados diferenciados ao doente/família, considerando as diversas componentes bio-psico-socio-culturais e espirituais. As atividades realizadas contribuíram para o autoconhecimento e crescimento profissional como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Palavras-chave: **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Doente, Família, Comunidade.**

Abstract

This document aims to explain through a critical analysis, the journey made during the stage in the three modules of Course Stage, for obtained skills that were acquired as a nurse specialist in mental health and psychiatry.

In the context of intervention in mentally ill in crisis, I could make the patient reception, manage therapeutic environment and performed two case studies, in which the procedure was for preparation of the care plan. Were used as foundations, the helping relationship and process of problem resolution, with identifying personal resources to resolve the crisis. Participated in service activities, such as community meetings and therapy for the activity. Through individual and group sessions, a project was implemented in adherence to medication regimen. In the area of health promotion and prevention of mental illness, emphasized the communication as the basis of the therapeutic relationship with the other. Conducted interviews to patients with psychosis, inserted in their community, in the promotion of healthy lifestyles and prevention of relapse - adequacy of coping mechanisms. In this context, I have tried to outline activities according to the situations experienced by patients and integrate them in their family and social context. Based on the legal reformulation and in the National Mental Health Plan 2007-2016, promotes the mental health and that the care to the patient is in the least restrictive environment possible, preferably inserted in the community. Thus, emerged the need to create a community program and so elaborated a project for the implementation of the nursing specialist consultation in the community, in order to provide special care to the patient / family, considering the various components bio-psycho-socio-cultural and spiritual. The activities contributed to the self and professional growth as a nurse specialist in psychiatric and mental health.

Key Words: Mental Health Nursing and Psychiatric, Patient, Family, Community.

Agradecimentos

Após a realização deste Relatório, considero de extrema importância o agradecimento a algumas pessoas:

Aos Docentes das diversas Unidades Curriculares pelos conhecimentos transmitidos;

À Senhora Professora Medeiros Garcia pela disponibilidade e sugestões oportunas, com que sempre me orientou;

Aos Senhores Enfermeiros Orientadores dos diferentes módulos, pela colaboração no meu processo de aprendizagem;

Família, amigos e colegas, pela compreensão e apoio demonstrado ao longo destes últimos meses.

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ECPSM – Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental

HJM – Hospital Júlio de Matos

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

IM – Intra-Muscular

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PO – Per Os

SPA – Sintomas Precoces de Alerta

SU – Serviço de Urgência

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

USF – Unidade de Saúde Familiar

UVA – Unidade de Vida Apoiada

Índice

0 – INTRODUÇÃO	9
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
ENFERMAGEM - MODELO DE BETTY NEUMAN	11
RELAÇÃO DE AJUDA.....	13
PROCESSO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.....	14
2 – ESTÁGIO	17
2.1 – MÓDULO II – INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO	17
2.1.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	17
2.1.2 - PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AOS DOENTES/FAMÍLIAS, EM SITUAÇÃO DE CRISE.....	24
2.2 – MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO.....	28
2.2.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	28
2.2.2 - PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AOS DOENTES/FAMÍLIAS, NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA	31
2.2.3 - INTEGRAR OS PROJECTOS DESENVOLVIDOS PELA EQUIPA COMUNITÁRIA, QUE SE ENQUADREM NOS OBJECTIVOS DEFINIDOS NO PROJECTO	35
2.3 – MÓDULO III – OPCIONAL.....	39
2.3.1 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL, NA POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA USF SÃO JOÃO DA TALHA.....	43
2.3.2 - SENSIBILIZAR A EQUIPA DE SAÚDE DA USF PARA A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL.....	46
3 – CONCLUSÃO	49
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	53
ANEXO I – Estudo de Caso I	55
ANEXO II – Guião de Entrevista Inicial	81
ANEXO III – Estudo de Caso II	85

ANEXO IV – Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde.....	109
ANEXO V – Guião de Avaliação Diagnóstica.....	115
ANEXO VI - Registo dos Sintomas Precoces de Alerta	119
ANEXO VII – Entrevistas realizadas na ECPSM de Oeiras	125
ANEXO VIII – Projecto: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	137
ANEXO IX – Pedido de autorização para realização de estágio de observação no Centro de Saúde de Vagos	155
ANEXO X – Autorização do estágio de observação no Centro de Saúde de Vagos	159
ANEXO XI – Pedido de autorização para utilização da sala de formação para realizar a consulta de Enfermagem de SMP.....	163
ANEXO XII – Autorização para utilização da sala de formação para realizar a consulta de Enfermagem de SMP.....	167
ANEXO XIII – Instrumento de colheita de dados e registos de enfermagem.....	171
ANEXO XIV – Plano de Sessão da Formação “Avaliação do Estado Mental”	185
ANEXO XV – Diapositivos apresentados na Sessão de Formação	191
ANEXO XVI - Projecto de Implementação da consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	211

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende dar a conhecer o percurso efetuado durante o estágio, nos Módulos I, II e III, instituído no plano de estudos.

É essencial refletir sobre a prática e na prática, sendo o relatório o utensílio ideal para reunir os aspectos mais importantes no processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional. Tendo em conta que se trata da última fase do processo que se iniciou com o projecto para o estágio, promove-se a capacidade de reflexão sobre o trabalho desenvolvido. Saliento que foram realizadas alterações ao projecto inicial, uma vez que surgiram imprevistos sobre os quais se tornou importante reflectir.

Ao ponderar sobre os locais onde iria realizar os módulos de estágio, considerei que deveriam ser escolhidos de forma a dar continuidade aos cuidados, ou seja, que tanto o serviço hospitalar de internamento de doentes em situação aguda da sua doença como a equipa de cuidados na comunidade pertencessem à mesma unidade.

Realizei inicialmente o módulo II numa unidade de intervenção na crise do adulto, considerando a minha falta de experiência profissional na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Penso que foi uma opção pertinente, uma vez que me permitiu reflectir acerca das minhas experiências profissionais anteriores e perder alguns receios que existiam, bem como desenvolver as competências de avaliação diagnóstica e planeamento de intervenções especializadas junto de doentes e famílias, que se encontram em situação de crise. O referido módulo decorreu no período de 26 de Abril a 17 de Junho de 2011, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSFX – DPSM – internamento de mulheres, num total de cerca de 180 horas de contacto. Este serviço assegura cuidados do âmbito da Psiquiatria a doentes com idade superior a 18 anos (com a reformulação da idade pediátrica adoptada pelo CHLO) em situação aguda da sua doença, bem como aos seus familiares.

Seguidamente, para o módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção na comunidade, optei pela Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental de Oeiras, que pertence ao DPSM, HSFX - CHLO. O referido módulo decorreu no período de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011, num total de 180 horas de contacto. Este serviço assegura cuidados do âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental a doentes com idade superior a 18 anos e em ambulatório, promovendo a sua autonomia, envolvendo os familiares e a comunidade na qual se encontram inseridos. O facto de realizar este módulo posteriormente, contribuiu para a

minha integração no serviço, bem como possibilitou consolidar competências ao nível da relação interpessoal.

Por último, realizei o módulo III - Opcional, na Unidade de Saúde Familiar São João da Talha que pertence ao ACES VI – Loures, entre 21 de Novembro de 2011 e 27 de Janeiro de 2012, com cerca de 180 horas de contacto. Este módulo decorreu no meu actual local de trabalho devido a uma necessidade por mim sentida, relativamente a esta área. O desconhecimento dos doentes mentais que estão inscritos na unidade e do seu actual estado de saúde, bem como a inexistência de programas de promoção da saúde mental, levou-me a reflectir sobre a necessidade da implementação da consulta de enfermagem em saúde mental de forma a colmatar estas falhas.

Para a realização dos três módulos, e de forma a alcançar os objectivos, procurei basear as minhas intervenções enquanto futura enfermeira especialista no Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem, no que concerne às actividades autónomas.

Através da realização deste documento pretendo, de uma forma geral, demonstrar a minha evolução no decurso do estágio. Assim, estabeleci como objectivos:

- Analisar os objectivos delineados durante os módulos, bem como a pertinência das actividades desenvolvidas para os atingir;
- Desenvolver a capacidade de reflexão, interligando os conceitos teóricos com as situações práticas e contribuindo para a aquisição de competências.

O presente relatório encontra-se estruturado do seguinte modo: inicialmente, apresento o enquadramento conceptual, seguindo-se do capítulo onde descrevo, analiso e reflecto sobre as actividades desenvolvidas em cada módulo, bem como sobre as competências que considero terem sido adquiridas. Por último, encontra-se a conclusão, seguida dos anexos.

Na sua elaboração, utilizei uma metodologia essencialmente descritiva, analítica e reflexiva. Quanto à apresentação do mesmo, segui a Norma Portuguesa de apresentação de trabalhos escritos (405-1).

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao logo do estágio, efectuei pesquisas bibliográficas que considerei pertinentes para a minha actualização acerca de temáticas relacionadas com as áreas de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e Saúde Mental na Comunidade. Relativamente à área de enfermagem optei por me debruçar sobre a relação de ajuda e o processo de resolução de problemas. Considerei que se tratavam de temas relevantes para a realização dos estágios (inclusivamente, dos três módulos) contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, começo por reflectir sobre a modelo teórico que escolhi para fundamentar as minhas actividades uma vez que o considerei como mais apropriado, conforme passo a descrever.

ENFERMAGEM - MODELO DE BETTY NEUMAN

O modo como reflectimos sobre a definição de cuidar e a sua interiorização, promove uma maior autonomia da prática dos cuidados de Enfermagem junto dos doentes, famílias e comunidades.

Independentemente do local de prestação de cuidados, a enfermagem deve basear-se num método científico, socorrendo-se dos modelos existentes e que apoiem a sua prática. A influência teórica que considero pertinente nas abordagens realizadas durante o estágio foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que constituiu um importante auxílio para a reflexão sobre todas as intervenções por mim efectuadas. Este modelo tem como principais componentes o stress e a reacção ao stress, bem como a gestão da saúde e da crise (que pode surgir como resposta ao stress).

Como enfermeira devo considerar o doente como um todo multidimensional, que está em constante interacção com o ambiente que o rodeia, saber como respeitar as suas decisões enquanto pessoa autónoma e ser biopsicossocial, cultural e espiritual que é, adequar os cuidados às necessidades expressadas.

Segundo George (2000, p.226), «O cliente pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou um agrupamento 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.».

Este modelo tem uma visão holística do doente, perspectivando-o 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 citada por Tomey e Alligood (2004, p.336).

Assim, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman permite a abordagem do doente na sua globalidade, atendendo a constante interacção com o ambiente, quer interno, quer externo, que interfere no equilíbrio do seu sistema. Este modelo baseia-se na reacção ao *stress* e nos factores envolvidos na adaptação do seu sistema. Assim, a sua aplicação permite compreender o que desencadeou a situação actual, identificando os 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.

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 citada por Tomey e Alligood (2004, p.338), os stressores são «[...] estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente.» Podem ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais.

A estrutura básica encontra-se rodeada por “anéis concêntricos” que funcionam como mecanismos protectores (George, 2000). A linha de defesa normal é

«[...] o círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões normais de coping do cliente, estilo de vida [...]» (Freese citada por Tomey e Alligood 2004, p.339).

A linha de defesa flexível é «[...] dinâmica e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo (...) entendida como um pára-choques protector para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar [...]» (p.339).

Por sua vez, as linhas de resistência, «[...] representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor. Um exemplo é o sistema imunitário de resposta.» (p.339).

Com tal, Neuman *apud* George (2000, p.231) refere que o objectivo da enfermagem é manter ou atingir a estabilidade do sistema, através de intervenções aos três níveis de prevenção:

- Prevenção Primária – ocorre quando se suspeita ou se identifica um stressor, antes que a reacção ocorra. Tem como objectivo «[...] o fortalecimento da linha flexível de defesa através da prevenção do *stress* e da redução dos factores de risco [...]» (p.231)
- Prevenção Secundária – acontece após o início da reacção e procura «[...] o fortalecimento das linhas de resistência, protegendo, portanto, a estrutura básica através do tratamento apropriado dos sintomas.» (p.231);
- Prevenção Terciária – ocorre após o tratamento activo e visa «[...] manter o bem estar ou proteger a reconstituição do cliente através dos pontos fortes de apoio existentes (...) tende a levar de volta à prevenção primária.» (p.231).

Considero o Modelo de Sistemas de Betty Neuman um importante contributo para a realização do estágio, pois permite ter em atenção os vários factores stressores que levaram ao aparecimento, desenvolvimento e manutenção do psicopatológico, bem como possibilita e justifica a delineação das intervenções de enfermagem a nível da prevenção secundária e terciária.

RELAÇÃO DE AJUDA

Segundo Lazure (1994, p. 99), «[...] a relação de ajuda é uma relação pela qual a pessoa que ajuda proporciona ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas.», pelo que é essencial para os cuidados de enfermagem de forma a atingir a excelência dos mesmos.

No entanto, para esta autora, existem determinadas premissas relativas ao papel da enfermeira que são essenciais, nomeadamente,

«O papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema. A enfermeira assiste o cliente, orienta-o e facultar-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema.» (p.99)

Como também nos refere Phaneuf (2005, p. 322),

«É preciso também que à partida a enfermeira considere o doente como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença. Quando se trata de contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave de abertura para uma relação significativa e calorosa, numa conveniência terapêutica essencial a um trabalho profissional.»

Segundo Lazure (1994, p.14), os objectivos da relação de ajuda são: «[...] 1) ultrapassar uma provação; 2) resolver uma situação actual ou potencialmente problemática; 3) encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e 4) detectar o sentido da existência.»

Como tal, torna-se fundamental que a enfermeira esteja desperta para determinadas condições nomeadamente, estar presente física e psicologicamente, centrada no doente, aceitá-lo

respeitando-o sem julgar. Apenas desta forma se torna possível mostrar empatia e iniciar este longo processo da relação de ajuda. Ressalto os princípios da comunicação de Phaneuf, uma vez que a relação de ajuda,

«Trata-se de uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.» (Phaneuf 2005, p. 324)

PROCESSO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

A técnica de resolução de problemas é uma intervenção utilizada por diversos técnicos de profissões de ajuda na relação com os seus doentes.

O primeiro passo a trabalhar com os doentes, antes de obter os conhecimentos referentes ao processo de resolução de problemas, é a pessoa tomar consciência de si, do problema e das suas aptidões e recursos. Após interiorizar estes aspectos, estará apto para realizar escolhas, agir em função delas e tomar como sua a responsabilidade das mesmas.

Como tal, deve-se definir o problema que, segundo Chalifour (2009, p.117), «[...] é de maior complexidade que a simples dificuldade [...] exige o recurso a um processo cognitivo mais estruturado.»

Desta forma, e segundo o mesmo autor, a pessoa assiste a um problema quando:

- «- Vive uma experiência em que a situação desejada é divergente da situação real [...];
- Não se sente apto para alterar a situação real na desejada [...];
- Esta condição causa sofrimento e mau estar, podendo advir modificações a nível da sua saúde física ou mental [...].»

Também segundo o mesmo autor, a técnica de resolução de problemas é «[...] um processo através do qual se tenta deslindar uma solução para um problema.» (p.119). O processo em si desencadeia-se em quatro etapas, sendo antecedidas por uma sub-etapa de orientação geral e no final, avaliam-se os resultados e o processo.

1ª Etapa - Orientação geral

Relacionada com a «[...] exploração das motivações e disponibilidade do cliente [...].» (*idem*), leva o mesmo a enfrentar que as dificuldades fazem parte da vida e que as suas capacidades são viáveis para os resolver. Segundo o autor, estudos revelam que «[...] pessoas com uma fraca taxa de sucesso na resolução de problemas tendem a ser impulsivas, impacientes [...].»

Compete ao terapeuta estar em alerta para estas atitudes de forma a poder intervir e antecipar possíveis erros.

2ª Etapa – Definição do problema

Referente à colheita de dados, que permite ver a «[...] diferença entre a situação real e a ideal [...]» (*idem*). Assim, inibe-se a resposta irreflectida perante um problema e avalia-se a situação em todos as suas vertentes. A atenção é concentrada no que é importante, definem-se objectivos, identificam-se os obstáculos e encontram-se atitudes exequíveis. Ou seja, é nesta fase que nos é possibilitada a definição dos diagnósticos de enfermagem.

3ª Etapa - Inventário das soluções

Baseia-se em encontrar as soluções mais adequadas ao problema descoberto, para actuar sobre as causas do mesmo e, desta forma, minorá-lo ou superá-lo. Na maioria das ocasiões, o terapeuta pode socorrer-se da técnica de *brainstorming* com o doente.

4ª Etapa - Escolha de soluções

As soluções ideais serão as que vão ter uma acção sobre as causas e que podem ser ajustadas de acordo com os recursos disponíveis. É fundamental ter em conta critérios de ordem racional, emocional e valorativos do doente durante a escolha da solução, bem como o alvo de mudança, com vista a «[...] proporcionar mais vantagens do que inconvenientes [...]» (*idem*, p.125).

5ª Etapa - Planificação e implementação da solução

Segundo Poupert (1973) citado por Chalifour (2009, p.125), nesta etapa pretende-se «[...] ordenar e organizar no tempo todos os elementos implicados na acção, para que o seu encadeamento seja lógico e corresponda às finalidades visadas de forma a serem realizáveis.»

6ª Etapa - Avaliação

É o momento em que se confere se os resultados previstos foram os alcançados e de que forma. É nesta fase que o doente se mentaliza da existência de métodos possíveis de aplicar em momentos adversos ao longo da sua vida, e utilizá-los de forma autónoma – processo de aprendizagem.

Em suma, o processo de resolução de problemas tem como objectivos ajudar o doente a identificar os seus problemas e dificuldades, tomar consciência dos seus recursos e, através deles, encontrar soluções para os seus problemas, aumentando a sua auto-confiança.

2 – ESTÁGIO

De acordo com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros, o título de Enfermeira Especialista confere competências científicas, técnicas, humanas e culturais, para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas de actuação. O que difere a especialidade de Saúde Mental das restantes é o facto de se focalizar na «[...] *promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.*» (OE, 2010).

É neste âmbito que o Mestrado de Natureza Profissional na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, visa o desenvolvimento de competências para intervenções de enfermagem ao doente – indivíduo, família, grupo - com doença mental, tendo por objectivo «[...]... evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.» (*idem*)

É nesse sentido que a prática assume um papel notável na formação da enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, obrigando a uma relação entre conhecimentos teóricos e práticos.

Como descrito anteriormente, por não possuir experiência profissional na área da Psiquiatria, foi proposta a realização do módulo II em primeiro lugar, pelo que irei seguir a ordem cronológica.

2.1 – MÓDULO II – INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO

2.1.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A integração na equipa foi imprescindível para o desenvolvimento do projecto inicial. Tendo em conta que exerci funções no HSFX até recentemente, considero que este facto foi facilitador da

minha integração no local uma vez que apenas seria necessário tomar conhecimento das dinâmicas específicas do serviço.

Actualmente, o serviço de internamento de psiquiatria faz parte do DPSM do CHLO, o qual integra também cinco Equipas Comunitárias, Hospital de Dia, Unidade de Vida Apoiada e uma Equipa de Psiquiatria de Ligação, sendo o âmbito de actuação da enfermagem mais abrangente, com as seguintes áreas: internamento, unidade de dia e consulta externa. A unidade de internamento do r/c comporta o internamento de doentes do sexo feminino em situação aguda (com lotação de 22 camas – apenas um quarto individual para isolamento de doentes mais agitadas), enquanto o internamento do primeiro andar, continua a ser um internamento de doentes em fase aguda, mas unicamente para doentes do sexo masculino. Os doentes de evolução prolongada residem em habitações construídas nos terrenos do DPSM. Esta unidade de cuidados é designada por Unidade de Vida Apoiada (UVA).

As doentes internadas no DPSM, UIDA do r/c, são do sexo feminino, em idade adulta, com patologias diversificadas, tais como: Doença Bipolar, Esquizofrenia, Estados Depressivos, Surtos Psicóticos, Distúrbios da Personalidade, Demências.

O circuito da doente internada na UIDA do r/c pode ser feito através do SU, ou através das Equipas Comunitárias. Durante o internamento existe partilha de informação entre o serviço e as equipas comunitárias sobre o estado da doente, perspectivas de alta e recursos a mobilizar para a reinserção social. No momento da alta é enviada a nota de alta médica e de enfermagem à equipa comunitária, a fim de garantir a continuidade do tratamento.

A equipa de enfermagem é constituída por dezasseis enfermeiros, dos quais um desempenha funções de coordenação do serviço, um desempenha funções na UVA com horário fixo e os restantes catorze estão distribuídos pelos diferentes turnos (manhã e tarde/noite). Os cuidados de enfermagem baseiam-se no método por responsável, embora não esteja a decorrer de momento, por contingências do serviço. Relativamente ao acolhimento das doentes, desde que a situação clínica permita, este é efectuado por quem se encontra de serviço, embora não fique responsável por essa doente. Cabe à enfermeira colher todos os dados que considere pertinentes, preenchendo a nota de entrada, assim como realizar o acolhimento à doente: apresenta-se o serviço (funcionamento e localização dos vários espaços que dispõe), a unidade, são-lhe identificadas as regras de funcionamento do mesmo (horário das visitas bem como da realização de telefonemas, objectos que são permitidos guardar) e entrega-se um panfleto - Guia de Acolhimento. Oportunamente, é realizada uma entrevista e, se estiver acompanhada por familiares e for possível, realiza-se novo acolhimento aos mesmos. A elaboração da nota de alta pode ser realizada por qualquer elemento da equipa de enfermagem sendo que esta segue para a equipa comunitária, referente à área de residência da doente (partindo do princípio que vai ser seguida nessa equipa), com o objectivo da continuidade dos cuidados prestados.

A equipa médica é a mesma para os dois serviços, existindo uma equipa de urgência 24 horas, mas que está situada fisicamente no SU do HSFX. A terapeuta ocupacional dá apoio aos dois serviços, desenvolvendo a sua actividade nos espaços existentes nos dois internamentos e jardim do DPSM. A secretária de unidade dá apoio aos dois serviços.

É de salientar a importância da existência de uma reunião de equipa multidisciplinar todas as quartas-feiras, onde os casos das doentes internadas são discutidos de acordo com a perspectiva médica, de enfermagem, a nível social e também com o apoio da terapeuta ocupacional.

Descrito o funcionamento e as dinâmicas do serviço, considero relevante reflectir sobre a minha **integração na equipa de enfermagem** e no início da minha **relação com as doentes**.

Considero que foi difícil ambientar-me a esta nova realidade e também às dificuldades sentidas em articular o meu estatuto de estudante com todo o resto, a nível pessoal e profissional. No entanto, com o apoio de todos os elementos da equipa, senti-me muito bem recebida e apoiada em todo este percurso. Para desenvolver as minhas capacidades de integração, recorri a documentos de apoio, bem como a informações dadas pelos diferentes elementos da equipa e através da observação da dinâmica da mesma. Considero relevante salientar que durante o meu estágio, uma vez que as enfermeiras do serviço têm uma carga horária de cerca 31h/semanais e o meu orientador esteve ausente durante as últimas três semanas, acompanhei outras enfermeiras na prestação de cuidados (inclusivamente, enfermeiras que não são especialistas na área, mas que exercem funções em serviços de Psiquiatria há cerca de 10 a 15 anos). Foi muito enriquecedor para a minha experiência uma vez que observei outras formas de abordagem das doentes, embora os objectivos das intervenções e os resultados obtidos fossem similares. Desta forma, e de acordo com Phaneuf (2005, p.2), saliento que,

«Na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer. Este conceito, que se identifica muitas vezes com a excelência, não se forma instantaneamente. Baseia-se em vias das quais algumas são claramente identificáveis, tais como uma sólida formação, mas também sobre outras, mais subtis e mais pessoais, que decorrem da personalidade da enfermeira e de um saber-fazer orientado não somente pelas regras codificadas da prática, mas também por uma capacidade aguda de percepção, de interpretação das situações e pela acumulação de experiências que deixaram marcas.»

De acordo com a minha experiência profissional anterior e recente, nomeadamente num Serviço de Urgência Geral, o meu contacto com doentes do foro psiquiátrico era constante, embora este se resumisse à administração de terapêutica uma vez que, por gestão de serviço, não existe enfermeiro atribuído ao sector da Psiquiatria. Os doentes poderiam encontrar-se nos diversos sectores de atendimento a aguardar que um enfermeiro da equipa tivesse oportunidade de os observar, entre todos os outros doentes do foro médico-cirúrgico. Este facto não promovia um atendimento que seria desejável, mais especificamente com um

ambiente calmo, tranquilo e durante o qual o enfermeiro teria possibilidade de comunicar para melhor compreender o seu estado. Por vezes, a actuação passava apenas pela contenção física e química, pois a minha presença era imprescindível noutra sector no qual se encontravam doentes em risco de vida imediato. Penso que por vezes este contacto também era abreviado por insegurança, por falta de conhecimentos e prática nesta área, bem como por medo. É de salientar, que no SU, a maioria das vezes, os doentes encontram-se agitados o que perante a possibilidade de agressão física torna o primeiro contacto com os doentes, restrito à administração de fármacos no sentido de contenção química. Quando por motivo de internamento era necessário abordar o doente, este momento era fugaz e com duração limitada apenas ao necessário para colher alguns dados sobre o mesmo e para ter uma ideia de como este se encontrava fisicamente, de forma a intervir no estritamente necessário.

Entretanto, surgiu a necessidade de estagiar num serviço de internamento de doentes psiquiátricos em situação aguda, o que me deixou de certo modo apreensiva. Até então, a minha experiência era apenas na actuação em situações de risco de vida e no âmbito curativo, o que não me facilitava o planeamento do estágio, bem como pensar em estratégias para abordar os doentes e, acima de tudo, como trabalhar com os doentes e famílias. Contudo, logo nos primeiros turnos realizados, pude constatar que num internamento de psiquiatria a visão do modelo biomédico é substituída por uma prestação de cuidados com base na comunicação e relação interpessoal, com a finalidade de estabelecer uma relação de ajuda. Tudo isto, deixou-me ainda mais “desconfortável” pois ao fim de anos a exercer funções num SU, seria um reaprender a trabalhar com doentes e suas famílias.

No entanto, ao longo dos turnos realizados pude verificar que a contenção física e química é substituída pela comunicação. Não tinha ideia que os doentes cediam a este tipo de intervenção, mas fiquei ainda mais surpreendida quando uma doente verbalizou que no SU esteve agressiva e foi contida fisicamente, embora “eu só queria falar com alguém... Porque é que eles não falaram comigo? Eu só precisava de falar e eu sei que me acalmava logo...”(sic). Segundo Phaneuf (2005, p.31), «*A postura adoptada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela pretende consagrar à pessoa que se ocupa.*» Esta reflexão levou a considerar que a minha intervenção até ao momento, bem como da restante equipa do SU, não facilitava a nossa prestação de cuidados e que as doentes quando chegavam ao serviço de internamento, apresentavam queixas relativas ao atendimento anterior (SU) pela falta de comunicação.

Em suma, enfermagem não é apenas um seguimento do modelo biomédico, mas acima de tudo, uma profissão que se baseia na relação permanente com o outro. Segundo a mesma autora (2005, p.31), «*Também é importante que a enfermeira observe o seu próprio comportamento e o modifique segundo as necessidades, de maneira a controlar melhor a sua maneira de estar face às pessoas cuidadas.*» Assim, apreendi que a minha prestação de cuidados se mantinha estreitamente ligada ao conhecimento clínico, sempre em busca de

algum sinal/sintoma físico e que se tornava fulcral reconhecer o doente como muito mais que um corpo com alguma patologia, mas sim, como um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual.

Relativamente ao objectivo estabelecido para este estágio, fiquei a conhecer as doentes e elas a mim. Além de colaborar com as enfermeiras na administração de medicação (toma assistida), também fui realizando actividades sob supervisão, nomeadamente, **entrevistas de acolhimento**. Fui aumentando as minhas técnicas de comunicação, fazendo entrevistas informais e não estruturadas com algumas doentes. Penso que o início da minha relação de ajuda com as doentes foi mais prolongado do que estabeleci: como me considero uma pessoa extrovertida e com facilidade em estabelecer contacto com o Outro, pensei que seria mais “fácil”. No entanto, as doentes têm uma excelente relação com as enfermeiras do serviço, o que levou a que também me vissem como elemento de referência, apenas ao fim de aproximadamente quatro semanas. Só nessa altura, a aproximação das doentes foi sendo mais efectiva e, ao mesmo tempo, os meus receios/medos iniciais, deram lugar a segurança e conforto de estar junto a elas, ouvi-las.

Após ter ultrapassado o obstáculo da integração, e ter lido uma vasta bibliografia sobre psiquiatria e técnicas de comunicação e intervenção na crise (o que mais me preocupava inicialmente), sentia-me mais preparada para começar a desenvolver intervenções de enfermagem que me permitissem evoluir do estadió de generalista para futura especialista. Iniciei então o meu primeiro **estudo de caso** em contexto de estágio, sobre uma doente, a D.^a A.B., internada por um quadro depressivo major com sintomatologia psicótica. Apesar dos meus receios por iniciar contacto em contexto psiquiátrico (com doentes com sintomas psicóticos), foi útil toda a preparação prévia e o apoio da equipa de enfermagem. Fiquei de imediato responsável por esta doente e por estabelecer um plano de cuidados adequado e exequível (Anexo I). Determinei os diagnósticos de enfermagem (pensamento alterado, comunicação alterada, auto-estima diminuída, ingestão de alimentos diminuída, padrão de sono alterado, interacção social comprometida) bem como as respectivas intervenções e quais os resultados esperados. Uma vez que a doente se mantinha com discurso hipofónico e com latência de resposta muito acentuada, não foi possível realizar entrevista, pelo que aguardei pela melhoria do quadro clínico. Numa tentativa de continuar a evoluir, ganhar mais confiança em mim e nas minhas capacidades, assisti e realizei entrevistas de apoio a outras doentes, partilhando posteriormente, as informações com a restante equipa. Ao fim de duas semanas, efectivei a primeira entrevista, de acordo com um guião que elaborei previamente para a realização de entrevista inicial e diagnóstica, atendendo aos itens que considerei relevantes na avaliação física e mental (Anexo II). Esta entrevista decorreu inicialmente com a supervisão do enfermeiro orientador. Senti-me ansiosa no início mas, com o decorrer do tempo, senti que não estava a forçar as minhas capacidades relacionais e que não era diferente do que fazia até hoje, embora com objectivos diferentes.

Posteriormente, a D.^a A.B. foi melhorando e, através de informações obtidas através da consulta do processo clínico actual e do anterior, bem como da entrevista ao seu pai, iniciei as

entrevistas e reorganizei a elaboração do primeiro estudo de caso. Ao final de seis semanas, a doente melhorou gradualmente o seu estado geral: sem aparentes alterações do pensamento, humor eufímico, expressava as suas emoções, demonstrava competências relacionais com as outras doentes e com a equipa de saúde, o descanso nocturno era adequado e reparador e alimentava-se adequadamente. Na sétima semana, a doente teve alta clínica. Esta situação foi muito gratificante para mim enquanto pessoa e enfermeira, uma vez que acompanhei a doente durante todo o seu internamento, verificando a sua recuperação diariamente e pela relação que estabeleci com a mesma. Não foi possível apresentar os resultados à equipa por motivos de organização do serviço e da minha atividade profissional (as sessões de enfermagem realizam-se às sextas-feiras cerca das 14h30). Em simultâneo, iniciei também o **segundo estudo de caso**, numa tentativa de continuar a evoluir e melhorar as minhas capacidades (Anexo III). A doente, D.^a I. estava internada com o diagnóstico de síndrome depressivo major com sintomas ansiosos. Após as entrevistas realizadas à doente e seus familiares, foi possível determinar os diagnósticos de enfermagem: auto estima diminuída, sono alterado, ingestão de alimentos diminuída e interacção social comprometida. Com esta doente percebi a verdadeira importância do acolhimento realizado à entrada no serviço – no final do mesmo, a doente sorriu e agradeceu a disponibilidade. Apesar do estado clínico da doente, senti que o meu objectivo de criar uma relação terapêutica estava a iniciar-se! Durante três semanas, as entrevistas foram decorrendo gradualmente, de acordo com a periodicidade estabelecida e com objectivos pré-definidos - estimular a expressão de emoções, terapia de suporte e posteriormente, de preparação para a alta. No início da quarta semana, a doente apresentava melhoria do seu estado geral, com os resultados esperados alcançados – humor eufímico, aspecto cuidado, bom contacto, discurso fluído sem dificuldade na expressão de emoções, melhor interacção com as outras doentes e equipa de saúde, bem como, com objectivos pessoais futuros! Mais uma vez, foi bastante gratificante a nível pessoal e profissional, analisar o trabalho desenvolvido com a doente e os resultados alcançados!

Com a execução dos estudos de caso, e conseqüentemente com a necessidade de comunicar, tomei conhecimento da minha dificuldade em realizar entrevistas formais, possivelmente por me sentir mais constrangida. Gostaria também de salientar que devido à minha experiência profissional no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, sinto-me mais preparada para realizar entrevistas informais; nos Centros de Saúde, os doentes abordam as enfermeiras de forma informal, quando mais necessitam, o que não implica que a entrevista não tenha objectivos e que estes não sejam colocados em prática. Tendo em conta que era o meu primeiro módulo, considerei que seria preferível optar pelo modelo de entrevista informal, por me sentir mais “confortável”, embora os objectivos da mesma fossem estabelecidos, de acordo com a entrevista semi-dirigida.

No entanto, considero que melhorei as minhas capacidades comunicacionais e, ao demonstrar disponibilidade, estabelecer uma relação mais próxima com as doentes. Desta forma, pude delinear objetivos de acordo com os diagnósticos de enfermagem elaborados e em consonância com as necessidades expressas. Creio, através das manifestações das doentes,

que consegui proporcionar um ambiente favorável para o início de uma relação de ajuda, facilitando a expressão de sentimentos, emoções, preocupações.

Em relação às actividades do serviço, estive presente em duas **reuniões comunitárias**, que se realizam semanalmente à terça-feira e orientadas pela enfermeira coordenadora que é especialista na área, e nas quais as doentes expõem as suas preocupações relativamente a qualquer tema. Foi curioso observar nestas reuniões como as doentes interagem em grupo, bem como, quais as suas preocupações relativas ao funcionamento do serviço. Por vezes, houve necessidade de intervir, de forma a manter o “fio condutor” da reunião e que as doentes não se dispersassem nos temas. Também participei em algumas actividades desenvolvidas diariamente com as doentes, nomeadamente **terapia pela actividade** e passeios ao exterior. Estas actividades são muito valorizadas pelas doentes, não só porque lhes permitem alguma distração, mas a nível terapêutico têm também o objectivo de promover a socialização (nomeadamente, com os doentes internados no primeiro andar e a residir na UVA, e com os próprios profissionais), diminuir ansiedade e melhorar as competências comunicacionais, pessoais e sociais – exemplo: gestão do dinheiro aquando das idas ao café. Considero que as actividades desenvolvidas são essenciais para que atinjam a sua máxima autonomia e que, naturalmente, a integração na comunidade seja facilitada.

No fim destas semanas, os ganhos em crescimento pessoal, em competências relacionais e comunicacionais, foram vastíssimos. Ultrapassei os receios e as ideias pré concebidas acerca destas doentes, consigo comunicar com elas e, acima de tudo, considero que consigo estabelecer uma relação de ajuda. Em síntese, consegui identificar problemas com as minhas doentes e trabalhar com elas, de forma a desenvolver estratégias futuras, seguindo o modelo teórico de Betty Neuman.

Em suma, ao concretizar este objectivo penso que **desenvolvi competências** ao nível do auto-conhecimento, reflectindo sobre as minhas experiências anteriores e da forma como posso progredir pessoal e profissionalmente, bem como, ao nível da avaliação global do doente do foro psiquiátrico e planeamento de cuidados (com base nos diagnósticos de enfermagem e nos resultados esperados). Todas as actividades realizadas, tiveram como objectivo major a reabilitação das doentes, de forma a atingir a sua máxima autonomia.

2.1.2 - PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AOS DOENTES/FAMÍLIAS, EM SITUAÇÃO DE CRISE

No sentido de evolução na minha prestação de cuidados, foi importante relacionar os conhecimentos teóricos com a prática de forma a dar-lhe sentido, pois só assim é que é possível fundamentar as minhas intervenções.

Como referido anteriormente, optei por assentar a minha actuação nos pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman. O referido modelo defende uma visão holística da pessoa, perspectivando-a como um todo que está em permanente interacção com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo susceptível a factores de stress que podem gerar o seu desequilíbrio.

Segundo Benter, citado por Stuart e Laraia (2001, p. 225), «[...] crise é uma perturbação causada por um evento stressante ou pela percepção de uma ameaça [...]». As intervenções de enfermagem no doente em crise visam ajudá-lo a voltar ao seu estado anterior à crise, mas com a aquisição de novos conhecimentos que lhe permitam futuramente ser mais eficaz na resolução de problemas.

Tendo em conta o supramencionado e o modelo teórico de Betty Neuman, foram desenvolvidas algumas acções que me permitissem identificar as necessidades/problemas dos doentes e planear intervenções de enfermagem. Para tal, **realizei entrevistas às doentes/famílias**, de forma estruturada e planeada (diligenciei para que as entrevistas às doentes ocorressem pelo menos, uma vez por semana) e sempre que possível (surgiram duas situações em que as entrevistas com os familiares foram canceladas pelos próprios, devido a imprevistos profissionais, mas que foram remarcadas), para determinar quais os agentes stressores e adequar as minhas intervenções.

A entrevista de enfermagem é um momento de interacção entre o doente e a enfermeira e pode ter diversos objectivos, tais como: colheita de dados, apoio psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a assistir o doente perante uma situação que lhe é difícil. Durante a sua preparação deve ser valorizada a finalidade da mesma, tipo de doente a quem se dirige e recursos disponíveis para a sua concretização. Existem várias abordagens, no entanto destaco novamente a entrevista semi-directiva que permite a existência de um guião e que impulsiona a expressão de emoções do doente/familiar. Para a sua efectivação deve ser seleccionado um lugar tranquilo, um momento oportuno e ter em consideração a confidencialidade. Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar diversas entrevistas a doentes e seus familiares, tendo como objetivos os supracitados, de forma a colmatar as preocupações sentidas no momento da abordagem, e que eram evidentes.

Deste modo, a enfermeira deve escutar e analisar as palavras do doente bem como o seu comportamento verbal e não-verbal, relacionando o que é dito e observado. Durante este

processo, a relação de confiança que se cria é fundamental para que exista mudança de comportamentos. Creio que no decorrer das oito semanas consegui estabelecê-las através da demonstração de disponibilidade e que, naturalmente, os resultados foram positivos, uma vez que as doentes continuaram a procurar-me e a questionar sobre as situações que mais as preocupavam no momento.

De acordo com Phaneuf (2005), a entrevista divide-se em quatro etapas: preparação, orientação, exploração e conclusão. Na primeira fase, realiza-se um levantamento prévio dos dados do doente existentes no seu processo e estabelecem-se os objectivos da entrevista. Seguidamente na fase de orientação, tenta-se criar uma relação empática e já na fase de exploração procede-se à colheita dos dados em falta e faz-se o levantamento dos diagnósticos de enfermagem. É durante esta fase que se preconiza o trabalhar a relação de ajuda e a resolução dos problemas. Para conclusão da entrevista, é valorizado um breve resumo do que foi examinado e definem-se os objectivos a trabalhar. Inicialmente, senti que se tratavam de diversas etapas e que recordá-las e segui-las seria difícil. No entanto, com o tempo tornou-se mais espontâneo recordar as diferentes fases, o que favoreceu a minha relação com as doentes pois estava mais “descontraída” – comportamento não-verbal (postura menos rígida).

A função da enfermeira na promoção da resolução de problemas reside essencialmente em apoiar o doente na tomada de consciência de si, reflectir sobre qual o problema e a utilizar os seus próprios recursos para ultrapassar o mesmo. Se os resultados esperados não forem atingidos, surge a necessidade de rever todo o processo e redefinir estratégias, para que o doente aumente a sua auto-confiança e consiga superar futuras situações de crise (Chalifour, 2009). Recordo o trabalho desenvolvido com a doente D.^a I., quando inicialmente não vestia a sua roupa (apenas a roupa hospitalar) por lhe recordar o seu passado, como que se fosse um confronto com a sua realidade. Foi imprescindível a relação empática estabelecida para permitir a expressão das emoções e, posteriormente, trabalhar as mesmas de forma a superar esta problemática.

Esta técnica é ampliada ao longo dos variados contactos com o doente, nomeadamente no âmbito das entrevistas. Trata-se de uma das bases para o que o mesmo autor designou como “Terapia de Suporte”, na qual a enfermeira tem o papel de acalmar o doente, conquistando a sua confiança e reforçando de modo positivo os objectivos atingidos.

É fundamental que a enfermeira reúna todos os meios necessários para ajudar o doente e a sua família, contribuindo para um ambiente seguro na expectativa de resolver os seus problemas. Em suma, a enfermeira necessita de desenvolver as suas aptidões intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais de acordo com os conhecimentos que tem e que contribuem para a competência neste domínio.

Durante a minha estadia no serviço de Psiquiatria do DPSM tive oportunidade de realizar algumas actividades e de assistir a outras. Gostaria de destacar a sessão sobre o apoio das equipas comunitárias (nomeadamente Parede e Cascais) aos doentes e famílias, bem como as

reuniões comunitárias e as actividades desenvolvidas pela terapeuta ocupacional, por terem sido aquelas em que foi evidente a importância que têm este tipo de intervenções.

A reunião comunitária é realizada semanalmente à terça-feira, durante o período da manhã, e é um espaço onde as doentes expressam as suas emoções, dúvidas, medos sobre o internamento e como pode ser melhorado o funcionamento do serviço, para que os cuidados prestados sejam de acordo com as suas necessidades e expectativas. O tema é livre e cada doente descreve o problema que quer, possibilitando a intervenção de todos, mas com normas. Procura-se também promover mudanças comportamentais, tais como a capacidade de ouvir os outros e de se exprimirem. A reunião é conduzida por uma enfermeira do serviço (normalmente pela enfermeira coordenadora, que é especialista na área) e após a apresentação de todos os elementos, dá-se início à mesma.

Procurei durante o estágio, juntamente com a equipa de enfermagem, definir temas que considerassem pertinentes para apresentação/discussão no serviço. Segundo a minha percepção, que posteriormente foi confirmada com a consulta dos processos clínicos e entrevistas à equipa de enfermagem, o abandono da medicação por parte das doentes do serviço de Psiquiatria do HSFX surgiu como uma realidade sobre a qual considerei fundamental intervir. Neste campo, a enfermeira tem um papel importante pois é ela quem mais tempo passa com os doentes e é à enfermeira que compete realizar sessões de educação para a saúde. Segundo a OE (2009),

« [...] a prática holística da enfermagem inclui avaliar o risco de não adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais), identificar os diagnósticos e motivos para a não adesão, proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação e avaliar a adesão ao tratamento.»

Segundo Klein e Gonçalves (2005), as causas da baixa adesão ao regime medicamentoso prendem-se com as características do doente e da sua família (nomeadamente, conhecimentos que tem sobre a doença e quais os efeitos pretendidos e secundários da medicação), da relação estabelecida com os profissionais de saúde e com a complexidade e duração das prescrições.

Como tal, planeei **sessões de educação para a saúde** com o objectivo de compreender os motivos da fraca adesão das doentes internadas e trabalhar este aspecto (Anexo IV). Foi planificada a sessão, definindo os objectivos a atingir bem como os critérios de selecção das doentes, tendo sido analisado o tema com o meu enfermeiro orientador, que considerou pertinente.

Apesar do apoio da equipa de enfermagem, não foi fácil a sua concretização, pois não foi possível manter um grupo semelhante para a realização das sessões, devido às diferentes fases de recuperação da doença. No entanto, realizei duas sessões de grupo, com cerca de oito doentes cada, e três sessões individuais. Como critérios de selecção, optei por doentes que estivessem orientadas no tempo, espaço e pessoa, estáveis do ponto de vista

psicopatológico e que demonstrassem interesse em participar. Atendendo às diferentes características das doentes (patologias, experiências passadas), talvez este facto pudesse ser considerado uma desvantagem, mas acabou por ser mais enriquecedor uma vez que foi interessante observar a interacção entre as mesmas e tornou-se mais fácil esclarecer os conteúdos da sessão pela própria partilha de informação. As sessões em grupo foram dinâmicas e interactivas, começando por se usar a técnica de *brainstorming* para identificar quais os conhecimentos sobre a doença e medicação. Deste modo, foi-me permitido conhecer melhor as doentes, como estavam organizadas mentalmente, e avaliar de uma forma sumária como funcionam a nível familiar, o que foi gratificante pois não estava previamente estabelecido mas tornou-se bastante útil para planear intervenções de enfermagem, individuais.

Senti-me surpreendida como a minha apresentação suscitou intervenções das doentes com interacções sociais comprometidas, que até então se isolavam e não abordavam de forma espontânea a equipa de enfermagem, e que na sessão expuseram sentimentos e dúvidas que consideravam pertinentes mas sobre as quais ainda não tinham sentido necessidade de abordar, nomeadamente, sobre a presença da polícia nas suas casas e dos internamentos compulsivos. Mais uma vez confesso que, apesar da inexperiência, considero que apenas a preparação e prática contínua destas competências de comunicação, podem levar a uma melhor actuação da minha parte, com maior domínio das situações inesperadas (intervenções sobre os mais diversos temas que não seguem o plano estabelecido inicialmente, mas que considero que não devem ser ignorados).

Como referido anteriormente, as doentes questionaram sobre os internamentos compulsivos, pelo que considerei pertinente abordar este assunto de uma forma sucinta mas não deixar de explicar como este se processa a nível legal e questionar as doentes como se tinham sentido perante tal situação. No entanto, não cumpri o tempo estipulado para as sessões, embora o enfermeiro orientador tenha afirmado que melhorei na segunda (calma, improvisado e controlo das intervenções pelas doentes). Julgo que foi muito positivo para as doentes devido à expressão de emoções e troca de experiências, devido ao feedback das mesmas, nomeadamente pelas expressões “ Muito obrigada enfermeira, não tinha imaginado que a sessão seria assim”(sic). No final, todas identificaram sinais de alerta, quando sentem que algo não está bem, e razões pelas quais não devem interromper a terapêutica, demonstrando boa compreensão sobre o esquema do guia terapêutico.

Em síntese, com a efectivação deste objectivo considero que aprofundei as minhas capacidades de comunicação e de delineamento de estratégias de acordo com as necessidades expressas pelo doente / família. Devido a minha parca experiência nesta área de actuação, e com o apoio das diferentes pessoas que me acompanharam neste processo, foi-

me permitido reflectir sobre a minha postura, sentimentos e valores que poderiam influenciar a relação com o outro e corrigir os mesmos. Demonstrei capacidade para avaliar e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, bem como reagir perante situações imprevistas e complexas e conhecimentos sobre técnicas de comunicação na relação com o doente/família.

2.2 – MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

2.2.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Tendo em conta que exerci funções no CHLO durante algum tempo e que realizei o primeiro módulo no serviço de internamento do DPSM, inicialmente não considerei relevante estabelecer como objectivo a integração na equipa, embora este seja um passo fundamental no início de qualquer actividade.

Senti necessidade de o adicionar uma vez que optei por alargar o campo de estágio e observar/participar em actividades desenvolvidas em outras duas instituições, nomeadamente na Unidade Sócio-Ocupacional Farol do Búgio, que pertence à ECPSM, bem como no Fórum Sócio-Ocupacional de Oeiras que trabalha em parceria com a equipa. Este último faz parte da ARIA, que tem outros dois fóruns em Cascais e Lisboa. Esta equipa é constituída por uma psicóloga, um psicopedagogo e uma técnica de reabilitação e inserção social. É uma IPSS, sem fins lucrativos, aberta à comunidade, que desenvolve trabalho na área da reabilitação de doentes do foro psiquiátrico e que apresentem dificuldades de integração familiar, social e/ou profissional. Neste espaço, os doentes têm ao seu dispor diversas actividades, das quais podem escolher as que melhor dão resposta às suas necessidades (é tida em conta a avaliação da equipa, que posteriormente aprova com o doente), mais especificamente, Saúde e Bem-estar, Fórum Emprego, Hipoterapia, Actividades Recreativas, “Melhorar a Auto-Estima”, Ansiedade Social, Psicoestimulação, Treino de Competências Sociais, Treino Cognitivo, entre outras. Tive oportunidade de assistir/participar na Hipoterapia e nas Actividades de Vida Diária. Foi agradável participar nestas actividades, em particular na Hipoterapia, uma vez que pude observar as intervenções dos profissionais de saúde, mas também como a actividade é muito elogiada pelos doentes, não só porque lhes permite alguma distracção, mas a nível terapêutico tem também o objectivo de promover a socialização (ocorre em simultâneo com a equipa de Cascais), diminuir ansiedade e melhorar as competências comunicacionais, pessoais

(exemplo: treino de actividades como escovar o cavalo – tarefa com início na crina e término na cauda, o que por vezes não é tão linear quanto possa parecer, para um doente psiquiátrico) e sociais (por exemplo, necessidade de aguardar que chegue a sua vez para montar).

Quanto à Unidade Sócio-Ocupacional Farol do Búgio, ou Unidade de Dia de Laveiras, é um programa a nível de Reabilitação em Saúde Mental que funciona todos os dias úteis durante o período da manhã, com capacidade para dez doentes. Durante a sua estadia, são abordadas e treinadas competências nas áreas que mais afectam os doentes com perturbação mental e que os tornam mais dependentes, nomeadamente, Treino de Competências Sociais, Treino de Competências Criativas e orientação para a Autonomia Pessoal e Social. Os doentes referenciados para esta Unidade são, não só os pertencentes à equipa comunitária de Oeiras, mas qualquer um desde que haja vagas e que cumpra os critérios de admissão. São eles: doentes com problemas de isolamento, vulnerabilidade, reduzida autonomia e/ou dificuldades de integração. Não se dirige a doentes com menos de dezoito anos, que tenham problemas de adição e/ou com debilidade mental. O programa não é limitado no tempo nem *standard*, sendo adaptado a cada doente e à sua recuperação individual. Do programa fazem também parte intervenções em grupo, nomeadamente com famílias, e também acompanhamento individual, sendo as necessidades de cada caso avaliadas pela coordenadora.

Voltando à ECPSM, actualmente, faz parte do DPSM do CHLO - HSFX, o qual integra também mais quatro Equipas Comunitárias (Cascais, Lisboa, Dafundo e Parede), o serviço de internamento – DPSM, Hospital de Dia, Unidade de Vida Apoiada e uma Equipa de Psiquiatria de Ligação.

A equipa funciona numa vivenda em Caxias, com sete gabinetes de consulta dispostos por dois andares, tendo ainda um espaço (segundo andar) que permite a realização de dinâmicas de grupo. Na equipa são atendidos todos os doentes, maiores de dezoito anos, da área do concelho de Oeiras e que sejam referenciados pelo SU do HSFX, por indicação do Departamento de Psiquiatria do mesmo hospital aquando de alta clínica ou então referenciados pelo Médico de Família. Relativamente à constituição da equipa, esta é formada por uma enfermeira, uma assistente social, cinco psiquiatras, um interno de psiquiatria, duas psicólogas, e estagiários de psicologia, e uma administrativa. Fazem ainda parte da equipa outra psicóloga e uma psicopedagoga que englobam o projecto da Unidade de Dia de Laveiras.

O seguimento em ambulatório pode ser realizado sob dois regimes: voluntário ou compulsivo, quando o doente não admite que precisa de ajuda e de medicação – risco de abandono terapêutico, implicando risco para o próprio ou para terceiros.

É de salientar a importância da existência de uma reunião de equipa multidisciplinar todas as sextas-feiras, onde os casos dos doentes seguidos em ambulatório são discutidos de acordo com a perspectiva médica, de enfermagem, a nível social, da psicologia e também com o apoio da psicopedagoga.

Descrito o funcionamento e as dinâmicas do serviço, considero relevante reflectir sobre a minha integração na equipa e no início da minha relação com os doentes.

Considero que foi mais fácil ambientar-me a esta nova realidade, embora persistam as dificuldades referidas anteriormente, em articular o meu estatuto de estudante com todo o resto, a nível pessoal e profissional. No entanto, com o apoio de todos os elementos da equipa multidisciplinar, senti-me muito bem recebida e apoiada em todo este percurso. Para desenvolver as minhas capacidades de integração, recorri a documentos de apoio, bem como a informações dadas pelos diferentes elementos da equipa e através da observação da dinâmica da mesma.

De acordo com a minha experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários, fiquei apreensiva ao iniciar este módulo. Quando se prestam cuidados, para que os doentes estabeleçam uma relação de confiança com os profissionais de saúde, o factor tempo é fundamental. Desta forma, e tendo conhecimento que a enfermeira orientadora exerce funções na equipa desde há um longo período de tempo (dezasseis anos), o que lhe permitiu um conhecimento profundo da população abrangida pela equipa, bem como, o estabelecimento de uma relação de confiança que é única, tomei consciência que teria de ultrapassar este obstáculo, ou adquirir competências para facilitar, uma vez que este módulo teria apenas a duração de oito semanas.

Considero que o trabalho que se pode desenvolver ao nível da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamental, pois trata-se de uma especialidade transversal a todas as áreas de actuação, especialmente a nível comunitário devido à reintegração dos doentes no seu meio familiar e social, bem como, permitir uma intervenção ao nível primário, secundário e terciário.

É de conhecimento público que as equipas comunitárias existem em número reduzido e que tendem a diminuir – de momento, desconhece-se o futuro de duas equipas comunitárias pertencentes ao DPSM. No entanto, notei que apesar dos recursos humanos serem escassos, os profissionais continuam a investir por acreditarem na importância do seu papel junto dos doentes/família/comunidade - prevenção de recaídas e aumento da qualidade de vida.

Penso que este percurso também foi facilitado pelos conhecimentos obtidos e competências desenvolvidas durante a realização do módulo anterior, em serviço de internamento. Considerando o meu trajecto profissional, exerci funções num SU, no qual os cuidados aos doentes psiquiátricos eram prestados *a posteriori* face às necessidades dos doentes do foro médico-cirúrgico, quer fosse devido à falta de enfermeira neste sector, quer por falta de conhecimentos e prática nesta área, bem como por medo. Entretanto, com o primeiro módulo, pude constatar que na psiquiatria a prestação de cuidados tem com base a comunicação com vista ao estabelecimento de uma relação de ajuda, pelo que reaprendi a trabalhar com os doentes e suas famílias.

Relativamente ao objectivo estabelecido para este módulo, assisti às entrevistas realizadas pela enfermeira orientadora, conheci os doentes, fiquei a saber os seus nomes e a conhecê-los

um pouco melhor. Inicialmente, colaborei com a enfermeira na administração de medicação, embora com o intuito de **umentar as minhas técnicas de comunicação**, fazendo entrevistas informais e não estruturadas a alguns doentes. Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, considero que a minha integração com os doentes foi relativamente rápida (cerca de duas semanas) uma vez que, quer os doentes quer as famílias, começaram a conhecer-me um pouco melhor e passaram a ver-me como alguém que estava ali para os ajudar e em quem podiam confiar pois estava acompanhada pelo seu elemento de referência – enfermeira orientadora.

Gradualmente, e de forma cada vez mais autónoma, fui estabelecendo relações terapêuticas com os doentes e fazendo o atendimento da consulta de enfermagem, de acordo com o guião que elaborei previamente e com a bibliografia consultada, que aborda os pontos-chave na avaliação diagnóstica (anexo V). Desta forma, tomei conhecimento do decréscimo da minha dificuldade em realizar entrevistas formais, na medida em que me sentia mais confortável. Gostaria também de salientar que devido à minha experiência profissional no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, local onde exerço, foi-me possível analisar a forma como tenho vindo a realizar as entrevistas e procurei readaptar a minha prestação de cuidados; embora continue a ser abordada de forma informal, procuro seguir um modelo formal/estruturado, com vista a um determinado objectivo, seja ele, de avaliação diagnóstica ou de terapia de suporte.

É preciso uma entrega incondicional para realizar um bom trabalho de enfermagem com pessoas com patologia psiquiátrica, sendo necessário um esforço acessório para quem não é da área, como é o meu caso, na medida em que a avaliação do doente compreende a comunicação verbal e não-verbal, o que depende bastante treino.

No fim destas semanas, os ganhos em crescimento pessoal e profissional, em competências relacionais e comunicacionais, foram vastíssimos. Ultrapassei receios (abordagem ao doente psiquiátrico inserido no seu meio), consigo estabelecer uma relação e, acima de tudo, sinto que consigo assistir. Em suma, consegui identificar problemas com os doentes e trabalhar com eles, de forma a desenvolver estratégias futuras, seguindo o modelo teórico de Betty Neuman e os vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

Mais uma vez, reforço que apenas desta forma, com um trabalho contínuo na comunidade, será possível dar resposta às necessidades do doente mental e família enquanto elementos inseridos na sua comunidade, bem como planear estratégias de actuação ao nível da promoção da saúde mental.

2.2.2 - PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AOS DOENTES/FAMÍLIAS, NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA

No sentido de evolução na minha prestação de cuidados, foi importante relacionar os conhecimentos teóricos com a prática de forma a dar-lhe sentido, pois só assim é possível fundamentar as minhas intervenções.

O método de trabalho desenvolvido pela equipa é por gestor de caso, e funcionam presentemente dois programas: o Programa Integrar (para pessoas com perturbações de saúde mental graves) e o programa de Ansiedade e Depressão. Tendo em conta que a enfermeira da equipa faz parte do programa Integrar e, uma vez que como objectivo deste meu trajecto delineei **intervir em doentes com sintomatologia psicótica**, as actividades que desenvolvi foram dentro dos objectivos do Programa Integrar.

Semanalmente, às terças ou quartas-feiras, realizam-se visitas domiciliárias, seja para administração de terapêutica injectável depôt aos doentes que não se podem deslocar, ou para averiguar o que se passa com os doentes que “abandonaram” a equipa (faltaram a consultas de enfermagem) e que podem entrar em situação de crise. Desta forma, tenta-se manter a estabilidade do doente sem este ter de abdicar da sua família e/ou comunidade, utilizando o internamento apenas como último recurso.

A enfermeira, como elemento de uma equipa multidisciplinar, atende todos os doentes que necessitem de intervenção de enfermagem, gere os seus casos (promove a articulação dos recursos da equipa e da comunidade da melhor forma possível para satisfação das necessidades do doente), realiza consultas de enfermagem onde se procede à avaliação do estado mental e físico dos doentes bem como incentiva a participação em actividades sócio-ocupacionais, de forma a evitar o isolamento social. As consultas de enfermagem são agendadas de acordo com as necessidades de cada doente (para administração de terapêutica depôt ou terapia de suporte) ou para avaliação de enfermagem (avaliação periódica do seu estado geral), embora flexíveis no atendimento tal como se preconiza (não existe marcação de hora).

No entanto, preferencialmente cada profissional de saúde atende os seus doentes, por quem é responsável como gestor de caso. A filosofia deste tipo de cuidados é de englobar sempre a pessoa com doença mental como agente proactivo em todo o percurso do tratamento, tendo os enfermeiros uma atitude visível e importante nas questões que assistem a qualidade de vida e a adesão ao regime terapêutico. Como nos descreve Phaneuf (2005, p. 140),

«Motivar a pessoa cuidada a retomar a esperança, a querer curar-se e a tomar conta de si é com frequência muito difícil. No entanto, trata-se de um papel importante da enfermeira, que ela desempenha com a ajuda da comunicação e da relação de confiança desenvolvidas com o doente.»

Desta forma, e como gestor de caso, fomenta-se o aumento da qualidade de vida do doente psiquiátrico e respectivos familiares, através de ajuda/orientação no reconhecimento de sintomas da fase prodrómica e estratégias de coping.

Penso que beneficiei bastante do tempo que estive na equipa, na medida em que foi possível **desenvolver** as minhas **competências de comunicação**, pois de uma forma cada vez mais autónoma, fui estabelecendo relações terapêuticas com os doentes e procedendo ao seu atendimento nas consultas de enfermagem. De forma idêntica ao módulo anterior, as minhas intervenções foram baseadas em Phaneuf (técnicas de comunicação) mas também na técnica de resolução de problemas de Chalifour. No entanto, também é utilizada a terapia de suporte (defendida pelo mesmo autor) pelos profissionais de saúde quando o doente se encontra num momento de grande vulnerabilidade e a sua rede de suporte habitual não é suficiente. Segundo Conte (1994) citado por Chalifour (2009, p. 267), a terapia de suporte «[...] centra-se no alívio de sintomas e numa modificação de comportamentos através do suporte dos mecanismos de adaptação do cliente [...]»

Durante este contacto, a enfermeira deverá conquistar a confiança do doente e utilizar o seu conhecimento científico de forma a informá-lo e orientá-lo, mantendo sempre o foco na realidade e nos objectivos pessoais do mesmo. No decorrer deste processo, a relação de confiança que se cria é fundamental para que exista mudança de comportamentos através de cooperação no reconhecimento das suas capacidades e fragilidades e, assim, a gerir o seu bem-estar. Como também nos refere,

« [...] a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade».

Como referi anteriormente, gradualmente, estabeleci uma relação terapêutica com os doentes, e estes, foram aceitando ser atendidos por mim, não como técnica de referência, mas como alguém que os poderia ajudar naquela ocasião. Gostaria apenas de relatar um acontecimento que me marcou enquanto aluna da especialidade, enfermeira e pessoa. Efectuei uma entrevista na qual o doente apresentou uma postura tensa ao deparar-se comigo na sala, e não a sua técnica de referência – a enfermeira orientadora. Comecei por me apresentar novamente (é de salientar que tinha efectuado a entrevista anterior ao doente em questão, apesar de acompanhada), embora tenha sido questionada de imediato da razão da enfermeira não se encontrar.

Confesso que me senti como que “rejeitada”, mas rapidamente associei a experiência que estava a sentir com a minha actual vida profissional. Ao longo do tempo, ganhei a confiança das famílias pelas quais sou responsável e embora por vezes possam ser atendidas por outras colegas, quando me reencontram verbalizam expressões de satisfação, deixando-me com uma sensação muito agradável, confirmando que consegui atingir o meu grande objectivo: ser a sua enfermeira de referência, alguém que procuram sempre que surge uma questão, um problema, uma dificuldade. Deste modo, e reflectindo sobre o sucedido, consegui “ultrapassar” a

sensação de rejeição e manter a postura adequada durante a entrevista. Posteriormente, o doente percebeu que não estava a substituir a enfermeira e a entrevista decorreu normalmente, embora sempre com uma postura corporal tensa... Por vezes, esta relação entre o doente e o meio envolvente (nesta situação, permuta da sua referência por outrem) pode assumir-se como *stressora* e originar uma reacção emocional de ansiedade. Por sua vez, a ansiedade poderá desencadear respostas afectivas, cognitivas e comportamentais desajustadas que conservam as dificuldades do doente em gerir e lidar com os acontecimentos. Assim, ao longo deste módulo surgiu uma necessidade prática de intervir psicologicamente sobre uma situação que afectou tanto o doente como a minha pessoa, enquanto profissional de saúde, mas durante a qual mantive o papel de responsável pela prestação de cuidados. Tudo isto origina um aumento das exigências com as quais nos deparamos e que devemos responder de uma forma prática e emocionalmente estável, através da mobilização de competências. Acredito que apesar da minha deficitária experiência em Saúde Mental e Psiquiatria, a realização do estágio anterior me permitiu iniciar a aquisição de competências, nomeadamente de auto-conhecimento e capacidade de reflexão crítica, mas apenas com a constante aplicação desses mesmos conhecimentos será possível crescer profissionalmente.

No contexto do trabalho realizado na equipa, foi possível **actuar de acordo com o modelo de gestor de caso** que, segundo diversos autores, é o modelo que mais facilita uma relação terapêutica quando se trabalha em contexto comunitário. Assim, o gestor de caso articula entre os diversos profissionais de saúde, participantes no processo de recuperação do doente e as estruturas da comunidade às quais foi necessário recorrer, e actua como prestador de cuidados realizando intervenções ao nível da psicoeducação.

Conhecendo algumas das doentes do internamento e criando relações com os restantes, comecei a sentir-me mais à vontade e a intervir de uma forma mais descontraída, embora estruturada. Foi benéfico o facto de eu realizar o módulo num local que pertence ao mesmo hospital, pois foram surgindo alguns casos em que me foi possível participar activamente, fazendo a ponte entre os acontecimentos ocorridos no internamento e a actual situação das doentes, permitindo-me intervir com as mesmas de forma mais perspicaz. Gostaria de referir que assisti em ambulatório quatro doentes que conheci durante o estágio anterior e que verbalizaram muita satisfação de me encontrarem na ECPSM de Oeiras. Como exemplo, todas elas tiveram reinternamentos devido à desistência do projecto terapêutico e assistiram à sessão de grupo que realizei sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso. No momento consideraram importante a realização da mesma, mas referiram que actualmente lembravam a partilha de experiências e que estava a contribuir para a sua adesão. Foi muito agradável para mim enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa, o afecto que demonstraram, o que me levou a considerar que fui um elemento de referência para elas durante um período de tempo crítico como o internamento. Como nos refere Phaneuf (2005, p. 29),

«A enfermeira que manifesta uma atitude de abertura calorosa torna-se então uma figura conhecida num mundo estranho e esta procura do contacto humano transforma-se para a pessoa cuidada em procura de confiança. Através deste primeiro contacto, ela recebe e modela toda a sua percepção do meio de cuidados e das enfermeiras. Se o acolhimento é caloroso e impregnado de compreensão, pode criar-se um vínculo positivo, mas se ao contrário estes primeiros momentos foram neutros e desatentos, ou mesmo desagradáveis, experimentará dificuldade em abrir-se e em ter confiança.»

Quando a enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realmente conhece a comunidade onde está a intervir e quais os recursos que ela tem disponíveis para serem utilizados, tem facilitado o processo de intervenção comunitária. Embora a área geográfica onde exerço profissionalmente seja distante, existem recursos (exemplo, associações ou IPSS's) que são comuns. No entanto, a minha área de residência é no conselho de Oeiras e o facto de ter visitado outras instituições parceiras nos cuidados, facilitou as intervenções.

Em suma, neste objectivo fica demonstrado o desenvolvimento da capacidade de auto-conhecimento enquanto pessoa e profissional de saúde, bem como conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente. Evidenciei capacidade de desempenhar funções como terapeuta de referência e promover a continuidade dos cuidados ao doente e família, orientando sobre os recursos disponíveis na comunidade.

2.2.3 - INTEGRAR OS PROJECTOS DESENVOLVIDOS PELA EQUIPA COMUNITÁRIA, QUE SE ENQUADREM NOS OBJECTIVOS DEFINIDOS NO PROJECTO

Como referido anteriormente, na ECPSM de Oeiras funcionam presentemente dois programas: o Programa Integrar, para doentes com perturbações de saúde mental graves, e o programa de Ansiedade e Depressão. Tendo em conta que a enfermeira da equipa faz parte do programa Integrar e, uma vez que o meu objectivo incidiu na intervenção com doentes psicóticos, as actividades que desenvolvi foram dentro dos objectivos do mesmo.

Como referido anteriormente, os doentes podem ser referenciados quer pelas equipas Comunitárias quer pelo internamento, através de referência pelo psiquiatra assistente, que posteriormente é validado na reunião de articulação com a equipa. Nessa mesma reunião, define-se quem irá ser o terapeuta de referência e o psiquiatra assistente, que posteriormente deverá salientar junto do doente, a importância deste ser acompanhado de forma regular pelo

seu técnico de referência (que poderá ser qualquer um dos elementos da equipa, de acordo com as suas necessidades mais proeminentes).

De acordo com o pré estabelecido pela equipa, entende-se por “pessoas com perturbações de saúde mental graves”, todos os indivíduos com patologia psiquiátrica correspondente a um dos diagnósticos considerados (esquizofrenia, perturbações delirantes, perturbações psicóticas agudas e induzidas, perturbações esquizoaffectivas, Perturbação Bipolar Afectiva com características de bipolar I) ou com grau de incapacidade significativo, com necessidade de cuidados continuados, de seguimento assertivo e que possam beneficiar com o programa.

Após a referenciação, o técnico de referência agenda uma primeira entrevista com o doente, preferencialmente com a família desde que consentido pelo doente e na sua presença. Pretende-se com esta entrevista, iniciar uma relação de confiança e de colaboração, mas também estimular/motivar o doente a participar activamente no seu processo de recuperação. Pretende-se igualmente que o técnico de referência articule a sua intervenção com a restante equipa multidisciplinar e com outras instituições/ recursos da comunidade.

Foram estabelecidos dois grupos de doentes, com diferentes níveis de intervenção de forma a melhor responder às suas necessidades: grupo A, no qual a intervenção é mais intensiva (periodicidade quinzenal nos primeiros seis meses e mensal nos seis meses seguintes) e grupo B, cuja mediação é menos intensiva (mensal). Ambos têm como objectivos monitorização, coordenação de cuidados e prevenção de recaídas, embora no grupo A também esteja prevista uma intervenção terapêutica estruturada.

A avaliação inicial e o processo de seguimento envolvem a obtenção de dados de forma estruturada, semi-estruturada e não estruturada. Durante a realização do módulo, saliento que não foram referenciados novos doentes à equipa (com primeiro episódio psicótico) pelo que apenas acompanhei doentes do grupo B.

Durante a **realização das consultas de enfermagem**, e tendo em conta os objectivos da intervenção do terapeuta de referência de doentes do grupo B, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, de forma a conhecer qual o nível da autonomia do doente, tanto ao nível das actividades de vida diária como também ao nível ocupacional e social, compreender como está a decorrer a gestão medicamentosa e avaliação do seu estado mental, nomeadamente se se reconhecem alguns sinais de início de crise – fase prodrómica, e a existência/ intensidade de sintomatologia produtiva. De acordo com Phaneuf (2005, p. 120),

« Colocar questões é uma arte, é por isso que nós classificamos o questionamento entre as estratégias complexas. Para intervir com eficácia junto dos doentes, a enfermeira deve aprender a dominar esta arte de maneira a poder confirmar as suas percepções e conseguir ir procurar as informações de que tem necessidade para compreender a situação do doente, para planificar cuidados adequados e personalizados ou para provocar no doente certas tomadas de consciência. Manejadas com delicadeza e diplomacia, as questões permitem uma boa colheita de informações sem ser demasiado intrusivas nem indiscretas.»

Consoante os problemas reconhecidos na entrevista, foram realizadas intervenções, não só de **ensino sobre hábitos de vida saudáveis** (particularmente sobre consumos de álcool e/ou de substâncias ilícitas), mas também sobre estratégias para como lidar com a actividade produtiva – **estratégias de coping**, como eliminar o isolamento social e também como melhorar as relações interpessoais.

De acordo com os objectivos definidos pela equipa e de forma a poder deixar uma contribuição, um dos projectos preconiza a abordagem dos Sintomas Precoces de Alerta (SPA) aos doentes com sintomatologia produtiva, com o objectivo de promover a reflexão pessoal acerca da sua patologia (anexo VI). Posteriormente, estruturam-se as respectivas intervenções numa tentativa de encontrar estratégias que lhes permitam lidar melhor com o seu problema de saúde mental.

Este programa já está implementado mas, devido a contrariedades tais como falta de recursos humanos e de tempo disponível, ficou em *standby*. Assim, foram seleccionados quatro doentes com patologia psicótica, independentemente de quem era o gestor de caso, desde que tivessem crítica para o psicopatológico e para o internamento, de modo a proceder a um levantamento das necessidades dos doentes no que respeita a conhecimento sobre a doença, alterações no seu quotidiano, estratégias para o alívio da situação – coping, e conhecimento dos recursos e apoios existentes na comunidade, através de entrevistas individuais (anexo VII).

Para a preparação das entrevistas, para além de toda a pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema da doença psicótica, sintomatologia produtiva e psicoeducação, foi também necessária a orientação da enfermeira da equipa, pois é ela a gestora de caso destes doentes e quem os melhor conhece e os respectivos percursos pessoais. No início da entrevistas, foi explicado a todos os participantes quem eu era e qual o objectivo do trabalho.

Durante as entrevistas, foi difícil conseguir cumprir os limites de tempo estabelecidos no início, uma vez que foram abordadas questões sobre as vivências pessoais e não considerei correto fomentar que a pessoa reflecta e expresse as suas emoções sobre algo que o marcou (três dos doentes referiram o internamento como um episódio negativo) e posteriormente não apoiar, sendo que por vezes, foi necessário colaborar na elaboração/selecção de estratégias de coping.

Mais uma vez, optei pela entrevista semi-estruturada, uma vez que é a que mais me “agrada”: tenho os meus objectivos e consigo conduzir a entrevista nesse sentido, embora permita à pessoa que vagueie nas respostas. Também tenho consciência que é devido ao uso deste tipo de entrevistas que não consigo gerir o tempo eficazmente. Acredito que é uma técnica que tenho de desenvolver com o tempo e com treino, pois como refere Neeb (2000, p. 23),

«Apesar das nossas aptidões técnicas serem bastante importantes e não poderem menosprezar-se, é a utilização adequada das nossas capacidades de comunicação verbal e não verbal que cimenta a relação com os nossos utentes e que promove o processo de cura.»

Durante a realização destas entrevistas, sempre que foi possível, segui na vertente da psicoeducação. De acordo com os fundamentos da mesma, a informação deve ser dada tendo como foco os sintomas e problemas individuais, embora também foque o diagnóstico, fases da doença e o impacto da mesma na identidade do doente. Assim, procurei seguir linhas/questões orientadoras relativas à psicoeducação e aos tópicos a abordar, e que são:

- Que conhecimento tem sobre os problemas de saúde mental?
- Como define a psicose? O que é que pensa que lhe aconteceu?
- O que é que se passava na sua vida antes do episódio psicótico?
- Quais foram os sintomas prévios à recaída/sintomas de alerta?
- Consegue identificar factores de stress que desencadeassem o internamento ou o episódio psicótico?
- Como pode ser prevenida a recaída?

De acordo com o descrito, considero que as entrevistas realizadas, bem como as consultas de enfermagem, tiveram um impacto positivo nos doentes que foi comprovado pela expressão de emoções e dúvidas. A avaliação das intervenções só poderá ocorrer a médio/longo prazo, uma vez que encaro a utilização de estratégias de coping como promoção da saúde/prevenção da doença. Em caso de reinternamento, surge a possibilidade de reavaliar as mesmas, bem como a respectiva utilização.

Embora esteja ciente que a família é um parceiro fundamental nos cuidados, com a limitação de tempo não foi possível abranger a mesma na realização das entrevistas. Seria certamente muito enriquecedor trabalhar este aspecto, uma vez que as intervenções de enfermagem devem ter também o objectivo de melhorar o relacionamento do doente com a família promovendo a participação destes no projecto de vida do mesmo, reduzir as recaídas, incidindo no ensino à família sobre a doença, técnicas para lidar com os sintomas e as crises e fortalecimento dos aspectos positivos da família. Como salienta Phaneuf (2005, p. 105),

«A consulta de pessoas que conhecem o doente melhor do que nós, que estão mais ao corrente das necessidades relativas à sua idade, aos seus hábitos culturais ou ao seu problema de saúde, pode também ajudar-nos. Por exemplo, os próximos de um doente são muitas vezes capazes de nos dar conhecimento dos seus gostos, dos seus hábitos e dos seus comportamentos, ou de nos indicar sinais e sintomas da sua doença e do seu estado de sofrimento, confirmando ou desmentindo assim as nossas percepções.»

Todas as intervenções por mim realizadas tiveram por base os pressupostos do modelo de sistemas de Betty Neuman, como referido anteriormente, por ser este o modelo que melhor me permite actuar vendo o doente inserido num sistema, seja ele a família ou a comunidade. É nestes factores que, como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria pretendo actuar, potenciando os recursos do doente e actuando para que alcance novamente o equilíbrio do seu sistema.

Em síntese, com a realização deste módulo considero que aprofundei novamente as minhas capacidades de comunicação e de delineamento de estratégias de acordo com as necessidades expressas pelo doente. Considero que desenvolvi competências ao nível da produção de um discurso fundamentado, considerando as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde, bem como a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar. No entanto, como se tratou de um módulo desenvolvido numa equipa comunitária, pude assistir os doentes na optimização da saúde mental, tal como é preconizado pela OE que o enfermeiro especialista o faça. Realço que mantive a reflexão sobre a minha postura, sentimentos e valores, com vista ao auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

2.3 – MÓDULO III – OPCIONAL

O presente módulo, uma vez que é opcional, decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) São João da Talha, que pertence ao ACES VI – Loures, ARSLVT. No entanto, optei por dar continuidade ao estágio na Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria de Oeiras, uma vez que considerei aliciante o desafio colocado pela enfermeira orientadora – promoção de estilos de vida saudáveis. Como o módulo anterior decorreu na equipa supracitada, segue-se a descrição das actividades realizadas no mesmo e, posteriormente, a descrição e análise das acções na USF.

EQUIPA COMUNITÁRIA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DE OEIRAS

O módulo III que decorreu parcialmente na Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental de Oeiras – CHLO, pretendia dar resposta a uma necessidade identificada pela equipa de saúde - excesso de peso nos doentes a realizar terapêutica anti-psicótica, e teve como objectivo a implementação de um programa comunitário de sessões de educação para a saúde no sentido da educação e motivação para a adesão a estilos de vida saudáveis.

Segundo a OMS (2004) citada pela DGS (2005), a obesidade é definida como «[...] uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde (...) em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de

energia dispendida.» De acordo com os diversos estudos, são variados os factores que podem estar na base deste desequilíbrio, nomeadamente, genéticos, metabólicos, culturais ou comportamentais.

No entanto, também de acordo com a DGS – Plataforma Contra a Obesidade (2005),

«[...] em Portugal, os custos directos da obesidade, absorvem 3,5% destas despesas (...) a pré-obesidade e a obesidade constituem, portanto, importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais activa.»

Perante o descrito, torna-se imperioso, o planeamento de estratégias a implementar nos diversos serviços de saúde, no sentido da prevenção ou até mesmo na alteração de estilos de vida.

Actualmente, a incidência da obesidade na população adulta portuguesa tem sido calculada de acordo com o IMC. Este valor é atingido através do seguinte cálculo: dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, ao quadrado. Assim, o IMC relaciona a altura do indivíduo com o seu peso, permitindo medir a “corpulência”.

Segundo a OMS (2004), considera-se que existe excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e obesidade se IMC igual ou superior a 30. Relativamente à obesidade, esta pode ser classificada em três classes:

- Classe I – se IMC se situar entre os valores 30,0 e 34,9 (risco de comorbilidades Moderado);
- Classe II – se IMC entre 35,0 e 39,9 (risco de comorbilidades Grave);
- Classe III – se IMC igual ou superior a 40,0 (risco de comorbilidades Muito Grave).

Os referidos níveis de comorbilidades, podem ser atingidos através de uma série de factores, incluindo uma alimentação incorrecta e inactividade física.

Tal como nos refere a DGS (2005),

«Os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso, mantida a longo prazo por um obeso, podem manifestar-se na: saúde em geral; melhoria da qualidade de vida; redução da mortalidade; melhoria de doenças crónicas associadas. (...) Pequenas perdas de peso, definidas como perdas de 5 a 10% do peso inicial, melhoram o controlo glicémico, e reduzem a tensão arterial e os níveis de colesterol.»

No entanto, para que as mudanças ocorram – mudanças comportamentais aos níveis da actividade física e correcção alimentar, é necessário que o doente esteja motivado. Segundo a DGS (2005), para que tal ocorra surge a necessidade de evidenciar alguns pontos fundamentais, como:

- Considerar que, potencialmente, será benéfico;

- Escolher objectivos exequíveis;
- Incluir actividades que dêem prazer, no quotidiano;
- Praticar actividades sem custo financeiro e perante as quais tem acesso facilitado (caminhadas, usar escadas em vez de elevador, se utilizar transportes públicos sair uma paragem antes, entre outros);
- Reconhecer que não existem aspectos negativos na concretização destas mudanças (sem custo monetário, perda de tempo, entre outros).

Relativamente aos hábitos alimentares, é fulcral saber adaptar a nossa ingestão de calorias em função das nossas necessidades diárias – variam consoante a actividade física realizada. Para planear uma alimentação equilibrada, aconselha-se uma dieta polifraccionada bem como uma ingestão adequada de verduras e fruta.

Para proceder a esta alteração, é importante fornecer informação sobre valores nutricionais dos alimentos e promover alterações para produtos com melhores valores. Mais uma vez, saliento a importância de estabelecer um plano alimentar individualmente, de forma a traçar metas realistas com o doente, e que esteja de acordo com os seus gostos pessoais.

Segundo Favrod et al (2004), a questão sobre o aumento de peso é importante, uma vez que pode conduzir a um agravamento de problemas psicológicos e à exclusão social. Também referem que é necessário não esquecer que o aumento de peso pode levar a um abandono da terapêutica (antipsicótica ou neuroléptica) e aumentar o risco de recaída.

Assim, este projecto de intervenção (Anexo VIII) surge perante uma necessidade sentida pela equipa e para o qual me voluntariei.

Dos 90 doentes seguidos na Consulta de Enfermagem e a realizar terapêutica antipsicótica e/ou neuroléptica foram avaliados 48, tendo sido escolhidos de forma aleatória (atendidos na consulta de enfermagem à segunda-feira de manhã), o que representam 53,3% da população total. Destes 48 doentes avaliados, 9 apresentam excesso de peso – 10,0%; 4 têm obesidade Classe I (4,4%) e 2 doentes obesidade Classe II (2,2%) – representam na totalidade, 31,2% da totalidade da amostra.

Como população alvo, escolhi os dois doentes com obesidade classe II, uma vez que também preenchem os restantes critérios de inclusão - com doença mental e a cumprir terapêutica anti-psicótica PO ou IM; estável do ponto de vista psicopatológico; empenhado em participar no programa.

Os objectivos definidos foram:

- Reconhecer a importância dos hábitos de vida saudáveis como parte da terapia na doença mental;

- Motivar para a adopção de estilos de vida saudáveis;
- Reduzir o IMC dos doentes com obesidade de classe II.

Para atingir os objectivos propostos, efectuei consultas de enfermagem individuais, embora não tenha abrangido as famílias por indisponibilidade das mesmas. Durante as consultas, estabeleceu-se um plano individual do qual constavam as orientações gerais sobre a alimentação e o exercício físico, de acordo com as preferências dos doentes. No início, as consultas tiveram uma frequência semanal (durante 3 semanas) de forma a aferir algumas situações pontuais relativas ao plano delineado, passando a quinzenais para “manutenção”.

Durante as oito semanas, verificou-se que os doentes estavam motivados para a adesão a hábitos de vida saudáveis, quer pelas expressões utilizadas – “nunca me senti tão bem, canso-me menos (...) já tenho roupa que está a ficar larga”(sic), quer pela verificação da diminuição dos valores de IMC – ambos passaram para um IMC correspondente a obesidade classe I.

Em suma, a pesquisa bibliográfica efectuada permitiu compreender que a adesão aos estilos de vida saudáveis é uma temática bastante actual, em especial nas pessoas com doença mental, constituindo um factor determinante do prognóstico do doente. Por isso, é importante que os enfermeiros estejam despertos para esta problemática e que a considerem no planeamento e abordagem das suas intervenções. A implementação de programas comunitários que visem a promoção de hábitos de vida saudáveis é um importante recurso para dar resposta à grande lacuna que existe em Portugal. Permitem educar e motivar a pessoa com doença mental inserida no seu contexto socioeconómico e familiar, constituindo uma excelente forma de dar assistência adequada e diferenciada.

Assim, considero que **adquiri competências** ao nível da avaliação das necessidades em saúde mental, do desenvolvimento e implementação de projectos que visam a promoção da saúde mental, bem como avaliação dos resultados esperados. Recorri à metodologia de gestão de caso, considerando a execução de um plano de cuidados individualizado. Penso que estou desperta para abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, tal como, compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SÃO JOÃO DA TALHA, ACES VI – LOURES

A USF faz parte do ACES VI – Loures, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), o qual integra também mais dezasseis Unidades Funcionais de Saúde, outras cinco USF e a equipa de Cuidados na Comunidade.

A equipa funciona num edifício em São João da Talha, partilhado por duas equipas. No entanto, dispõe de cerca de vinte e cinco gabinetes dispostos por dois andares bem como quatro salas de espera, tendo ainda um espaço (segundo andar) que permite a realização de reuniões. Na equipa são atendidos todos os doentes, independentemente da idade, da área das freguesias de São João da Talha e Bobadela e que estejam inscritos na USF. Este serviço assegura cuidados do âmbito geral à população, promovendo a articulação com os recursos da comunidade. Relativamente à constituição da equipa, esta é formada por nove enfermeiros, nove médicos de Medicina Geral e Familiar e sete administrativas. No entanto, no ACES existem ainda quatro assistentes sociais, cinco psicólogas, três fisioterapeutas, com os quais podemos articular em caso de necessidade. É de salientar a importância da existência de uma reunião de equipa todas as quintas-feiras, onde se realizam sessões clínicas, discutem casos de doentes de acordo com a perspectiva médica e de enfermagem, e definem estratégias de forma a melhorar o atendimento ao doente/família.

2.3.1 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL, NA POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA USF SÃO JOÃO DA TALHA

Tendo em conta a Lei de Saúde Mental, Artigo 3º,

«[...] A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social (...). Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível [...]».

Também de acordo com a Lei supracitada, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) defende que,

«A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas (...) Toda a evidência científica disponível veio mostrar que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental.»

De acordo com as orientações da DGS, torna-se necessário programar actividades específicas, tanto na implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco em saúde física e mental, como na área de acompanhamento a doentes com dependência e aplicação de medidas de promoção da autonomia, do autocuidado e combate ao isolamento social.

Atendendo que o módulo I decorreu num serviço de psiquiatria e saúde mental integrado na comunidade, pude tomar contacto com doentes seguidos em regime ambulatorio. Desta forma, foi possível consolidar competências ao nível da **relação interpessoal**, bem como na **articulação dos cuidados** prestados com os recursos comunitários, o que considerei facilitador para a realização do módulo III – enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na comunidade.

As intervenções de enfermagem ao nível comunitário são constantemente alteradas e moldadas de acordo com as avaliações feitas no local, pelo que a enfermeira carece de alguma maleabilidade, não se podendo fixar em modelos pré-determinados, de forma a colaborar na descoberta de novas formas de resolução das dificuldades.

Ao reflectir sobre a minha experiência profissional ao nível comunitário, tendo conhecimento das alterações previstas para a reinserção dos doentes psiquiátricos na comunidade e de que não existe consulta de enfermagem de saúde mental no ACES onde exerço funções, considerei que seria uma excelente opção elaborar um projecto nesta área.

Recentemente surgiu a Lei nº 19/10, de 28 de Janeiro, que prevê a criação de diferentes respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental e que estejam de acordo com os diferentes níveis de autonomia dos indivíduos com doença mental.

Desta forma, e em consonância com o definido pelo Plano Nacional de saúde Mental 2007/2016,

«[...] são agora concretizadas medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.»

Todas as alterações que ocorreram nos últimos tempos vieram confirmar a importância da promoção da saúde mental e reabilitação dos doentes mentais. A modificação jurídica demonstra que o percurso a percorrer não passa pela discriminação nem pelo internamento.

Assim, considerei pertinente elaborar um projecto para **implementação da consulta de enfermagem de saúde mental**. Ponderando que a área da saúde mental e psiquiatria é vastíssima, tornou-se indispensável definir quem seria a minha população, quais as suas necessidades e respectivas intervenções a desenvolver.

Para tal, realizei uma pesquisa informática (programa informático utilizado na USF – VitaCare), de forma a proceder a um diagnóstico de situação. Em Dezembro de 2011, a USF abarcava uma população de 16.795 utentes entre os quais, constam doentes com diagnósticos da área da Saúde Mental e Psiquiatria (Perturbações Depressivas, Esquizofrenia, Psicoses não especificadas e Psicoses orgânicas não especificadas).

Deste modo, optei por limitar o atendimento a doentes com esquizofrenia, que estejam inscritos na USF (atendendo à limitação temporal de oito semanas), o que perfaz 20 utentes: 5 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 69 anos. Dos referidos 20 doentes, 15 são seguidos na consulta externa do HJM, 2 no Hospital de Santa Maria, 1 no Hospital de São José e 2 em consultórios privados.

Segundo a DGS, 0,6 a 1% da população total possui diagnóstico de Esquizofrenia, o que equivale a 168 doentes e estão apenas diagnosticados cerca de 20. Em suma, pode existir uma grande percentagem de utentes sub-diagnosticados.

Ao reflectir sobre a realidade, compreendi que não conheço todos os doentes, pelo que contactei a equipa da consulta externa do hospital Júlio de Matos - HJM (hospital de referência da população abrangente pela USF) e aguardo a marcação de uma reunião, de forma a saber quem são os doentes por eles seguidos e, posteriormente, ficar a conhecê-los (através da visita domiciliária, uma vez que irá permitir o conhecimento, mas também perceber o meio que o rodeia). Realço que não pretendo substituir os cuidados prestados pela equipa, mas sim, trabalhar em colaboração com a mesma.

Saliento que posteriormente, pretendo alargar a consulta a todos os doentes com doença mental, quer sejam referenciados por profissionais de saúde, famílias ou por iniciativa própria, e iniciar programas de promoção da saúde/prevenção da doença.

Entretanto, como pretendo desenvolver uma consulta de enfermagem que não existe no centro de saúde, considerei pertinente visitar um outro centro de saúde onde a mesma já estivesse implementada. Após alguma pesquisa, optei por pedir autorização à Enfermeira Vogal do Conselho Clínico do ACES Baixo Vouga II para assistir durante um dia, à consulta da Enfermeira Glória Butt, no Centro de Saúde de Vagos (Anexo IX), tendo sido aceite (Anexo X). Esta unidade possui uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros (generalistas, uma

enfermeira especialista em saúde materna, duas enfermeiras especialistas em saúde comunitária e uma especialista em saúde mental e psiquiátrica), médicos de medicina familiar, administrativos, assistentes operacionais, assistente social e dentista. Prestam cuidados à população de Vagos e articulam-se com os diversos recursos da comunidade (IPSS's, Junta de Freguesia, escolas), bem como com a equipa de cuidados comunitários de psiquiatria vinculada ao hospital de referência. Foi uma experiência muito enriquecedora, devido às orientações dadas pela enfermeira, nomeadamente, ao nível das intervenções autónomas de enfermagem especializada, na comunidade, que seguem as recomendações preconizadas pela OE.

Aquando do planeamento da consulta de enfermagem, e atendendo aos requisitos necessários para a realização da mesma - ambiente tranquilo, foi seleccionada com a enfermeira orientadora uma sala que não pertence exclusivamente à USF.

Foi necessário pedir autorização por escrito à Directora Clínica do ACES (Anexo XI), que concedeu a utilização da mesma (Anexo XII). Constatei também que seria imprescindível **elaborar um documento de avaliação e registos de enfermagem** (Anexo XIII), uma vez que na USF se utiliza um programa informático que não contempla a área da saúde mental/psiquiatria. Este documento foi elaborado com base na avaliação do estado mental e das estratégias de coping, para além da anamnese que é basilar.

A avaliação da Consulta de Enfermagem efectuar-se-á através da análise do registo estatístico do número de atendimentos e da avaliação sistematizada do plano de cuidados instituído (a primeira avaliação decorrerá no fim do ano, juntamente com o relatório das actividades da USF).

Posteriormente, será necessário efectivar com um requerimento dirigido à Sr.^a Enfermeira-chefe e Vogal do Conselho Clínico, bem como à Directora Clínica do ACES VI - Loures, solicitando a implementação da consulta e autorização para utilizar o documento de avaliação de enfermagem, mas tal não foi possível antes do término do módulo.

2.3.2 - SENSIBILIZAR A EQUIPA DE SAÚDE DA USF PARA A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Para que a consulta de Enfermagem de saúde mental decorra da melhor forma possível, destaco que a participação de toda a equipa multidisciplinar será fundamental, nomeadamente,

equipa de enfermagem, médica e administrativa. Serão parceiros fundamentais na promoção da saúde e detecção precoce dos sinais de alerta - encaminhamento.

A promoção de estilos de vida saudáveis tal como a prevenção da doença, são processos dinâmicos, interactivos e que apenas são possíveis através de uma abordagem bio-psico-socio-cultural ao doente. Esta actuação impulsiona a participação do mesmo e sua família no projecto terapêutico, que a longo prazo conduzirá a ganhos em saúde.

Tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), este diz-nos que,

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

Como tal, considerei fundamental perceber as dificuldades sentidas pela restante equipa de enfermagem da USF na avaliação do estado mental do doente, uma vez que funcionamos com o modelo de enfermeiro de família e cada um de nós tem a sua lista de doentes.

Saliento que a equipa de enfermagem da USF tem desenvolvido actividades na comunidade, embora noutras áreas, o que demonstra que os enfermeiros têm amplificado a sua área de actuação de forma a promover a sua autonomia enquanto profissionais de saúde e aumentar os ganhos em saúde da sua população. Consideram-se como intervenções autónomas, «[...] as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais [...]» (*idem*).

Para que possam detectar alterações do estado mental e possam referenciar para a consulta de enfermagem (aguarda-se autorização para a sua implementação), decidi realizar uma acção de formação com o objectivo de relembrar conceitos gerais sobre saúde mental, dar a conhecer as novas alterações legais e, resumidamente, transmitir os diversos passos na avaliação do estado mental. Foi realizado um plano de sessão (Anexo XIV) e a mesma teve lugar no dia 26 de Janeiro, sendo os destinatários a equipa de enfermagem da USF, com a duração de 30 minutos. Foram apresentados os diapositivos (Anexo XV) e no final, realizou-se uma discussão, em que surgiram questões pertinentes por parte dos colegas, nomeadamente sobre sinais de alerta e medicação antipsicótica (e respectivos efeitos secundários), o que demonstrou preocupações pessoais e profissionais na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

Considero que o Projecto de Implementação da Consulta de enfermagem de SMP (Anexo XVI) será uma mais-valia para os doentes e para os profissionais.

Em síntese, devido à recente alteração do paradigma da saúde e tratamento do doente mental, tornou-se indispensável uma avaliação das necessidades da população, bem como o desenvolvimento de programas de promoção de saúde / reabilitação dos doentes com patologia mental e respectivas famílias. Assim, considerei fundamental elaborar um projecto para implementação da consulta de enfermagem na comunidade, com a finalidade de desenvolver actividades que ajudem o doente/família/comunidade a alcançar um estado de saúde mental próximo do que seria ideal. Por isso, é importante que os enfermeiros estejam motivados para esta problemática e que a considerem no planeamento e abordagem das suas intervenções. Mais uma vez, reforço que a implementação de programas comunitários é um importante recurso para dar resposta à grande lacuna que existe em Portugal, constituindo uma notável forma de dar assistência adequada e diferenciada.

Neste objectivo, demonstro que **adquiri competências** de avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo/comunidade; desenvolvi um projecto de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental; fomentei o trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar; promovi a investigação em serviço (necessidade da equipa de enfermagem proceder a avaliação diagnóstica da população de quem cuida e planear intervenções adequadas perante os problemas encontrados), bem como, comuniquei os resultados da minha prática.

3 – CONCLUSÃO

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área complexa, que exige da enfermeira grande capacidade relacional. As suas intervenções devem basear-se numa relação de ajuda, com a finalidade de fomentar um melhor funcionamento no Outro. Para além disso, a enfermeira deve estar atenta para as atitudes, expressão de emoções e receios dos doentes, valendo-se de estratégias que possibilitem uma resolução conjunta dos problemas identificados. Tudo isto permite prestar cuidados de enfermagem a um nível de excelência.

A elaboração deste relatório permitiu-me reflectir de forma estruturada sobre o trabalho realizado, a importância das minhas intervenções e a sua fundamentação teórica.

Com a realização do módulo II, atendendo que era para mim a área onde menos experiência tinha, foi possível adquirir competências para o cuidado ao doente/família com perturbação mental, actuando em situações de crise, estabelecendo planos de cuidados adequados aos diagnósticos elaborados e avaliar os resultados obtidos. Saliento também, o desenvolvimento das competências da comunicação que considero fulcrais para a relação de ajuda.

Como os internamentos são necessários apenas para resolução de situações agudas, os doentes têm altas precoces o que implica o retorno à sua família e ao seu meio. Durante a realização do módulo I, assisti e colaborei na reintegração do doente mental na comunidade e promovi a saúde mental / prevenção de recaídas, através de intervenções especializadas e sempre de acordo com as necessidades verbalizadas ou identificadas pelos profissionais de saúde.

Atendendo ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que tem como objectivo primário os ganhos em saúde, encaro que estamos no caminho certo ao desenvolver programas nesta área e reforçar a meta de cuidados para todos, na comunidade. Todas as alterações legais que ocorreram nos últimos tempos vieram confirmar a importância da prevenção e reabilitação dos doentes mentais, de forma a obter ganhos em saúde. Assim, no módulo III, optei por proceder a uma avaliação diagnóstica da população abrangida pela USF São João da Talha e elaborar um projecto de implementação da consulta de enfermagem em saúde mental (aguarda-se autorização pelo Conselho Clínico do mesmo), realçando as actividades autónomas preconizadas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Tenho plena consciência de que com a obtenção do título de enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica, a minha responsabilidade aumenta perante os doentes/famílias e comunidade, bem como para os meus pares – equipa de saúde, mas que encaro como um desafio pessoal e profissional.

É ao reflectir sobre a prática que analiso e obtenho competências, pois só assim é possível articular com a teoria, bem como tomar consciência das minhas ações. Neste caso concreto, a capacidade de analisar e avaliar o meu desempenho e a minha postura é a forma de conseguir aprender com os meus erros, mas também valorizar as minhas conquistas.

Considero que os objectivos inicialmente propostos bem como as competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, foram atingidos.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, António C. – **Prescrições de Enfermagem em saúde Mental mediante a CIPE**. Loures: Lusociência, 2010. 197p. ISBN: 978-972-8930-55-4.
- ANTONIAZZI, A.; DELLÁGLIO, D.; BANDEIRA, D. – **O conceito de coping: uma revisão teórica**. Estudos de Psicologia, 3: 2, 1998. p.273-294.
- AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – **Metodologia Científica Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos**. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 178 p. ISBN 978-972-54-0212-2.
- BEEBE, Lora H. – **Health Promotion in Persons with Schizophrenia: Atypical Medications**. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2003. p.115-122.
- BRITO, Maria Luísa - **Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia**. Revista Portuguesa de Enfermagem, n.º 5., 2006.
- CHALIFOUR, Jacques. – **A Intervenção Terapêutica. Volume 2 Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta, 2009. 301 p. ISBN: 978-989-8075-21-5.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA – Coimbra: Almedina, 2008.
- DECRETO-LEI nº 304/2009 de 22 de Outubro.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular Normativa N.º 03/DGDC, 17/03/2005
- FAVROD, J. et al – **Prévenir la prise de poids sous traitement neuroleptique**. <http://www.espace-socrate.com>. 15.11.2011 20:30.
- GEORGE, Julia et al – **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª ed. Porto Alegre, 2004. 375 p.
- HARRISON, P., GEDDES, J., & SHARPE, M. - **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. 403 p. ISBN: 972-796-237-8.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica – 7ª edição**, Artmed, Porto Alegre. 2007. 1168p.
- KLEIN, J. ; GONÇALVES, A. – **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários**. Psico-USF, 2005. 10: 2, p.113-120.

- LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda – Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2.
- LEI DE BASES DA SAÚDE – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.
- LEI DE SAÚDE MENTAL – Lei nº 36/98 de 24 de Julho.
- Livro Verde - **Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**; Bruxelas, 2005.
- MACHADO e tal ; Consulta de Enfermagem em Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (eds.), **Saúde Mental e Equilíbrio Social**, 2008. Maia.
- MCGORRY, P., EDWARDS, J. – **Psychoeducation**. 1ª ed. Melbourne. 1997
- NEEB, Kathy – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 2000. 432 p. ISBN 972-8383-14-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Mental**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 9p.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633 p. ISBN 972-8383-84-3.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2007-2016) – **Resumo Executivo – Coordenação Nacional para a Saúde Mental**. Lisboa, 2008. ISBN 978-989-95146-6-9.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.
- SIMÕES, Rosa M.; A adesão ao regime terapêutico e a relação enfermeiro-doente. **Hospitalidade**. Santa Iria da Azóia. ISSN: 0871-0090. ano 74. N.º290, 19-24, Outubro/Dezembro, 2010.
- STUART, Gail; LARAIA, Michele – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas**. 6ª Edição, Porto Alegre: Artmed editora, 2001. 958 p. ISBN 85-7307-713-1.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva. WHO, 2003
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. France, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Strengthening mental health promotion**, Geneva, 2001.

ANEXOS

ANEXO I

Estudo de Caso I



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

ESTUDO DE CASO I

MÓDULO II

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

CHLO - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER

**ELABORADO POR: Fátima Quaresma (nº aluna
192010004)**

ORIENTADOR: Enf.º Laureano Galvão

DOCENTE: Prof.ª Medeiros Garcia

Lisboa, Maio 2011

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

OMS – Organização Mundial de Saúde

SU – Serviço de Urgência

Índice

1 – INTRODUÇÃO	4
2 – ANAMNESE	5
2.1 – IDENTIFICAÇÃO DA DOENTE.....	5
2.2 – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO	5
2.3 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E DA DOENÇA ACTUAL.....	6
2.4 – HISTÓRIA MÉDICA	7
2.5 – HISTÓRIA PESSOAL.....	7
2.6 – HISTÓRIA FAMILIAR.....	9
3 – EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL	11
3.1 – ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO	11
3.1.1 – Perspectiva do Enfermeiro.....	11
3.1.2 – Avaliação Diagnóstica de Enfermagem	12
4 – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	16
5 – ENTREVISTAS	17
5.1 – ENTREVISTA DIA 08.MAIO.2011	17
5.2 – ENTREVISTA DIA 15.MAIO.2011	18
5.3 – ENTREVISTA DIA 23.MAIO.2011	19
5.4 – ENTREVISTA DIA 04.JUNHO.2011	20
5.5 – ENTREVISTA DIA 05.JUNHO.2011	21
6 – AVALIAÇÃO	23

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração de um estudo de caso sobre uma doente mental internada no DPSM do HSFX, de acordo com as actividades definidas no Projecto de Estágio.

Como objectivo principal entende-se descrever a história pessoal e psicopatológica de uma doente internada com o diagnóstico de Síndrome Depressivo Major com actividade psicótica, de modo a identificar os focos de enfermagem e as respectivas intervenções utilizando linguagem CIPE.

A participação da doente na elaboração do estudo de caso foi consentida e teve por suporte os princípios éticos de participação livre e esclarecida.

A metodologia escolhida para a preparação deste estudo de caso foi a consulta do processo clínico, observação e entrevistas à doente, para recolha de informação junto da mesma.

O trabalho está organizado da seguinte forma: primeiro, apresento a história clínica e psiquiátrica da doente e, de seguida, o exame nuclear inicial, delineando o respectivo plano de cuidados. Posteriormente, enquadro os diagnósticos elaborados no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e descrevo as entrevistas realizadas.

2 – ANAMNESE

2.1 – IDENTIFICAÇÃO DA DOENTE

Nome: A. B. R.

Sexo: Feminino

Nome pelo qual gosta de ser tratada: D.^a A.B.

Idade: 58 anos

Data de Nascimento: 07.08.1953

Raça: Caucasiana

Residência: Parede

Habilitações Literárias: 12º ano

Profissão: Reformada como Assistente de Secretariado numa empresa pública

Estado Civil: solteira

Religião: Católica não praticante

2.2 – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

A D.^a A.B. foi conduzida pelo seu pai ao SU do Hospital de Cascais, por quadro de recusa alimentar e em executar os seus cuidados de higiene, com início há cerca de 1 mês mas de agravamento progressivo. Posteriormente, foi transferida para o SU do HSFX para observação por Psiquiatria, uma vez que o hospital de origem não integra equipa de urgência de Psiquiatria.

Após observação no SU, decidiu-se internamento da D.^a A.B. no DPSM pelos motivos supracitados bem como por anedonia, astenia, insónia inicial e tardia e anorexia.

2.3 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E DA DOENÇA ACTUAL

A D.^a A.B. aos 33 anos, iniciou quadro de insónias, anedonia e anorexia, pelo que procurou ajuda médica, tendo sido diagnosticado um Síndrome Depressivo. Segundo a mesma, associa este quadro a problemas laborais e nega qualquer outro factor que possa ter contribuído para o diagnóstico. Nesta altura decorreu o primeiro internamento num serviço de Psiquiatria privado, “durante alguns dias para descansar”(sic), tendo tido alta com seguimento em consulta privada mas que decorreu durante um curto período de tempo.

Em 2006, relata um episódio de Intoxicação Medicamentosa Voluntária (não sabe especificar a medicação nem quantidades) pelo que necessitou de assistência hospitalar com cuidados médicos e psiquiátricos, embora não tenha sido internada. Não revelou crítica para o sucedido, “não sei porque aconteceu, não me recordo e prefiro esquecer”(sic).

Há cerca de dois anos (início de 2009), menciona que a sua mãe faleceu, o que reiniciou o seu quadro de insónias, anedonia e anorexia, pelo que foi internada, no DPSM do HSFX, para controlo da sintomatologia. Refere que este internamento foi de curta duração pois melhorou rapidamente e teve alta, sendo seguida a título privado e com medicação em ambulatório.

No final de Novembro de 2009 foi reingressada no DPSM por reactivamento do quadro, embora com sintomas psicóticos. Segundo a doente, este internamento aconteceu porque “parei os medicamentos, já estava bem, porque é que devia ter continuado?”(sic). Teve alta médica após remissão dos sintomas e foi seguida repetidamente em consulta privada, com periodicidade mensal, e com medicação prescrita.

Em Abril do corrente ano, aquando consulta com médico assistente, este confronta a doente com a possibilidade de não estar a cumprir a medicação, o que a mesma confirmou.

Por agravamento progressivo do quadro de anedonia, astenia, insónia inicial e tardia, anorexia, ideias de culpa [“fui uma semana para casa de uma prima e deixei o meu pai sozinho”(sic)], recusa dos cuidados de higiene e de se alimentar, referindo que deixou de comer com a intenção de morrer, foi trazida ao SU e ficou internada com o diagnóstico de Síndrome Depressivo Major recorrente, com sintomatologia psicótica. Durante o internamento, a sua terapêutica tem sido revista e adaptada consoante a evolução psicopatológica. Actualmente a doente tem crítica para o internamento, referindo que “desta vez estive mesmo muito mal, o internamento foi fundamental”(sic). Quanto ao tratamento farmacológico, a doente tem boa adesão terapêutica e refere que “já percebi que não vou poder deixar de tomar a medicação, se o fizer volto a ficar internada e não quero”(sic).

De momento, tem instituída a seguinte terapêutica:

- Amisulpride 200mg PO 1 comprimido / dia;
- Carbonato de Lítio 400 mg 1 comprimido de 12h/12h;
- Clonazepam 0.5 mg 1 comprimido / dia;
- Quetiapina 300 mg 1 comprimido / dia;
- Quetiapina 50 mg 1 comprimido, se insónias.

2.4 – HISTÓRIA MÉDICA

De acordo com informação descrita no processo clínico, durante o penúltimo internamento foi diagnosticado à D.^a A.B. hipotireoidismo e nódulos tiroideus, embora não tenha qualquer terapêutica instituída para tal: TSH de 1.06 (valores de referência: 0.36-3.74). Nega outras patologias médicas conhecidas bem como alergias medicamentosas.

Sem antecedentes pessoais cirúrgicos.

Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de estupefacientes.

2.5 – HISTÓRIA PESSOAL

A informação que está descrita neste subcapítulo, foi recolhida durante as entrevistas informais realizadas, bem como através da consulta do processo anterior.

Gravidez desejada e planeada, desconhece se foi acompanhada sob o ponto de vista médico, embora sem intercorrências. Parto de termo, eutócico, aparentemente sem complicações, na MAC. Foi amamentada, desconhecendo durante quanto tempo. Diz ter tido um desenvolvimento psicomotor dentro dos parâmetros normais.

Teve uma infância e juventude “muito feliz”(sic), sempre sob a responsabilidade da mãe, pois o pai esteve ausente por razões de trabalho. Recorda-se de brincar com os seus amigos mas reforça muito mais a relação com os seus pais. Na escola relata um bom relacionamento com os colegas durante o tempo lectivo mas não se dava com eles fora do tempo de aulas; era muito estudiosa e por isso acabava por restar pouco tempo para os amigos, que na altura eram principalmente vizinhos. Praticou durante vários anos ginástica desportiva, tendo participada em algumas competições.

Na escola, sempre foi boa aluna e mantinha um bom relacionamento com professores e colegas. Frequentou o ensino superior, concluindo a licenciatura em Filologia Germânica. Fez alguns estágios noutros países europeus, nomeadamente Alemanha, Bélgica e Reino Unido. Chegou a iniciar o mestrado, mas acabou por não o concluir devido a incompatibilidades com a sua vida profissional.

Começou a trabalhar assim que terminou a licenciatura, tendo tido vários empregos desde então. Iniciou a carreira profissional como professora de inglês e português numa escola preparatória, onde leccionou durante quatro anos. Refere ter sido o emprego que mais a realizou e que tem muitas saudades de trabalhar com crianças, no entanto, incompatibilidades pessoais com os colegas e diferentes metodologias pedagógicas fizeram com que fosse transferida para outra escola, de onde acabou por se demitir ao fim de dois dias devido à distância da sua residência. Inicia então outra actividade profissional como secretaria, tendo se demitido ao fim de uns meses por achar que lhe eram atribuídas tarefas inferiores às suas habilitações “mandava-se despejar o lixo ou passear o seu cão”(sic). Através de um amigo obtém emprego no aeroporto de Lisboa, onde permaneceu durante 10 anos desempenhando trabalho de BackOffice. Refere que gostava do ambiente e que mantinha boas relações com os colegas; no entanto, tinha uma grande sobrecarga de trabalho de cerca de 10 a 12h/dia. Este facto motivou a sua demissão, visto não querer levar uma vida tão stressante. Em 1990 inicia novo emprego nos Correios onde permaneceu até há de 3 meses – foi reformada. A doente relata na primeira fase um bom ambiente de trabalho e satisfação profissional, tendo mesmo contribuído para o desenvolvimento da empresa através da criação de um “projecto empresarial inovador”(sic). No entanto, não deixa de referir mais uma vez a grande carga de trabalho. A certa altura, começa a notar uma deterioração do ambiente com os colegas de trabalho e com as chefias, denotando uma maior competitividade. Sentiu-se “usada” visto que depois de ter desenvolvido um projecto de interesse empresarial, retiraram-lhe o cargo que ocupava e transferiram-na para um novo departamento onde, segundo a doente, não lhe foram atribuídas quaisquer funções, “fui posta na prateleira”(sic). Após um período de 2 anos, foi novamente transferida para um novo departamento, desta vez na área de marketing, onde permaneceu até à reforma. Mais uma vez, no início gostava de lá estar e tinha um bom ambiente de trabalho. Mas refere que posteriormente, as pessoas já não a queriam lá, afirmando-se “alvo de terrorismo psicológico”(sic), não conseguindo no entanto concretizar em aspectos práticos de que forma isso ocorriam.

A D.^a A.B. considera-se uma pessoa culta, inteligente, perfeccionista, extrovertida e muito ocupada. Sempre atribuiu grande importância aos estudos e à carreira profissional. A doente acha-se muito dependente afectivamente, que se fragiliza facilmente com atitudes/comportamentos dos outros, facto que considera como “uma estupidez”(sic). Considera-se uma pessoa “privilegiada, tive oportunidades que poucas pessoas têm; pude estudar, viajar e tive acesso a eventos culturais e sociais importantes”(sic).

Viveu sempre em Queluz até aos 28 anos, altura em que foi residir para Parede. Sempre viveu com os pais, até aos 52 anos, altura em que por sugestão da mãe, passou a viver sozinha na Parede, na casa dos pais, tendo estes mudado de residência. Após o EAM da mãe, a doente muda-se novamente para casa dos seus pais, nas Caldas da Rainha, até Março de 2008, altura da morte da mãe. Desde aí vive na Parede com o pai. Quando questionada acerca do motivo pelo qual sempre viveu com os pais a doente refere que a mãe precisava da sua presença e que por isso não a ia deixar.

Acerca da sua vida amorosa, a D.^a A.B. é evasiva e procura fugir às questões, contornando-as. Teve o seu primeiro namoro aos 26 anos, ao qual não atribui grande importância. A doente menciona um relacionamento aos 28 anos. Esta relação durou cerca de 6 anos e, segundo a mesma, mantinham uma boa relação apesar das incompatibilidades; “ele era pouco pragmático e não gostava de trabalhar e eu não sou assim (...) não pensava casar com ele”(sic) afirmando contudo que foi a relação que mais a marcou. Esta terminou por iniciativa do namorado que, segundo a doente, “queria conhecer outras mulheres”. Cerca de 10 anos depois, teve uma nova relação que durou apenas 6 meses, tendo terminado porque o namorado, de nacionalidade estrangeira, regressou ao país de origem. A sua última relação que durou cerca de 6 anos, terminou há cerca de 4 anos, sendo que a doente não sabe especificar ao certo a razão que motivou o seu fim “talvez tenha sido porque eu fiquei sem auto estima... não queria sair de casa...”(sic). Diz continuarem amigos apesar de não estarem juntos.

Tem uma condição financeira estável, considerando-a mesmo superior à média.

2.6 – HISTÓRIA FAMILIAR

PAI

Natural de Lisboa, tem 84 anos, e encontra-se actualmente reformado. Tem o curso comercial e trabalhou como empresário executivo numa empresa de electrodomésticos. A doente começa por dizer que tinha uma óptima relação com o pai e que ele era um modelo para ela, admitindo no entanto que esteve um pouco ausente durante a sua infância devido a uma grande carga horária. Actualmente vive com o pai, relatando alguns desentendimentos com o mesmo.

MÃE

Natural do Montijo, faleceu em Março de 2009, aos 80 anos, por Insuficiência Cardíaca decorrente de um EAM que sofreu em Maio de 2008. Como antecedente pessoal considerou-se um Síndrome Depressivo, sem acompanhamento médico ou farmacológico. Tinha o 4º ano

de escolaridade, nunca trabalhou “mas era muito inteligente”(sic). A doente afirma que era afectivamente muito dependente da mãe, foi a sua única companhia e a pessoa com quem ela podia desabafar. Diz que, nesse sentido, via-se na necessidade de a acompanhar e permanecer junto dela. Em 2005, a mãe incentivou-a a ir viver sozinha “para desenvolver a sua independência”, uma vez que sempre havia vivido com os pais. Após o EAM da mãe e até à sua morte, mudou-se para a casa dos pais, a fim de cuidar da mãe.

IRMÃOS

Não tem, embora a sua mãe tivesse expressado o desejo de ter mais filhos, ia contra a vontade do seu pai.

AMBIENTE FAMILIAR

A doente descreve como “óptimo ambiente familiar” (sic), em conjunto com os pais constituíam um núcleo familiar coeso, referindo no entanto, desentendimentos que conduziram ao seu afastamento em relação á restante família. Sempre teve apoio dos pais em todas as suas decisões, adiantando até que era muito mimada e que os pais sempre lhe deram tudo.

Após a morte de mãe, refere que se esforçou sempre por substituir as funções desta em casa para colmatar a sua falta no seio familiar.

3 – EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL

Durante a entrevista psiquiátrica, seja ela formal ou informal, é-nos permitido conhecer mais intimamente as realidades pessoais, familiares e sociais da pessoa com doença mental. Desta forma, torna-se imprescindível para adequar as intervenções de enfermagem às principais dificuldades dos doentes com os quais lidamos diariamente.

3.1 – ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO

Foi utilizado o guião de entrevista previamente elaborado. Foi, também, consultado o processo actual bem como do último internamento, tendo sido agendadas entrevistas de enfermagem e, se possível, ao pai.

O primeiro contacto com a doente ocorreu no dia 29 de Abril de 2011 no período da tarde, após a ceia. Tendo em conta que a doente não se deslocou à sala de refeições durante o turno, foram entregues a ceia e a medicação, junto à sua cama. A abordagem foi realizada na presença do meu enfermeiro orientador. A doente recusou ambas, apesar de lhe ter sido explicada a sua necessidade. Perante a possibilidade de estarem dois técnicos presentes e ser intimidatório para a doente, o enfermeiro orientador retirou-se, deixando-me a sós com a mesma. Recusou novamente alimentar-se e em tomar a medicação.

3.1.1 – Perspectiva do Enfermeiro

Relativamente à doente, passo a descrever os parâmetros que foi possível avaliar:

- Apresentação e postura

Idade real coincidente com idade aparente, aspecto geral descuidado mas bom estado de higiene (trata-se do segundo dia de internamento no serviço, mas terceiro dia contabilizando com a permanência no SU). Encontrava-se encostada à cabeceira da cama, com olhar dirigido para a porta, desconfiada e pouco à vontade na abordagem.

- Discurso e Linguagem

Discurso hipofónico e provocado, com latência de resposta acentuada.

- Memória, Atenção e Concentração

Sem aparentes alterações da atenção bem como da concentração. Não foi possível avaliar a memória.

- Estado de Consciência e Orientação

A doente apresenta-se vigil; orientada no espaço, embora apática. Não foi possível prosseguir a restante avaliação.

- Humor e Afectos

Apresenta humor deprimido, com contacto superficial. Apresenta ambivalência afectiva: quando questionada acerca da minha presença, acena com a cabeça para recusar a mesma, mas segura o meu braço quando pretendo sair junto de si.

- Pensamento

Pensamento lentificado, com conteúdo delirante de prejuízo – “eu faço mal aos outros doentes”(sic) – e negativista – “não tenho recuperação”(sic). Refere também que “estou muito doente fisicamente... deixe-me ir embora”(sic).

- Percepção

Não foram apuradas alterações da percepção.

- Insight

Não apresenta crítica para o psicopatológico nem para o internamento.

- Estado Físico e Satisfação das Necessidades

Aparentemente dentro da sua normalidade (comparação realizada por outros profissionais que conheciam a doente de internamentos prévios). No entanto, apresenta alterações do padrão de alimentação e do sono.

- Efeito dos Comportamentos e Sintomas

Antes da instalação da doença, trabalhou nos Correios embora estivesse de baixa desde 2009 (penúltimo internamento) – actualmente reformada. As suas relações extrapessoais mantêm-se confinadas ao pai e a contactos esporádicos e superficiais com uma prima mais nova cerca de 2 anos, que reside nas Caldas da Rainha. Isola-se no seu domicílio.

3.1.2 – Avaliação Diagnóstica de Enfermagem

Esta avaliação será realizada de acordo com a CIPE. Assim, passo a descrever os diagnósticos efectuados, bem como as respectivas intervenções e resultados esperados.

Foco: Pensamento - Alterado

Intervenções

- Diminuir a ansiedade
- Executar toque
- Gerir o ambiente físico: segurança
- Proporcionar apoio emocional

Resultados Esperados

- Delírio de Prejuízo contido

Foco: Comunicação - Alterada

Intervenções

- Vigiar o humor
- Oferecer escuta activa
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções

Resultados Esperados

- Expressão de emoções.

Foco: Auto-estima - Diminuída

Intervenções

- Administrar medicação
- Oferecer escuta activa
- Diminuir a ansiedade
- Executar entrevistas de relação terapêutica de ajuda
- Gerir o ambiente físico

Resultados Esperados

- Maior confiança nas suas competências.

Foco: Ingestão de Alimentos - Diminuída

Intervenções

- Gerir perturbações alimentares
- Planear a dieta
- Promover o equilíbrio de líquidos

Resultados Esperados

- Ingestão de alimentos e líquidos adequada.

Foco: Sono - Alterado

Intervenções

- Diminuir a ansiedade
- Gerir a medicação
- Monitorizar a segurança do doente
- Promover o sono

Resultados Esperados

- Descanso nocturno adequado e reparador.

Foco: Interação social - Comprometida

Intervenções

- Aumentar a auto-estima
- Aumentar a socialização
- Diminuir a ansiedade
- Escutar activamente
- Providenciar actividades de distração

Resultados Esperados

- Interação com outras doentes e profissionais de saúde

4 – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Sendo que a Teoria dos Sistemas se baseia no pressuposto de que todos os organismos vivos se encontram organizados em sistemas e que procuram o equilíbrio, existem necessidades que quando não são satisfeitas, podem perturbar o equilíbrio - se o desequilíbrio persiste, surge a doença.

Deste modo, surgem linhas de defesa do indivíduo que são as seguintes (Freese, citada por Tomey e Alligood):

- **Linha normal de defesa** - reacção normal ao ambiente, que é estável e personalizada, conforme as capacidades e habilidades que o indivíduo foi alcançando ao longo da sua vida para lidar com os factores *stressores*;
- **Linha de defesa flexível** - protecção adicional para a linha normal de defesa;
- **Linha de resistência** - factores internos, como última defesa de um indivíduo face a agressores do núcleo do sistema.

Perante a situação da D.^a A.B., pode-se afirmar que a capacidade de lidar com os agentes *stressores* está diminuída (tendo em conta os internamentos anteriores) e que de momento a sua linha de resistência também não é eficaz.

É pertinente ter em atenção que os factores predisponentes (história familiar, conflitos laborais) perante qualquer factor precipitante, podem levar a um reinternamento. Aqui, incluem-se os *stressores*, sejam eles intrapessoais (auto-motivação), interpessoais (relação com o pai ou qualquer outra pessoa significativa) ou extrapessoais (abandono terapêutico).

Sempre que os factores *stressores* rompem as linhas de defesa do indivíduo, estes surgem como geradores de tensão, desequilíbrio. Assim, torna-se clara a necessidade de trabalhar com a doente a “resistência” das linhas supracitadas, bem como, qual a melhor forma de lidar com os *stressores* de modo a não interferirem no seu quotidiano.

De acordo com o descrito, considero que é pertinente a utilização deste modelo como forma de abordagem à doente, evidenciando-a enquanto sistema na sua globalidade, com defesas e capacidades próprias, em permanente interacção com os *stressores* – ambiente.

5 – ENTREVISTAS

As entrevistas foram decorrendo ao longo do tempo, de acordo com o estado psicopatológico da doente e as suas disponibilidades (nos dias úteis, durante a manhã, frequentam a Terapia Ocupacional).

5.1 – ENTREVISTA DIA 08.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender o motivo pelo qual está internada
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Porque foi internada?
- Como se sentiu?
- Sabe que doença tem e o seu significado?

Tendo em conta que se tratava da segunda entrevista e tinham decorrido 9 dias desde a sua admissão no serviço, optou-se por um ambiente mais informal – no jardim – durante o período da manhã, sem qualquer outro doente ou técnico de saúde. Pensei que desta forma as condições fossem mais facilitadoras para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Quando questionada acerca do seu internamento, a D.^a A.B. apenas respondeu “estou bem... não estou internada porque quem está internado são os doentes e eu não estou doente”(sic) mantendo o seu discurso hipofónico e com latência de resposta. Desta forma, tentei reformular as questões mas sem sucesso, obtendo sempre a mesma resposta “estou bem”(sic). O seu comportamento não verbal, bem como a sua postura corporal – discreta inquietação dos membros superiores e inferiores - demonstravam ansiedade latente, angústia por estar internada.

Relativamente à sua doença, respondeu que sabia o que tinha mas sem qualquer descrição da mesma ou expressão facial que pudesse verbalizar se aceitava ou recusava o diagnóstico.

É de salientar que neste período, a doente realizava os seus cuidados de higiene, assim como ingeria a totalidade das suas refeições, no refeitório, juntamente com as outras doentes. Durante a noite, ainda havia necessidade de administração de terapêutica SOS para um sono reparador.

No fim da entrevista, a doente apenas verbalizou “porque se preocupa tanto comigo?”, pelo que senti necessidade de lembrar-lhe o meu estatuto (aluna) e qual a minha função. Desta forma, obtive um sorriso e um “obrigada”(sic).

Durante esta entrevista, senti-me inquieta uma vez que não tinha obtido respostas/interacção por parte da doente, mas que talvez se tivesse consolidado a relação iniciada anteriormente. É de salientar que durante os 9 dias anteriores, fiquei responsável pela doente e que, sempre que possível, trabalhámos no sentido de promover a sua independência na realização das Actividades de Vida Diárias. Foi facilitador do processo terapêutico pois consolidou a concepção de técnico de referência, alguém que está pronto para a ouvir.

Também foi possível apurar que ainda não tem crítica para o psicopatológico nem para o internamento.

Para encerramento, foi proposto que voltaríamos a conversar sobre este e outros temas, ao que sorriu, levando-me a crer que seria do seu agrado.

5.2 – ENTREVISTA DIA 15.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender o motivo pelo qual está internada
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Melhorar o procedimento de socialização

QUESTÕES

- Já se recorda porque foi internada?
- Como se sente?

Para a concretização desta entrevista, voltei a optar por uma ida ao jardim, hoje com todas as outras doentes, embora nos mantivéssemos um pouco afastadas de forma a promover a privacidade.

Neste dia a D.^a A.B. estava com postura menos tensa, com sorriso mais espontâneo, embora ainda com humor predominantemente deprimido, discurso hipofónico e com latência de resposta.

Voltei a abordar os temas da entrevista anterior, nomeadamente o motivo pelo qual está internada. Também hoje, as respostas não foram diferentes, “estou bem ... não estou doente”(sic). Quando reformuladas as questões, não permitiu que a conversa progredisse, verbalizando “quero ir embora... porque não me deixam ir embora?”(sic). No entanto, aceitou em passear pelo jardim com outras doentes e com um sorriso espontâneo, agradeceu.

Apesar da não colaboração da doente na entrevista, senti que o seu estado geral estava a melhorar, embora ainda sem qualquer crítica para a situação e internamento.

Agendei nova entrevista, o que aceitou, acreditando que a terapêutica instituída surtisse efeito e que posteriormente seria mais acessível.

5.3 – ENTREVISTA DIA 23.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender como a patologia interfere na sua vida
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Qual o papel do regime terapêutico no seu futuro?

Numa tentativa de continuar a progredir, optei por realizar sessões de grupo sobre a importância do regime medicamentoso na doença mental. Para tal, planei duas sessões em que dividi as doentes (de acordo com a sua estabilidade psicopatológica) de forma a ser grupos menores e lhes poder dar espaço para falar abertamente. *A posteriori*, senti-me surpreendida pela intervenção, da D.^a A.B., embora que provocada, mas que até ao momento não interagiu. Durante a sessão, expressou que tinha interrompido a terapêutica e que, em parte, teria sido um dos factores desencadeantes para o seu reinternamento, o que foi de encontro ao meu objectivo: perceber se houve uma fraca adesão ou recusa da terapêutica instituída. Desta forma, percebi que no momento, já existia uma crítica parcial para o internamento.

No final da sessão, abordei a doente para saber o seu feedback da sessão. Desta vez, com discurso menos lentificado e mais fluido, referiu que “acho que foi pertinente e nunca pensei

que a medicação fosse tão importante para mim e para as outras doentes”(sic). Senti-me perplexa por avaliar as diferenças ocorridas durante uma semana. É de salientar que a doente, nesta fase, já demonstrara preocupações com a sua imagem - roupa, cabelo e mãos – pedindo para combinar uma saída do serviço e ir às compras.

5.4 – ENTREVISTA DIA 04.JUNHO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender os seus objectivos futuros
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Quais os seus desejos para o futuro?
- Como vê o seu futuro com esta doença?
- Qual o papel do regime terapêutico no seu futuro?

Considero importante referir que no decorrer desta semana, numa abordagem fugaz de corredor, a doente abordou-me pelo nome e, a sorrir, perguntou-me o que achava do seu aspecto geral (uma amiga foi visitá-la ao serviço e fez-lhe a manicura, bem como lhe entregou roupas suas). Aquando dos elogios pela sua melhoria – auto estima aparentemente recuperada, verbalizou “vai gostar de me conhecer quando estiver melhor, vai ver”(sic).

Neste dia, aquando da entrevista à doente, iniciei as perguntas de acordo com o pré-definido, encaminhando a temática para os projectos futuros e de como iria ser a sua vida após a alta clínica. Afirmou que gostaria de encontrar uma actividade de voluntariado com crianças, embora já tivesse sido recusada por algumas instituições. Ficou então combinado que iriam ser realizados esforços no sentido de contactar a assistente social e ver quais as oportunidades que se enquadravam dentro do que a D.^a A.B. pretendia.

Quando abordada sobre os seus projectos para o futuro em articulação com o seu problema de saúde e a toma da medicação, respondeu que iria retomar as consultas mensais com o psiquiatra, bem como as sessões de psicoterapia (a nível privado). Quanto à medicação, referiu “são muitos comprimidos... mas já sei o que vai acontecer se parar a medicação”(sic). Foi-lhe explicada novamente a sua importância, tendo em conta que a terapêutica instituída não serve para curar mas sim para garantir que a doença está mais controlada e assim manter o seu quotidiano o mais normal possível.

Entretanto, tive oportunidade de conversar com uma amiga que a visitava. Trata-se da D.^a G. de 35 anos, que foi educada junto da D.^a A.B. pela sua mãe. Actualmente, frequenta a Licenciatura em Gestão numa Universidade em Lisboa, onde vive sozinha. Tendo em conta que a doente teve permissão do médico assistente para passar o fim-de-semana com o pai, e este encontrava-se fora de Lisboa, a D.^a G. ofereceu-se para passar o dia com a doente. Segundo a mesma, considerava que a D.^a A.B. estava “muito melhor, está quase como era antes do internamento...penso que lhe vai fazer bem sair, ir ao cabeleireiro e às compras... sempre foi uma pessoa muito preocupada com o seu aspecto...não sei o que aconteceu desta vez”(sic). Entregou o seu contacto e referiu que estaria disponível para o que fosse preciso.

Posteriormente, tendo em conta que a D.^a G. chegou ao serviço, a doente ficou mais distraída, o que dificultou o seu processo de concentração na entrevista. Assim, decidiu-se terminar e retomar no dia seguinte.

5.5 – ENTREVISTA DIA 05.JUNHO.2011

OBJECTIVO

- Preparação para a alta

Aproveitando o facto da D.^a A.B. ter passado o dia anterior com uma amiga e como estava programado que no próximo fim-de-semana também estaria com o seu pai, considerei que o objectivo que melhor se enquadrava neste encontro seria a preparação para a alta.

No início da entrevista, questioneei a D.^a A.B. como tinha decorrido o dia anterior, ao que respondeu “foi fantástico, maravilhoso... fui às compras, passeámos bastante... sinto-me muito bem... pela primeira vez dormi muito bem e sem medicação”(sic).

Em termos de avaliação da doente, esta encontrava-se com aspecto geral bastante cuidado, postura descontraída, sorrisos espontâneos, humor eutímico, discurso verbal organizado, linguagem e tom de voz adequados.

Aquando questionada, novamente, sobre o motivo do internamento, a doente verbalizou que “já percebi que desta vez estive muito mal...tenho que manter a medicação, não a posso parar”(sic). No entanto, em relação à sua doença, afirma que “tenho uma recusa perante a doença”(sic). Foi-lhe pedido para explicar o que queria dizer com essa frase, ao que responde “não é negar que sou uma doente crónica, que precisa de cuidados, apenas tenho uma recusa da doença”(sic), e de seguida, evitou o tema, desviando sempre o pedido de explicação.

Verbaliza projectos para o futuro, tanto a nível da ocupação dos tempos livres (como referido anteriormente) mas também a nível pessoal “tenho sentimentos por um amigo da família... quero recomeçar a sair com ele e, quem sabe, casar...ainda tenho idade para ser feliz”(sic).

6 – AVALIAÇÃO

Ao fim de 6 semanas de internamento, a D.^a A.B. apresenta aspecto cuidado, humor eufímico, bom contacto, discurso fluído sem dificuldade na expressão de sentimentos / emoções nas entrevistas realizadas, melhor interacção com as outras doentes. Realiza as suas actividades de vida diária de forma autónoma. Estabeleceu objectivos pessoais futuros, tanto ao nível pessoal como de ocupação do seu tempo livre. Também foram melhorados os conhecimentos pessoais em relação à doença (sinais e sintomas) e terapêutica.

De acordo com Betty Neuman, o principal objectivo da Enfermagem é assistir a Pessoa de modo a obter estabilidade do sistema, ou seja, assistir a pessoa, a família e a comunidade. Para tal, são realizadas intervenções, com vista à redução dos factores stressores que podem influenciar a Pessoa, e trabalha-se ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

No entanto, quando a Pessoa não consegue superar determinados obstáculos, pode surgir uma situação de crise, na qual intervimos para ajudar. Mas como refere Phaneuf (1995), *“(...)ajudar não significa oferecer a pessoa soluções prontas mas orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução(...)”*.

Em suma, considero que consegui estabelecer uma relação terapêutica com a D.^a A.B., delinear objectivos de acordo com os diagnósticos de Enfermagem levantados e em consonância com as necessidades da doente. Penso que foi possível, através da relação estabelecida e da disponibilidade demonstrada, que a doente verbalizasse as suas emoções/sentimentos.

Em relação à minha avaliação, considero que todo o trabalho que desenvolvi com a D.^a A.B., permitiu a minha evolução ao longo do tempo, adquirindo competências relacionais, de comunicação e terapêuticas, como se impõe a uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

ANEXO II

Guião de Entrevista Inicial



ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL E DIAGNÓSTICA

1. DADOS BIOGRÁFICOS

- Nome
- Idade
- Estado civil
- Nacionalidade
- Morada
- Escolaridade
- Estado Civil
- Profissão
- Motivo de Referenciação

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Internamentos Anteriores
- História Médica / Patologias
- Hábitos (tabagismo, alcoólico, consumo de substâncias)
- Medicação em Ambulatório (PO e dépôt)

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Agregado familiar
- Patologias psiquiátricas

4. EXAME DO ESTADO MENTAL

- Apresentação e Postura (idade aparente, apresentação)
- Discurso e Linguagem
- Memória, Atenção e Concentração
- Estado de Consciência e Orientação
- Humor e Afectos
- Pensamento
- Percepção
- Insight
- Estado Físico e Satisfação das Necessidades

5. EFEITO DOS COMPORTAMENTOS E SINTOMAS

- Actividade Laboral/Escolar
- Relação e Interação com os outros
- Envolvimento com a família e nas actividades

ANEXO III

Estudo de Caso II



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

ESTUDO DE CASO II

MÓDULO II

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

CHLO - HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER

**ELABORADO POR: Fátima Quaresma (nº aluna
192010004)**

ORIENTADOR: Enf.º Laureano Galvão

DOCENTE: Prof.ª Medeiros Garcia

Lisboa, Junho 2011

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

SU – Serviço de Urgência

Índice

1 – INTRODUÇÃO	4
2 – ANAMNESE	5
2.1 – IDENTIFICAÇÃO DA DOENTE	5
2.2 – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO	5
2.3 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E DA DOENÇA ACTUAL	5
2.4 – HISTÓRIA MÉDICA.....	6
2.5 – HISTÓRIA PESSOAL.....	7
2.6 – HISTÓRIA FAMILIAR	8
3 – EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL	11
3.1 – ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO	11
3.1.1 – Perspectiva do Enfermeiro.....	11
3.1.2 – Avaliação Diagnóstica de Enfermagem.....	12
4 – ENTREVISTAS	15
4.1 – ENTREVISTA DIA 17.MAIO.2011, À DOENTE	15
4.2 – ENTREVISTA DIA 17.MAIO.2011, AO MARIDO	16
4.3 – ENTREVISTA DIA 21.MAIO.2011	16
4.4 – ENTREVISTA DIA 22.MAIO.2011, À FILHA DA DOENTE	17
4.5 – ENTREVISTA DIA 23.MAIO.2011	18
4.6 – ENTREVISTA DIA 28.MAIO.2011	19
4.7 – ENTREVISTA DIA 04.JUNHO.2011	20
5 – AVALIAÇÃO	22

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração de um segundo estudo de caso sobre uma doente mental internada no DPSM do HSFX.

Como objectivo principal pretende-se descrever a história pessoal e psicopatológica de uma doente internada com o diagnóstico de Síndrome Depressivo, de modo a identificar os focos de enfermagem e as respectivas intervenções utilizando linguagem CIPE.

A participação da doente na elaboração do estudo de caso foi consentida e teve por suporte os princípios éticos de participação livre e esclarecida.

A metodologia escolhida para a preparação deste estudo de caso foi a consulta do processo clínico, observação e entrevistas à doente e familiares.

O trabalho está organizado da seguinte forma: primeiro, apresento a história clínica e psiquiátrica da doente e, de seguida, o exame nuclear inicial, delineando o respectivo plano de cuidados. Posteriormente, descrevo as entrevistas realizadas.

2 – ANAMNESE

2.1 – IDENTIFICAÇÃO DA DOENTE

Nome: I. M. F.

Sexo: Feminino

Nome pelo qual gosta de ser tratada: D.^a I.

Idade: 43 anos

Data de Nascimento: 14.03.1968

Raça: Caucasiana

Residência: Linda-a-Velha

Habilitações Literárias: 9º ano

Profissão: Co-proprietária de uma loja de confecções

Estado Civil: casada

Religião: Católica não praticante

2.2 – MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

A D.^a I. foi conduzida pela sua filha ao SU do HSF, por quadro de alterações do comportamento (manifestações ansiosas, tristeza, anedonia, choro frequente e imotivado) e ideias de morte. Aquando da sua avaliação no SU, apuraram-se ideias de morte, embora não estruturadas.

Perante o quadro descrito, decidiu-se o internamento da D.^a I. no DPSM.

2.3 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E DA DOENÇA ACTUAL

Segundo a D.^a I., desde há sete anos, por altura da morte do pai e da sua melhor amiga, desenvolveu progressivamente sintomas de tristeza marcada, choro fácil e ansiedade. Recorreu ao seu médico de família que a medicou com Sedoxil um comprimido duas vezes ao

dia. Refere melhoria dos sintomas depressivos mas por manutenção dos sintomas de ansiedade, como palpitações e tremores mais acentuados à noite, auto medicou-se com Diazepam. Há cerca de dois anos, por dificuldades financeiras importantes resultantes de dívidas contraídas no contexto da actividade comercial da família, foram obrigados a mudarem-se de casa, facto que afectou especialmente o marido pois tratava-se de uma casa da sua família, onde viveu desde a sua adolescência. Após essa altura, as relações entre o marido e a doente, assim como o filho destes, degradaram-se de forma significativa, com discussões frequentes, em que chegou a haver violência verbal e psicológica por parte deste. A doente refere que houve uma mudança acentuada do comportamento do seu marido, tornando-se cada vez mais distante e agressivo, tanto verbal como psicologicamente. Coincidentemente os sintomas de ansiedade foram-se agravando com necessidade de se auto medicar com Diazepam dois comprimidos/dia.

Há cerca de um ano, a filha da doente acaba por sair de casa, após ter sido agredida pelo padrasto. Desde essa altura, a situação com a doente degradou-se de forma importante, com manifestações ansiosas mais marcadas, como palpitações, sudorese marcada, tremores generalizados, sensação de medo inexplicável, tristeza, isolamento, anedonia, choro frequente e imotivado, dificuldade no sono e diminuição do peso – durante este ano, perdeu cerca de 10 Quilogramas do seu peso habitual.

A situação tem-se vindo a agravar em vários níveis, o relacionamento com o marido é conflituoso e as dificuldades financeiras têm-se vindo a exacerbar, com múltiplas dívidas por saldar, com necessidade de apoio por parte do filho.

Recorreu ao SU no dia 17 de Maio de 2011 por episódio de ataque de pânico sem factor precipitante identificável. Teve alta referenciada para o seu médico de família, medicada com Escitalopram um comprimido/dia e Trazodone 100mg meio comprimido à noite. Apesar de ter iniciado a terapêutica, a doente regressa ao SU passado quatro dias, trazida pela filha, após novo episódio de ataque de pânico, semelhante ao anteriormente descrito, tendo ficado internada com o diagnóstico de Síndrome Depressivo Major, com sintomas ansiosos. Durante o internamento, a sua terapêutica foi revista e adaptada consoante a evolução psicopatológica. Actualmente a doente tem crítica para o internamento e quanto ao tratamento farmacológico, a doente tem boa adesão terapêutica e refere que “a medicação fez-me bem, estava a precisar de ser internada”(sic).

2.4 – HISTÓRIA MÉDICA

De acordo com a D.^a I. desde há cerca de sete anos que, por dificuldade no sono, se automedica com Diazepam 10 mg, fazendo abuso de benzodiazepinas.

Sem antecedentes pessoais cirúrgicos. Nega alergias medicamentosas conhecidas.

Refere hábitos tabágicos de cerca de 20 cigarros/dia, desde nova (não sabe especificar a idade certa).

Nega hábitos alcoólicos ou consumo de estupefacientes.

2.5 – HISTÓRIA PESSOAL

A informação que está descrita neste subcapítulo, foi recolhida durante as entrevistas realizadas à doente e familiares, bem como através da consulta do processo.

Gravidez não planeada embora aceite e, posteriormente, desejada; desconhece se foi acompanhada sob o ponto de vista médico, embora tenha decorrido sem intercorrências. Parto de termo, eutócico, aparentemente sem complicações, na MAC. Foi amamentada, desconhecendo durante quanto tempo. Verbaliza ter tido um desenvolvimento psicomotor dentro dos parâmetros normais.

Teve uma infância e juventude “normal”(sic), lembrando as brincadeiras com os seus amigos do local onde morava. Na escola descreve um bom relacionamento com os colegas durante o tempo lectivo; não gostava de estudar e por isso acabava por faltar às aulas e ficava com os seus amigos.

Começou a trabalhar assim que terminou a escolaridade obrigatória, tendo tido vários empregos desde então. Iniciou a vida profissional como empregada de balcão num café, onde permaneceu durante dois anos. Por “desinteresse”(sic), despediu-se e iniciou funções como rececionista numa empresa de advocacia mas devido a incompatibilidades pessoais com os colegas e com a chefe, acabou por se demitir ao fim de dez meses. Inicia então outra actividade profissional como empregada numa loja de confecções, referindo ter sido o emprego que mais a satisfiz, tendo pedido demissão ao fim de uns anos por achar que era o momento ideal para iniciar a sua própria actividade comercial. Com o apoio do marido, abriu uma loja de confecções em Lisboa, “estou muito contente de ter o meu próprio negócio”(sic).

A D.^a I. considera-se uma pessoa normal, introvertida e perfeccionista. Sempre atribuiu grande importância à família bem como à carreira profissional. A doente considera-se muito dependente afectivamente, que se “magoa facilmente”(sic) com atitudes/comportamentos dos outros. Considera-se uma pessoa “normal, mas tive muitas privações ao longo da minha vida”(sic).

Viveu em Lisboa até aos 20 anos, altura em se casou e foi residir para Campolide. Engravidou aos 21 anos – gravidez não planeada mas aceite e desejada, que decorreu dentro da normalidade. Parto eutócico de termo, na MAC, de uma menina com avaliação estato-ponderal

dentro do percentil 50. Durante quatro meses amamentou a filha e esteve distante do seu emprego. Posteriormente, por divergências com o marido, divorciaram-se e regressou a casa dos seus pais. Cerca de dois anos mais tarde, volta a casar-se com o seu actual companheiro e mudaram-se para Alcântara. Ao fim de algum tempo, mais precisamente em 1995, engravida do seu segundo filho – gravidez desejada e planeada, que decorreu sem intercorrências. Em Agosto de 1996, nasceu o seu filho, com desenvolvimento estato ponderal no percentil 75, de parto eutócico sem complicações, na MAC. Amamentou exclusivamente até aos seis meses, altura em que reiniciou a actividade profissional. Refere que o desenvolvimento psicomotor dos seus filhos decorreu dentro dos parâmetros normais. Menciona uma excelente relação com os mesmos.

Acerca da sua vida amorosa, a D.^a I. é evasiva e contorna as questões relativas ao seu divórcio e actual situação. Teve o seu primeiro namoro aos 16 anos, que durou cerca de 6 meses e, segundo a mesma, foi a relação que mais a marcou. Esta terminou por iniciativa do namorado pois, segundo a doente, “éramos adolescentes”(sic). Cerca de três anos depois, iniciou uma nova relação, com quem acabou por casar. Não refere o motivo pelo qual se divorciaram, mas recorda que continuaram amigos.

2.6 – HISTÓRIA FAMILIAR

PAI

Natural de Lisboa, faleceu em Fevereiro de 2004, aos 63 anos, por falência multiorgânica após um Acidente Vascular Cerebral de etiologia hemorrágica. Desconhece-se se existiam antecedentes pessoais relevantes, médicos ou psiquiátricos. Tinha o 4º ano de escolaridade e trabalhava em actividade própria – possuía um café. A doente começa por dizer que tinha uma excelente relação com o pai e que esteve presente durante o seu crescimento, sendo uma pessoa “em quem podia confiar”(sic).

MÃE

Natural de Lisboa, tem 68 anos, e encontra-se actualmente reformada. Sabe ler e escrever, embora não tenha frequentado a escola, e trabalhou no café como empregada de balcão juntamente com o marido. A doente afirma que tem uma boa relação com a mãe e que ela é um exemplo para ela, embora estivesse um pouco ausente durante a sua infância devido à elevada carga horária. Presentemente vive na periferia de Lisboa, com uma irmã. Segundo a doente, é uma pessoa afável e preocupada com a sua situação actual, telefonando-lhe diariamente.

IRMÃOS

Não tem, e afirma que não se recorda de alguma vez os pais terem expressado o desejo de ter mais filhos.

FILHOS

A D.^a I, tem uma filha de 22 anos, fruto do primeiro casamento, com quem tem uma excelente relação e descreve como sendo “a minha melhor amiga, a minha confidente”(sic). No entanto, a filha saiu de casa há cerca de um ano para ir viver com o namorado e com o qual tem “uma excelente relação”(sic). Trabalha na loja de confecções juntamente com a mãe, no atendimento ao público.

O segundo filho, fruto do actual casamento, é um adolescente de 15 anos, e é descrito pela doente como sendo “um rapaz muito reservado como eu, não desabafa com ninguém”(sic). De momento, segundo a irmã, “tem problemas na escola, o rendimento escolar é baixo e este ano lectivo, é provável que chumbe (...) nem fala comigo sobre o que se passa com ele”(sic). É seguido em Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia, extensão da Encarnação – referenciado pelo médico de família por alteração do comportamento; desconhece-se o diagnóstico.

MARIDO

O Sr. L. natural de Lisboa, tem 52 anos, trabalha numa agência funerária e é responsável pela contabilidade da loja da doente. Considera-se uma pessoa afectuosa, empenhado na família. Relata que os problemas com a doente se iniciaram há cerca de sete anos com o falecimento do seu pai e da sua melhor amiga, uma vez que a D.^a I. deixou de querer ir para casa durante o dia “para não pensar sobre isso”(sic). Há um ano, pretendeu desistir da contabilidade da loja, facto que não foi bem aceite pela doente, tendo mesmo acusado o marido de não querer assumir as contas. Por dificuldades financeiras, tiveram de mudar de casa e, desde então, refere que nunca mais foi o mesmo e aceita que isso poderá ter afectado o casamento.

Na sequência de uma discussão com a filha por causa de um namorado seu da altura, houve um conflito em casa que o levou à sua saída para casa dos pais. Passados alguns dias regressou a sua casa mas desde então, há cerca de um ano, mantém uma relação com a esposa que descreve como “fria, sem intimidade”(sic). Refere também que a doente, desde há um ano, que o acusa de ter uma relação extraconjugal, que o mesmo nega veemente.

Segundo a filha da doente, o Sr. L. é doente mental, embora afirme que ninguém na família tem conhecimento de possível diagnóstico assim como do eventual seguimento, bem como a restante família (pais e cunhada, sendo que a mesma já esteve internada no serviço). Considera-o como “manipulador, consegue sempre que as pessoas tenham uma imagem de si

que não corresponde à realidade”(sic). Não existia qualquer contacto entre si e o Sr. L. desde há um ano, mas retomaram de momento devido à situação da D.^a I. Define como sendo um contacto superficial mas cordial.

AMBIENTE FAMILIAR

O núcleo familiar é constituído pela D.^a I., marido e filho. A doente refere nem conseguir descrever o ambiente, de momento “nem sei o que dizer, como o definir” (sic). Como descrito anteriormente, a doente e o marido têm uma relação “fria e sem intimidade”(sic) e o filho é um adolescente reservado e seguido em Pedopsiquiatria por alteração do comportamento, essencialmente a nível escolar. Segundo a D.^a I. sempre teve apoio da mãe e da filha em todas as suas decisões, adiantando até que se sente “muito protegida por elas”(sic).

3 – EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL

Durante a entrevista psiquiátrica, formal ou informal, foi permitido conhecer mais profundamente a realidade pessoal, familiar e social da doente. Desta forma, torna-se insubstituível para adequar as intervenções de enfermagem às principais dificuldades da doente.

3.1 – ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO

Foi utilizado o guião de entrevista previamente elaborado. Foi, também, consultado o processo, tendo sido agendadas entrevistas de enfermagem e aos familiares.

O primeiro contacto com a doente ocorreu no dia 17 de Maio de 2011 no período da tarde. Tendo em conta que a doente foi transferida para o serviço cerca das 20h30, foi possível realizar o acolhimento ao serviço enquanto se preparava o seu jantar. A abordagem foi realizada na presença do meu enfermeiro orientador, como supervisor.

3.1.1 – Perspectiva do Enfermeiro

Relativamente à doente, passo a descrever os parâmetros que foi possível avaliar:

- *Apresentação e postura*

Idade real coincidente com idade aparente, aspecto geral descuidado mas com bom estado de higiene. Postura flectida, reflexiva, embora colaborante no acolhimento ao serviço; contacto sintónico.

- *Discurso e Linguagem*

Discurso espontâneo, mas sempre evasiva nas respostas às questões colocadas acerca da sua história pessoal e em relação à sua situação familiar actual.

- *Memória, Atenção e Concentração*

Atenção captável e fixável. Sem aparentes alterações da memória bem como da concentração.

- *Estado de Consciência e Orientação*

A doente apresenta-se vigil; orientada no tempo, no espaço e na pessoa.

- Humor e Afectos

Apresenta humor deprimido, sentindo-se por vezes ansiosa ao fim do dia. Apresenta afectos ressonantes e moldáveis, expressando alguns sorrisos ao longo do acolhimento e da entrevista inicial.

- Pensamento

Pensamento organizado, sem alterações do conteúdo.

- Percepção

Não foram apuradas alterações da percepção.

- Insight

Apresenta crítica para o psicopatológico, mas sem crítica para o internamento.

- Estado Físico e Satisfação das Necessidades

Apresenta-se emagrecida (menciona que perdeu cerca de 10 quilogramas no último ano por diminuição do apetite) e pele ligeiramente desidratada. Refere alterações do padrão do sono.

- Efeito dos Comportamentos e Sintomas

A doente menciona que devido à sua situação financeira actual e o declínio da loja da qual é proprietária, o seu estado anterior de tristeza, anedonia, agravou progressivamente nestes últimos meses. Segundo a filha, no dia em que recorreu ao SU encontrou a mãe “encostada num canto da loja, a chorar compulsivamente e com uma expressão de medo a olhar para a porta”(sic). As suas relações extrapessoais mantêm-se confinadas à sua mãe. Isola-se no seu trabalho e “evito ir para casa”(sic).

3.1.2 – Avaliação Diagnóstica de Enfermagem

Esta avaliação será realizada de acordo com a CIPE. Assim, passo a descrever os diagnósticos efectuados, bem como as respectivas intervenções e resultados esperados.

Foco: Auto-estima - Diminuída

Intervenções

- Administrar medicação

- Oferecer escuta activa
- Diminuir a ansiedade
- Executar entrevistas de relação terapêutica de ajuda
- Gerir o ambiente físico

Resultados Esperados

- Maior confiança nas suas competências.

Foco: Ingestão de Alimentos - Diminuída

Intervenções

- Gerir perturbações alimentares
- Planear a dieta
- Promover o equilíbrio de líquidos

Resultados Esperados

- Ingestão de alimentos e líquidos adequada.

Foco: Sono - Alterado

Intervenções

- Diminuir a ansiedade
- Gerir a medicação
- Monitorizar a segurança do doente
- Promover o sono

Resultados Esperados

- Descanso nocturno adequado e reparador.

Foco: Interação social - Comprometida

Intervenções

- Aumentar a auto-estima
- Aumentar a socialização
- Diminuir a ansiedade
- Escutar activamente
- Providenciar actividades de distração

Resultados Esperados

- Interação com outras doentes e profissionais de saúde

4 – ENTREVISTAS

As entrevistas foram decorrendo ao longo do tempo, de acordo com o estado psicopatológico da doente e as suas disponibilidades, bem como nos contactos que decorreram de forma não programada com a família.

4.1 – ENTREVISTA DIA 17.MAIO.2011, À DOENTE

OBJECTIVOS

- Compreender o motivo pelo qual está internada
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Porque foi internada?
- Como se sentiu?
- Sabe que doença tem?

Tendo em conta que se tratava da primeira entrevista e que a doente tinha acabado de chegar ao serviço, optou-se por um ambiente mais formal – na sala de enfermagem – embora tranquilo, sem a presença de qualquer outro doente ou técnico de saúde. Pensei que desta forma as condições fossem facilitadoras para o esclarecimento de dúvidas quanto ao funcionamento do serviço e, simultaneamente, estabelecer o início do que poderia ser uma relação de confiança.

Quando questionada acerca do seu internamento, a D.^a I. apenas respondeu “ainda não me sinto preparada para falar sobre o que tem vindo a acontecer”(sic), apresentando fâcies triste e choro fácil. Procurei reformular as questões mas sem sucesso, obtendo sempre a mesma resposta. O seu comportamento não verbal, bem como a sua postura corporal, demonstravam ansiedade latente, angústia por estar internada.

Relativamente à sua doença, respondeu que tinha conhecimentos sobre o seu diagnóstico anterior, mas sem qualquer alteração da sua expressão facial que pudesse indicar se aceitava ou recusava a referida descrição.

No fim da entrevista, a doente apenas verbalizou “obrigada pelo acolhimento”(sic), com um sorriso, pelo que senti que o meu objectivo de iniciar uma relação terapêutica estava a ser percebido.

Durante a sua realização, apercebi-me que ainda não era o momento ideal para iniciar as entrevistas sobre a sua situação actual, pelo que optei por terminar e dar espaço à doente para descansar. No entanto, frisei que estava disposta a ouvi-la, de forma a facilitar o processo terapêutico. Também foi possível apurar que tem crítica para o psicopatológico mas não para o internamento.

Para encerramento, foi proposto que voltaríamos a conversar sobre este e outros temas, ao que sorriu, levando-me a crer que aprovava.

4.2 – ENTREVISTA DIA 17.MAIO.2011, AO MARIDO

Tendo em conta que a doente tinha sido admitida no serviço nesse dia, o marido foi visitá-la e entregar alguns objectos pessoais, pelo que considerei oportuna uma entrevista para esclarecimento de algumas dúvidas no que dizia respeito a história familiar e evolução do quadro actual. O Sr. L. manifestou desânimo perante a situação da sua esposa, verbalizando que “não sei o que fazer, não sei o que posso fazer para a ajudar”(sic).

Quanto à sua vida pessoal/familiar, o Sr. L. refere que a sua relação com a doente “está com problemas”(sic) e que os mesmos tiveram início há cerca de sete anos aquando das mortes do pai e da melhor amiga da doente.

Até então, trabalhavam em conjunto numa loja de lingerie, estando a doente e a sua filha no atendimento ao público e o Sr. L. encarregue da contabilidade. Dado que as vendas eram deficitárias, começou a haver uma deterioração da sustentação económica da loja, com acumulação de dívidas. Por dificuldades no pagamento da renda, tiveram de mudar de casa, que de acordo com o Sr. L. tudo isto foi afectando a relação do casal, com afastamento progressivo a nível afectivo.

No final, forneceu o seu contacto e ficou combinado que em breve entraria em contacto para combinar uma segunda entrevista, ao que concordou e mostrou disponibilidade desde que a sua situação profissional permitisse – como trabalha numa agência funerária, por vezes desloca-se para fora da zona de Lisboa e durante as cerimónias, fica incontactável.

4.3 – ENTREVISTA DIA 21.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender o motivo pelo qual está internada

- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Melhorar o procedimento de socialização

QUESTÕES

- Já se recorda porque foi internada?
- Como se sente?

Para a concretização desta entrevista, optei por uma ida ao jardim com todas as outras doentes, uma vez que era Sábado e não havia Terapia Ocupacional, embora nos mantivéssemos um pouco distantes de forma a promover a privacidade.

Neste dia a D.^a I. estava com postura menos tensa, mantinha os sorrisos espontâneos, embora ainda com humor predominantemente deprimido.

Voltei a abordar os temas da entrevista anterior, nomeadamente o motivo pelo qual está internada. As respostas não foram diferentes, “ainda não estou preparada para falar sobre isso (...) a minha filha vem visitar-me, fale com ela, certamente pode explicar melhor a situação”(sic). Quando reformuladas as questões, não permitiu que a conversa progredisse, mantendo-se evasiva.

Apesar da não colaboração da doente na entrevista, senti que o seu estado geral estava a melhorar e referiu que estava a dormir muito bem, que “estava mesmo a precisar de descansar”(sic). Neste momento, apresenta crítica para o psicopatológico e crítica parcial para o internamento.

Agendei nova entrevista, o que aceitou, crendo que posteriormente se sentisse mais à vontade para conversar.

4.4 – ENTREVISTA DIA 22.MAIO.2011, À FILHA DA DOENTE

De acordo com a sugestão da doente, optei por realizar uma entrevista à sua filha, após o fim da visita, de forma a obter mais informações sobre o estado da D.^a I.

Segundo a mesma, descreve a mãe como sendo uma mulher de poucas palavras, reservada mas afectuosa com os filhos e com os seus amigos e familiares. Notou que desde há um ano, altura em que saiu de casa, tem notado a mãe progressivamente mais triste, refugiando-se no trabalho – “ela sempre foi uma mulher trabalhadora”(sic). Considera que a mãe é de certa

forma uma pessoa dependente dos outros, principalmente do seu padrasto, “tem alguma dificuldade em assumir as suas próprias ideias e vontades”(sic). Em relação ao seu padrasto, a quem se refere como “o marido da minha mãe”(sic), refere que sempre se deu bem com ele, até há um ano atrás, altura em que teve um conflito com ele na sequência de um jantar em casa do namorado, no qual também estava o seu irmão. O pai ligou-lhe a dizer que já eram horas de voltar para casa e “estava completamente descontrolado”(sic). Saiu, mas pediu ao namorado para ligar à Polícia caso se demorasse. Quando chegou a casa, refere que o Sr. L. a agrediu fisicamente, pelo que saiu de casa para ir viver com o namorado.

Refere que desde que mudaram de casa (deixaram a casa de solteiro do pai, em Alcântara), este mudou progressivamente de comportamento: “falava sozinho, passava os dias na cama, tornou-se mais agressivo verbalmente (...) nos últimos tempos lá em casa, quando estava sozinha com o meu pai, passava o tempo fechada à chave no meu quarto, tinha medo dele, o comportamento dele era imprevisível”(sic). Descreve o pai como um homem muito desconfiado e manipulador, “ele é capaz de convencer qualquer pessoa”(sic).

Por último, menciona que a mãe tem “uma personalidade dependente do marido, não compreendo (...) mas falamos sobre tudo e não estava à espera que isto acontecesse”(sic).

No final, forneceu o seu contacto e ficou combinado que sempre que houvesse necessidade, poderíamos entrar em contacto.

4.5 – ENTREVISTA DIA 23.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Explorar como a patologia interfere na sua vida
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Qual o papel do regime terapêutico no seu futuro?

Numa tentativa de promover a interacção entre profissionais de saúde e doentes, optei por realizar sessões de grupo sobre a importância do regime medicamentoso na doença mental. Os grupos seriam constituídos por um pequeno grupo de doentes de forma a permitir que verbalizassem as suas dúvidas, receios.

A *posteriori*, senti-me surpreendida pela intervenção, da D.^a I, que até ao momento não interagiu espontaneamente em grupo. Durante a sessão, expressou que de acordo com as

vivências descritas pelas outras doentes, se tinha apercebido da importância da medicação no controlo dos sintomas e que se tratava de uma decisão que não poderia ser apenas sua – teria de ser seguida em consulta externa, ao que se comprometeu. Assim, percebi que no momento já existia uma crítica para o internamento.

No entanto, foi também abordado o tema da admissão das doentes no serviço e da sua importância, uma vez que o enfermeiro passava a ser considerado elemento de referência para a doente, embora o método de trabalho não seja por enfermeiro responsável. Pessoalmente, foi agradável ouvir a D.^a I., considerar-me como referência, tendo a mesma verbalizado que quando me encontrava, ficava “mais aliviada e descansada só por saber que está de serviço”(sic).

No final da sessão, abordei novamente a doente para saber o seu feedback da sessão; referiu que “já percebi que estive doente durante muito tempo e que por não procurar ajuda antes, é que fui internada (...) vou manter a medicação e prometo que vou às consultas”(sic), sempre esboçando sorrisos. Senti-me estupefacta por verificar as mudanças ocorridas durante seis dias.

É de salientar que a doente, nesta fase, ainda se mantinha de pijama, embora sempre com aspecto cuidado. Quando questionada acerca deste facto, o porquê de não vestir a sua roupa, a doente expressou que “tenho medo, só de pensar nisso fico ansiosa (...) não estou preparada para me confrontar comigo própria e de lembrar tudo outra vez (...) aqui tenho o colo e o abraço que nunca tive”(sic). Quando foi pedido para explicar o que tinha dito, foi novamente evasiva e pediu para se ir deitar.

4.6 – ENTREVISTA DIA 28.MAIO.2011

OBJECTIVOS

- Compreender os seus objectivos futuros
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos

QUESTÕES

- Quais os seus desejos para o futuro?
- Como vê o seu futuro com esta doença?
- Qual o papel do regime terapêutico no seu futuro?

Considero importante referir que no início deste turno, a doente abordou-me no corredor e, a sorrir, perguntou-me o que achava do seu “progresso” - a filha foi visitá-la ao serviço e entregou-lhe roupas suas, o que a doente aceitou e vestiu. Perante esta situação, a D.^a I. foi questionada sobre como se sentia, ao que respondeu “sinto que é aqui que devo começar tudo de novo (...) preciso de fazer mudanças na minha vida”(sic).

Neste dia, aquando da entrevista à doente, iniciei as perguntas de acordo com o pré-definido, encaminhando a temática para os projectos futuros e de como iria ser a sua vida após a alta. Afirmou que gostaria de manter a sua actividade – loja de lingerie, embora tivesse noção de que não seria fácil devido às questões financeiras por resolver.

Quando abordada sobre os seus projectos para o futuro em articulação com o seu problema de saúde e a toma da medicação, respondeu que iria cumprir as consultas agendadas com o psiquiatra, bem como a medicação. Foi-lhe explicado a necessidade de seguimento, para garantir que a doença permaneça controlada e assim prosseguir o seu quotidiano o mais normal possível.

4.7 – ENTREVISTA DIA 04.JUNHO.2011

OBJECTIVO

- Preparação para a alta

Tendo em conta que estava planeado fim-de-semana de licença, com saída do serviço neste dia, para ensaio de alta, considerei que o melhor objectivo para esta entrevista seria a preparação para a alta.

No início da entrevista, questioneei a D.^a I. como se sentia após estes dias de internamento ao que respondeu “sinto-me melhor (...) penso que estes dois dias com a minha filha me vão fazer bem (...) vamos conversar sobre o que fazer a partir de agora”(sic).

Em termos de avaliação da doente, esta encontrava-se com aspecto geral cuidado, postura descontraída, sorrisos espontâneos, humor eutímico, discurso verbal organizado, linguagem e tom de voz adequados. Neste momento, alimentava-se da totalidade das refeições e tolerava, ingeria líquidos, referia que dormia bem durante a noite e que os sintomas de ansiedade (tremores e palpitações, mais acentuados à noite) estavam diminuídos.

Aquando questionada, novamente, sobre o motivo do internamento, a doente verbalizou que “se não fosse a minha filha, não sei o que seria (...) pensei em morrer mas não o faria, não

tenho coragem para isso”(sic). No entanto, em relação à sua doença, afirma que “pensei que as depressões passassem com a medicação e que não voltariam”(sic).

Verbaliza projectos para o futuro, tanto a nível profissional como a nível pessoal “tenho de tomar decisões e aceitar as consequências (...) sei que vai ser difícil mas tenho os meus filhos e a minha mãe para me apoiarem”(sic). Durante esta entrevista, notei um tom de voz firme e seguro, como se já tivesse tomado as suas decisões.

É de salientar que aquando do regresso ao serviço na segunda-feira, estava acompanhada pela filha e, de acordo com a informação dos enfermeiros que se encontravam de serviço, estava com aspecto cuidado, humor eutímico, verbalizando o desejo de ter alta clínica, o que aconteceu!

5 – AVALIAÇÃO

Ao fim de três semanas de internamento, a D.^a I. apresenta aspecto cuidado, humor eufímico, bom contacto, discurso fluído sem dificuldade na expressão de sentimentos / emoções nas entrevistas realizadas, melhor interacção com as outras doentes. Estabeleceu objectivos pessoais futuros e foram melhorados os conhecimentos pessoais em relação à doença (sinais e sintomas), bem como sobre a terapêutica.

Em suma, considero que consegui estabelecer uma relação terapêutica com a D.^a I., delinear objectivos de acordo com os diagnósticos de Enfermagem levantados e em conformidade com as necessidades da doente. Penso que foi possível, através da relação estabelecida e da disponibilidade demonstrada, que a doente verbalizasse as suas emoções/sentimentos.

Em relação à minha avaliação, considero que todo o trabalho que desenvolvi com a D.^a I., permitiu a minha evolução pessoal e profissional, adquirindo competências relacionais, de comunicação e terapêuticas, como se impõe a uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

ANEXO IV

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

PLANO DE SESSÃO

1 – IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Local: sala de Terapia Ocupacional no DPSM do HSFX – CHLO

Tema: “ Adesão ao Regime Medicamentoso”

Destinatários: Doentes internadas no serviço de Psiquiatria – DPSM

Duração da Sessão: 60 minutos

2- OBJECTIVOS

Para esta actividade terapêutica foram definidos objectivos gerais e específicos. Encontram-se também definidos os critérios de inclusão dos elementos do grupo, bem como as actividades a desenvolver e sua respectiva avaliação.

2.1 - Objectivos Gerais

- _ Reconhecer a importância da medicação no controle da doença mental;
- _ Motivar para a adesão ao regime medicamentoso.

2.2 - Objectivos Específicos

- _ Identificar as necessidades dos utentes;
- _ Descrever o significado da medicação SOS e as situações em que deve ser utilizada;
- _ Informar e explicar sobre a medicação dépot;
- _ Interpretar correctamente o guia de tratamento.
- _ Identificar a utilidade da medicação no controle da doença mental;
- _ Comentar quais as razões que levam a uma má adesão ao regime terapêutico.

3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Utentes internadas no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSFX, que cumpram os seguintes critérios:

- _ Avaliação Geral: consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa;
- _ Estável do ponto de vista psicopatológico;
- _ Empenhada em participar na actividade.

4 – METODOLOGIA

- _ Sessões de psico-educação em grupo, inicialmente, e estruturadas de acordo com as necessidades verbalizadas;
- _ Método Expositivo, conjugado com Método Interrogativo;
- _ Método Activo (discussão)

5 – RECURSOS

- _ R. Materiais: sala de Terapia Ocupacional, guia de tratamento;
- _ R. Humanos: enfermeiros e utentes internadas no DPSM - HSFX.

6 – PLANEAMENTO DA SESSÃO

<u>Plano da sessão</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Avaliação</u>	<u>Tempo (minutos)</u>
_ Apresentação dos técnicos ao grupo	_ Método Expositivo	Diagnóstica: - Observação	5 Minutos
_ Apresentação de cada utente	_ Método Expositivo	Diagnóstica: _ Observação _ Questões às participantes	10 Minutos

<p>_ Apresentação dos objectivos e da duração da sessão</p>	<p>_ Método Expositivo</p>	<p>Diagnóstica: _ Observação</p>	<p>5 Minutos</p>
<p>_ Exposição do tema da apresentação, fomentando a participação dos elementos do grupo</p>	<p>_ Método Expositivo conjugado com Método Interrogativo _ Método Activo (discussão)</p>	<p>Formativa: _ Observação _ Questões às participantes _ Discussão</p>	<p>20 Minutos</p>
<p>_ Exposição e distribuição do “guia de tratamento”, promovendo a sua manipulação por parte das utentes, utilizando exemplos para demonstrar</p>	<p>_ Método Expositivo conjugado com Método Interrogativo _ Método Demonstrativo _ Método Activo (discussão)</p>	<p>Formativa: _ Observação _ Questões às participantes _ Discussão</p>	<p>10 Minutos</p>
<p>_ Síntese da sessão, permitindo que os elementos do grupo verbalizem os conhecimentos alcançados bem como a sua avaliação global.</p>	<p>_ Método Expositivo _ Síntese Conclusiva</p>	<p>Formativa: _ Questões às participantes _ Discussão</p> <p>Somativa</p>	<p>10 Minutos</p>

5 - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

- _ Avaliar, de forma informal e através de questões, os conhecimentos adquiridos no que respeita à descrição da toma correcta da medicação;
- _ Registrar as dificuldades notadas e/ou verbalizadas pelas utentes.

ANEXO V

Guião de Avaliação Diagnóstica



ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A entrevista de avaliação diagnóstica tem como objectivos:

- Recolher informação que permita planear cuidados apropriados;
- Conhecer a dificuldade do ponto de vista do doente e reflectir;
- Compreender o problema, e/ou reconhecer os comportamentos difíceis;
- Ajudar o doente a tomar consciência das dimensões do seu problema;
- Assistir o doente a encontrar resoluções.

Informação que se pretende obter através da aplicação deste guião de entrevista:

1. DADOS BIOGRÁFICOS

- Estado civil
- Profissão

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Internamentos Anteriores
- História Médica / Patologias
- Hábitos (alcoólicos, consumo de substâncias)
- Medicação em Ambulatório (PO e dépôt)

3. EXAME DO ESTADO MENTAL

- Apresentação e Postura (idade aparente, apresentação)

- Discurso e Linguagem
- Memória, Atenção e Concentração
- Estado de Consciência e Orientação
- Humor e Afectos
- Pensamento
- Percepção
- Insight

4. AVALIAÇÃO DE SINTOMATOLOGIA PRODUTIVA

- Questionar sobre os diversos sintomas da sua patologia;
- Perguntar sobre as consequências desses mesmos sintomas no seu quotidiano;
- Aferir quais as estratégias de Coping utilizadas;
- Validar a eficácia das referidas estratégias.

5. EFEITO DOS COMPORTAMENTOS E SINTOMAS

- Actividade Laboral/Escolar
- Relação e Interacção com os outros
- Envolvimento com a família e nas actividades

ANEXO VI

Registo dos Sintomas Precoces de Alerta

Sintomas precoces alerta

Alguns exemplos :

Insónia	Desconcentrado	ansioso	Mais triste que o habitual
Sentir-se estranho	Olhar as coisas de forma diferente	Medos e receios	agressivo
Alterar o vestuário	Agitado	Irritável	
Lentificado		Sentir-se observado	
Ideias e pensamentos estranhos	eufórico	Deterioração da higiene pessoal e da aparência	
Gastos excessivos	Conflitos com os outros	Sentir-se a "flutuar"	isolamento
Sem interesse pelas coisas em geral		Comportamentos estranhos	Preocupações excessivas

SINAIS/SINTOMAS PRÉVIOS AVISADORES DE EVENTUAL RECAÍDA

NOME: _____

Tenho risco de desenvolver episódios _____

Os meus sinais prévios (antes de uma crise) são:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Outros: _____

Quando surgirem estes sinais/sintomas posso responder da seguinte forma:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Outros: _____

SOS

Pessoas a quem posso pedir ajuda /esclarecimentos e contacto (ex. telef.)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Notas:

ANEXO VII

Entrevistas realizadas na ECPSM de Oeiras

ENTREVISTAS REALIZADAS

O presente trabalho consiste na descrição das entrevistas efectuadas a quatro doentes seguidos na consulta externa da Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental de Oeiras, pertencente ao DPSM do HSFX, de acordo com as actividades definidas no Projecto de Estágio. O critério para a selecção dos doentes foi apenas a presença de Insight para o psicopatológico e respectivo consentimento.

Como objectivo principal pretende-se descrever a história psicopatológica dos doentes, avaliar com os mesmos os sinais e sintomas precoces de alerta, bem como estratégias de coping utilizadas.

A participação dos doentes na elaboração do trabalho foi consentida e teve por suporte os princípios éticos de participação livre e esclarecida.

A metodologia escolhida para a preparação deste trabalho foi a consulta do processo clínico, observação e entrevistas aos doentes, para recolha de informação junto dos mesmos.

O trabalho está organizado da seguinte forma: primeiro, apresento a história clínica e psiquiátrica dos doentes e, de seguida, o exame nuclear inicial. Posteriormente, descrevo as entrevistas realizadas.

ENTREVISTA I

O Sr. L.S., sexo masculino, 62 anos, caucasiano, solteiro, reformado por doença crónica/incapacidade, vive actualmente sozinho com apoio de duas irmãs. É seguido pela equipa desde 2001 com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Teve dois internamentos no DPSM, o primeiro em 2001, após o qual iniciou seguimento em consulta externa, e o segundo em 2003. Ambos tiveram por base descompensação do quadro clínico/quadro psicótico, devido a interrupção voluntária da medicação. Desconhece quais os factores precipitantes para os acontecimentos.

Actualmente:

- Bom aspecto geral;
- Postura sem alterações;
- Contacto adequado;
- Orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Memória, atenção e concentração sem aparentes alterações;
- Discurso fluido, com entoação normal do mesmo;
- Humor eufímico, com ressonância afectiva;
- Pensamento: sem aparentes alterações do curso, forma ou conteúdo;
- Percepção alterada: refere alucinações auditivo-verbais na terceira pessoa;
- Insight presente: reconhece que as alucinações se devem à sua patologia mental, pelo que refere boa adesão ao regime terapêutico/medicamentoso.

Durante a entrevista, abordámos as fases prodrómicas; quais os sinais e sintomas precoces de alerta. Perante a lista utilizada na Equipa, o doente seleccionou os seguintes cinco sintomas:

- Ideias e pensamentos estranhos – *“só pensava disparates, coisas sem nexo”* (sic);
- Irritável – *“qualquer coisa que me acontecesse, ficava logo pior que estragado”* (sic);
- Sem interesse pelas coisas em geral - *“nada me agradava”* (sic);
- Comportamentos estranhos – *“não faço ideia do que foi, são as minhas irmãs que me dizem”* (sic);

- Conflitos com os outros – *“implicava com todos, até com as minhas irmãs, quando elas me diziam alguma coisa (...) deve ser por isso que elas contam que eu fazia coisas estranhas”* (sic).

Posteriormente, e atendendo ao Modelo de Betty Neuman, actuámos ao nível da Prevenção Terciária (com o objectivo de fortalecer as linhas de resistência para prevenir reacções futuras, em direcção à prevenção primária); reflectimos sobre quais as estratégias de coping utilizadas e sua eficácia. O doente afirmou que actualmente consegue lidar com as alucinações auditivo-verbais, *“ouço música ou ponho a televisão com o som mais alto (...) se não resultar, vou dar um passeio, ver pessoas e aí resulta sempre”* (sic). Também referiu que tem consciência que tem uma doença crónica, e que a medicação e a frequência assídua das consultas de psiquiatria são factores essenciais para o seu tratamento, *“para me aguentar bem e não ser internado”* (sic). Saliento que em todas as consultas é feito o reforço da importância da adesão à terapêutica.

Tendo em contemplação que o doente apresenta estratégias de coping eficazes, a minha actuação ao longo do tempo baseou-se na Terapia de Suporte, que segundo Pinsker (1991) citado por Chalifour (2009), é definida como “ (...) um tratamento díadico caracterizado pela utilização de medidas directas para reduzir ou impedir a agravação dos sintomas, restaurar ou aumentar a auto-estima, as habilidades adaptativas e o funcionamento psicológico” (p. 267). Segundo Bloch (1996) citado pelo mesmo autor, esta terapia favorece primordialmente o Insight.

ENTREVISTA II

O Sr. J.B., sexo masculino, 51 anos, caucasiano, divorciado, a exercer funções como jardineiro numa Junta de Freguesia, vive actualmente sozinho com apoio da sua irmã e do cunhado. Tem contacto com a ex-esposa e com o filho de 10 anos, embora não considere que sejam pessoas de referência em “situação aguda”. É seguido pela equipa desde 1998 com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Teve três internamentos no DPSM, o primeiro em 1998, após o qual iniciou seguimento em consulta externa, o segundo em 1999 e o último em 2003. Tiveram por base descompensação do quadro clínico/quadro psicótico, devido a conflitos com os chefes e colegas de trabalho. Não sabe identificar factores precipitantes, embora refira que *“desconfio que foram as discussões que tive com os meus colegas”* (sic).

Actualmente:

- Bom aspecto geral;
- Postura sem alterações;
- Contacto adequado;
- Orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Memória, atenção e concentração sem aparentes alterações;
- Discurso fluido, com entoação normal do mesmo;
- Humor eufímico, com ressonância afectiva;
- Pensamento: sem aparentes alterações do curso, forma ou conteúdo;
- Percepção alterada: refere alucinações auditivo-verbais na terceira pessoa, com episódios cada vez menos frequentes;
- Insight presente: reconhece que as alucinações se devem à sua patologia mental, pelo que refere boa adesão ao regime terapêutico/medicamentoso.

Durante a entrevista, abordámos as fases prodrómicas; quais os sinais e sintomas precoces de alerta. Perante a lista utilizada na Equipa, o doente seleccionou os seguintes quatro sintomas:

- Sentir-se observado – *“achava que todos estavam sempre a ver o que eu fazia”* (sic);
- Conflitos com os outros – *“estavam sempre a dar-me tarefas que não queria e eu chateava-me com eles”* (sic);

- Irritado – *“chateava-me no trabalho e depois aborrecia-me com tudo”* (sic);

- Deixar de ir ao emprego, formação ou unidade ocupacional – *“deixei de ir trabalhar”* (sic).

De acordo com o descrito, reflectimos sobre a sua actual situação laboral uma vez que se mantém no mesmo local. Assumi que todos os seus pensamentos e actos prévios ao internamento foram infundados e que actualmente, desde que explicou a sua doença aos seus colegas mais próximos e a quem “confia”, têm uma excelente relação e que “sinto o apoio de todos eles, mesmo da minha chefe que tem sido impecável comigo” (sic).

Posteriormente, e de acordo com o referido, actuámos ao nível da Prevenção Terciária, reflectindo sobre quais as estratégias de coping utilizadas e sua eficácia. O doente afirmou que lida com as alucinações auditivo-verbais, *“ouvindo música ou vou passear para um jardim, acalma-me e as vozes calam-se (...) mas tem acontecido cada vez menos vezes”* (sic). Também referiu que tem consciência da sua doença como crónica e que as “vozes” fazem parte da mesma. Em todas as consultas é feito o reforço da importância da adesão à terapêutica, de forma a atenuar os sintomas residuais. Também trabalhámos estratégias de coping quanto às discussões com os colegas.

Segundo o doente, considera as suas estratégias de coping eficazes, pelo que mais uma vez a minha actuação baseou-se na Terapia de Suporte e nos reforços positivos.

ENTREVISTA III

O Sr. A.L., sexo masculino, 43 anos, caucasiano, solteiro, a exercer advocacia, vive actualmente sozinho embora tenha o apoio dos seus pais, que considera pessoas de referência. É seguido pela equipa desde 2000 com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Teve apenas um internamento no DPSM no ano 2000 quando ocorreu o primeiro episódio psicótico, e após o qual foi referenciado para a consulta externa. Desconhece qual foi o factor que despoletou o episódio psicótico.

Actualmente:

- Bom aspecto geral;
- Postura sem alterações;
- Contacto adequado;
- Orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Memória, atenção e concentração sem aparentes alterações;
- Discurso fluido, com entoação normal do mesmo;
- Humor eufímico, com ressonância afectiva;
- Pensamento: sem aparentes alterações do curso, forma ou conteúdo;
- Percepção alterada: refere alucinações auditivo-verbais na terceira pessoa, com episódios pouco frequentes;
- Insight presente: reconhece que as alucinações se devem à sua patologia mental, pelo que refere boa adesão ao regime terapêutico/medicamentoso.

Durante a entrevista, abordámos as fases prodrómicas; quais os sinais e sintomas precoces de alerta. Perante a lista utilizada na Equipa, o doente seleccionou os seguintes sintomas:

- Insónias – *“deixei de conseguir dormir as oito horas por noite, como era normal”* (sic);
- Ideias e pensamentos estranhos – *“começaram a surgir pensamentos que não eram normais (...) parecia que estava a sonhar ou a ter pesadelos, mas acordado”* (sic);
- Mais triste que o habitual – *“nada do que fazia parte do meu quotidiano me dava prazer”* (sic);

- Isolamento – *“não saía de casa, nem mesmo para ir às compras; tinham que ser os meus pais a fazer tudo por mim ”* (sic);

- Deixar de ir ao emprego, formação ou unidade ocupacional – *“interrompi por momentos a minha vida profissional”* (sic).

De acordo com o referido, reflectimos sobre as estratégias de coping actualmente utilizadas: *“vou à casa de banho e falo com as vozes (...) se falar mais alto que elas, desaparecem (...) se não for possível ir à casa de banho, conto de 100 para trás (...) hoje, consigo lidar melhor com as vozes, tenho consciência que fazem parte da doença e penso sempre que não são reais”* (sic).

Desta forma, considera as suas estratégias de coping eficazes, pelo que a minha actuação baseou-se na Terapia de Suporte e nos reforços positivos.

ENTREVISTA IV

O Sr. R.F., sexo masculino, 28 anos, caucasiano, solteiro, habilitações literárias – 9º ano incompleto, desempregado, vive sozinho (numa casa que pertenceu aos seus avós) mas com apoio da mãe e do padrasto. Refere que a sua relação com os mesmos “*não é das melhores*”; quando questionado sobre o motivo, refere apenas que não lhe dão dinheiro. Tem uma irmã mais nova (15 anos) com a qual tem uma excelente relação. Aguarda contacto do Centro de Emprego para possível frequência de um curso profissional de cabeleireiro, área que lhe agrada. No entanto, faz “*uns biscates aos vizinhos, seja a carregar coisas ou a limpar, para arranjar uns trocos para o dia-a-dia; tabaco e cafés*” (sic). É seguido pela equipa desde 2004 com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Teve dois internamentos no DPSM, que ocorreram em 2004 e 2005, devido a descompensação da sua situação clínica por consumo de estupefacientes. Iniciou seguimento em consulta externa, na Equipa, em 2005 após a alta do seu segundo internamento.

Actualmente:

- Aspecto geral descuidado – cuidados de higiene deficitários;
- Postura sem alterações, sem movimentos anormais;
- Contacto adequado;
- Orientado no tempo, espaço e pessoa;
- Memória, atenção e concentração sem aparentes alterações;
- Discurso fluido, com entoação normal do mesmo;
- Humor eufímico, com ressonância afectiva;
- Pensamento: sem aparentes alterações do curso, forma ou conteúdo;
- Percepção alterada: refere alucinações auditivo-verbais na terceira pessoa, com episódios pouco frequentes (cerca de 2 a 3 por semana, essencialmente ao início da tarde);
- Insight presente: reconhece que as alucinações se devem à sua patologia mental bem como aos consumos de estupefacientes, pelo que mantém adesão ao regime terapêutico/medicamentoso e nega consumos recentes.

Durante a entrevista, abordámos as fases prodrómicas; quais os sinais e sintomas precoces de alerta. Perante a lista utilizada na Equipa, o doente seleccionou os seguintes sete sintomas:

- Sentir-se observado – *“pensava que estavam sempre a ver o que eu fazia e então fechava sempre as persianas todas”* (sic);
- Ideias e pensamentos estranhos – *“eram pensamentos estúpidos que me passavam pela cabeça, hoje nem sei bem com eram mas sei que não faziam sentido nenhum”* (sic);
- Isolamento – *“fiquei em casa durante montes de tempo (...) só saí quando fui internado”* (sic);
- Insónia – *“não dormia quase nada, as vozes não me deixavam dormir porque senão ia acontecer alguma coisa”* (sic);
- Deterioração da higiene pessoal e da aparência – *“não tomava banho (...) estava um nojo”* (sic);
- Conflitos com os outros – *“a minha mãe pedia para sair de casa e eu achava que ela queria fazer alguma coisa e então gritava com ela (...) os barulhos do prédio, achava que eram os meus vizinhos que me queriam fazer mal e então gritava com eles”* (sic);
- Agressivo – *“acho que naquelas alturas, se pudesse, tinha feito algumas coisas más aos outros, chateavam-me muito e eu queria era calá-los”* (sic).

Saliento novamente que o doente relaciona os quadros psicóticos com o consumo de estupefacientes: *“quando consumia, era quando tudo ia por água abaixo (...) agora, as vozes aparecem quando querem”* (sic). De seguida, reflectimos sobre a sua actual aparência, bem como sobre a sua situação, desempregado e sem actividades sócio-ocupacionais. Afirma que parou com os consumos, com a assistência dada durante o último internamento, mas que se trata de uma batalha diária para não voltar a consumir. Durante as entrevistas de enfermagem surge a preocupação de promover a realização das actividades de vida diárias de forma autónoma (higiene pessoal e da habitação, alimentação, entre outros) bem como manter os reforços positivos, elogiando o doente pela sua evolução.

Posteriormente, reflectimos sobre a eficácia das estratégias de coping utilizadas, que o doente considera como eficazes, afirmando que lida bem com as alucinações auditivo-verbais, *“como é depois de almoço, vou passear até à praia e se for preciso corro até à exaustão (...) o mar acalma-me e às vezes também”* (sic). Em todas as consultas reforça-se a importância da adesão à terapêutica, de forma a atenuar os sintomas residuais.

ANEXO VIII

Projecto: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

**Projecto de Implementação da Consulta de
Enfermagem em Saúde Mental e
Psiquiátrica**

MÓDULO III

Unidade de Saúde Familiar São João da Talha

ACES VI - Loures

ELABORADO POR: Fátima Quaresma (nº aluna 192010004)

ENFERMEIRA ORIENTADORA: Enf.ª Maria Belém Oliveira

DOCENTE: Prof.ª Medeiros Garcia

Lisboa, Janeiro 2012

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ECPSM – Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

IM – Intramuscular

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PO – Per Os

WHO – World Health Organization

Índice

0 - INTRODUÇÃO	3
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2 - MOTIVOS DE INTERVENÇÃO	7
3 - PROJECTO DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	9
a. OBJECTIVOS GERAIS	9
b. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	9
c. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	9
d. METODOLOGIA	9
e. RECURSOS.....	10
f. ACÇÕES.....	10
g. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	11
4 – CONCLUSÃO	12
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

0 - INTRODUÇÃO

Os estilos de vida que cada indivíduo adopta, nomeadamente a nível da saúde, continuam a contribuir para as principais causas de morbilidade e mortalidade. Actualmente, assistimos a um aumento significativo do número de pessoas com pré-obesidade e obesidade, o que de acordo com a DGS é a segunda causa de morte susceptível de prevenção (após o tabagismo). Consequentemente, constituem um marcante problema de saúde pública em Portugal, o que obriga a um plano que inclua a promoção de alimentação saudável e da actividade física, com vista à melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Ainda segundo a DGS (2005), “ (...) a prevalência da obesidade a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI (...)”.

Em 2004, a WHO emite um relatório no qual descreve que a mortalidade, morbilidade e incapacidade atribuídas a “*noncommunicable diseases*” (se efectuada tradução, não faria o mesmo sentido), são responsáveis por cerca de 60% do número de mortes, prevendo-se que ascenda até 73% em 2020. No entanto, faz também referência a vários aspectos, sobretudo:

- Para as “*noncommunicable diseases*”, os riscos mais importantes incluem a hipertensão, hipercolesterolemia, ingestão inadequada de legumes e frutas, excesso de peso ou obesidade, inactividade física e hábitos tabágicos;
- A necessidade de reconhecer o impacto das “*noncommunicable diseases*” de forma a desenvolver estratégias relativas à alimentação e actividade física;
- A alimentação incorrecta e a inactividade física estão entre as principais causas das “*noncommunicable diseases*”, incluindo as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e determinados tipos de cancro, mas que também contribuem para o aumento das comorbilidades como a osteoporose;
- Uma abordagem multidisciplinar nas causas, repercute-se em resultados favoráveis nos indicadores de saúde e na diminuição das respectivas despesas;
- Investir na promoção de saúde – hábitos de vida saudáveis, poderá ser o melhor investimento no controlo das doenças crónicas.

Deste modo, a promoção de hábitos de vida constitui um factor determinante no prognóstico relativo à saúde dos indivíduos. Nesse sentido, torna-se importante a existência e implementação de programas cuja finalidade é impedir o avanço de um problema tão grave.

O presente projecto de intervenção surge no âmbito do Estágio referente ao Módulo III, que ocorreu parcialmente na Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental de Oeiras – CHLO.

Além disso, pretende dar resposta a uma necessidade identificada pela equipa de saúde – excesso de peso nos doentes a realizar terapêutica anti-psicótica, e tem como objectivo a implementação de um programa comunitário de sessões de educação para a saúde no sentido da educação e motivação para a adesão a estilos de vida saudáveis.

No que se refere à estrutura deste trabalho, após esta breve introdução, é realizada a fundamentação teórica, na qual é abordada a importância da implementação deste projecto na comunidade, seguida pela descrição dos motivos da intervenção que sustentam a escolha deste projecto. Por fim, é delineado o projecto de intervenção, onde são definidos os objectivos a atingir, os critérios de inclusão e a planeamento das sessões a desenvolver.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi descritiva, baseando-me nos conhecimentos adquiridos no contexto teórico e pesquisa bibliográfica da literatura considerada pertinente de modo a fundamentar e contextualizar o presente projecto e a clarificar os conceitos basilares abordados.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

OBESIDADE VERSUS ACTIVIDADE FÍSICA, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Segundo a DGS (2205), citando a OMS, a obesidade é definida como “(...) uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde (...) em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida.” De acordo com os diversos estudos, são variados os factores que podem estar na base deste desequilíbrio, nomeadamente, genéticos, metabólicos, culturais ou comportamentais.

No entanto, também de acordo com a DGS – Plataforma Contra a Obesidade (2005),

“ (...) em Portugal, os custos directos da obesidade, absorvem 3,5% destas despesas (...) a pré-obesidade e a obesidade constituem, portanto, importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais activa.”

Perante o descrito, torna-se imperioso, o planeamento de estratégias a implementar nos diversos serviços de saúde, no sentido da prevenção ou até mesmo na alteração de estilos de vida.

Actualmente, a incidência da obesidade na população adulta portuguesa, tem sido calculada de acordo com o IMC. Este valor é atingido através do seguinte cálculo: dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, ao quadrado. Assim, o IMC relaciona a altura do indivíduo com o seu peso, permitindo medir a “corpulência”.

Segundo a OMS, considera-se que existe excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e obesidade se IMC igual ou superior a 30. Relativamente à obesidade, esta pode ser classificada em três classes:

- Classe I – se IMC se situar entre os valores 30,0 e 34,9 (risco de comorbilidades Moderado);
- Classe II – se IMC entre 35,0 e 39,9 (risco de comorbilidades Grave);
- Classe III – se IMC igual ou superior a 40,0 (risco de comorbilidades Muito Grave).

Os referidos níveis de comorbilidades, podem ser atingidos através de uma série de factores, incluindo uma alimentação incorrecta e inactividade física.

Tal como nos refere a DGS (2005),

“ Os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso, mantida a longo prazo por um obeso, podem manifestar-se na: saúde em geral; melhoria da qualidade de vida; redução da mortalidade; melhoria de doenças crónicas associadas. (...) Pequenas perdas de peso, definidas como perdas de 5 a 10% do peso inicial, melhoram o controlo glicémico, e reduzem a tensão arterial e os níveis de colesterol.”

No entanto, para que as mudanças ocorram – mudanças comportamentais aos níveis da actividade física e correcção alimentar, é necessário que o indivíduo esteja motivado. Para que tal ocorra, surge a necessidade de evidenciar alguns pontos fundamentais, como:

- Considerar que, potencialmente, será benéfico;
- Escolher objectivos exequíveis;
- Incluir actividades que lhe dêem prazer, no seu quotidiano;
- Praticar actividades sem custo financeiro e perante as quais tem acesso facilitado (caminhadas, usar escadas em vez de elevador, se utilizar transportes públicos sair uma paragem antes, entre outros);
- Reconhecer que não existem aspectos negativos na concretização destas mudanças (sem custo monetário, perda de tempo, entre outros).(DGS, 2005)

Relativamente aos hábitos alimentares, é fulcral saber adaptar a nossa ingestão de calorias em função das nossas necessidades diárias – variam consoante a actividade física realizada. Para planear uma alimentação equilibrada, aconselha-se uma dieta polifracccionada bem como uma ingestão adequada de verduras e fruta.

Para proceder a esta alteração, é importante fornecer informação sobre valores nutricionais dos alimentos e promover alterações para produtos com melhores valores. Mais uma vez, saliento a importância de estabelecer um plano alimentar individualmente, de forma a traçar metas realistas para o indivíduo, e que esteja de acordo com os seus gostos pessoais.

2 - MOTIVOS DE INTERVENÇÃO

Segundo Beebe (2003), os doentes psiquiátricos para além dos sintomas característicos da sua patologia, deparam-se com múltiplas barreiras para atingir um “bom nível de saúde”; têm taxas de mortalidade mais elevadas devido a patologias relacionadas com a obesidade, diabetes e doenças cardio-respiratórias. Segundo a mesma autora, os actuais antipsicóticos atípicos têm menos efeitos secundários que os típicos, mas uma maior incidência de aumento de peso e desregulação da glicemia. No entanto, a principal escolha deste tipo de medicação prende-se com a sua melhor eficácia e menores efeitos extrapiramidais ou discinésia tardia.

Segundo Favrod et al (2004), a questão sobre o aumento de peso é importante, uma vez que também pode conduzir a um agravamento de problemas psicológicos e à exclusão social. Também referem que é necessário não esquecer que o aumento de peso pode levar a um abandono da terapêutica (antipsicótica ou neuroléptica) e aumentar o risco de recaída.

Assim, este projecto de intervenção surge perante uma necessidade sentida pela equipa. Admitindo a bibliografia citada, dos 90 utentes seguidos na Consulta de Enfermagem e a realizar terapêutica antipsicótica e/ou neuroléptica foram avaliados 48, tendo sido escolhidos de forma aleatória (atendidos na consulta de enfermagem à segunda-feira de manhã), o que representam 53,3% da população total. Destes 48 utentes avaliados, 9 apresentam excesso de peso – 10,0%, 4 têm obesidade Classe I (4,4%) e 2 utentes obesidade Classe II (2,2%) – representam na totalidade, 31,2% da totalidade da amostra.

Conforme o referenciado pelos profissionais de saúde quando questionados sobre o tema, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Auto-Cuidado: Actividade Física Negligenciado;
- Obesidade Sim.

Em conformidade com os diagnósticos supracitados, surgiram as seguintes intervenções:

- Aconselhar sobre Actividade Física;
- Assistir no Auto-Cuidado - Alimentação;
- Determinar Metas Mútuas;
- Negociar Contrato com o Utente;
- Promover a Auto-Responsabilização.

Durante a entrevista, os conhecimentos ineficazes ou não demonstrados, pertencem ao foco conhecimento sobre a saúde, “*Conhecimento com as características específicas: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar informação com pessoas que são importantes para o cliente*” (CIPE β 1.0, 2005, p.96).

De acordo com Amaral (2010, p. 19), “*A promoção da saúde Mental deve ser uma prioridade de qualquer sistema de saúde, porque constitui um pilar determinante para o equilíbrio social e pode ser implementada em diversos contextos, com ênfase na comunidade.*”

Conforme o descrito, o enfermeiro da comunidade deve estabelecer uma relação com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta activa e de uma relação empática, não negligenciando as características socioculturais do meio onde estão inseridos, bem como a necessidade de apoio psicossocial (Machado 2008, citado por Dias *et al*, 2009).

Assim, o propósito deste projecto é desenvolver um programa que promova nos doentes a reflexão sobre a importância da adesão a hábitos de vida saudáveis, fazendo sessões de psico-educação, reconhecer uma pessoa de referência e a importância desta na sua vida. Para fomentar a autonomia do doente, engloba-se uma sessão de ensino sobre o tema supracitado, facilitando o processo de auto-responsabilização na alteração do seu estilo de vida.

3 - PROJECTO DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Para este projecto foram definidos objectivos gerais e específicos, bem como os critérios de inclusão dos participantes, as actividades a desenvolver e a avaliação das mesmas.

a. OBJECTIVOS GERAIS

- Fazer reconhecer a importância dos hábitos de vida saudáveis como parte da terapia na doença mental;
- Motivar para a Adopção de estilos de vida saudáveis;

b. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a percepção do doente/família relativamente à sua doença e motivação para a adesão a estilos de vida saudáveis;
- Consciencializar / sensibilizar os doentes e sua família para a importância da adesão a hábitos de vida saudáveis;
- Promover a adopção de comportamentos de aceitação e de adesão;
- Promover a partilha de experiências e estimular a reflexão sobre as situações vividas relacionadas com os actuais hábitos de vida;
- Informar sobre as consequências da não modificação dos mesmos;
- Identificar recursos internos e externos do doente para a adopção de comportamentos de aceitação, adesão e auto-cuidado;
- Identificar as dificuldades e factores que possam interferir no cumprimento da mudança de estilos de vida.

c. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Doentes e famílias, seguidos pela ECPSM de Oeiras, e que cumpram os seguintes critérios:

- Com doença mental e a cumprir terapêutica anti-psicótica (PO ou IM);
- Estável do ponto de vista psicopatológico;
- Com IMC igual ou superior a 30;
- Empenhado em participar no programa.

d. METODOLOGIA

- Sessões de psico-educação individuais - contexto de entrevista, de acordo com as necessidades dos mesmos.

e. RECURSOS

Materiais: sala, cadeiras, balança, fita-métrica, folha de papel, caneta, processo do doente para registo das actividades e da avaliação das mesmas;

Humanos: enfermeiros, doentes e famílias/cuidadores de referência, abrangidos pela ECPSM de Oeiras.

f. ACÇÕES

Efectuar sessões individuais, ou com os familiares, sobre:

Abordagem dos estilos de vida saudáveis

Objectivos

- Desenvolver um maior conhecimento sobre a patologia, compreendendo em que se baseia e qual a sua etiologia;
- Desenvolver um maior conhecimento sobre os regimes medicamentosos, nomeadamente sobre benefícios e efeitos secundários;
- Promover a identificação de uma pessoa de referência.

Plano da sessão

- Apresentação dos profissionais ao grupo;
- Apresentação de cada doente/familiar;
- Apresentação dos objectivos e da duração da sessão;
- Explanação dos temas, promovendo a participação do doente/familiar de modo a expor as suas dúvidas;
- Síntese da sessão, possibilitando que os participantes verbalizem os conhecimentos adquiridos;
- Registo da sessão, no processo clínico bem como a avaliação global da mesma.

Importância da adopção de hábitos de vida saudáveis como parte da terapia para a doença mental

Objectivos

- Reconhecer a importância da alteração de estilos de vida, na doença mental;
- Explicar quais as razões que levam a uma má adesão à actividade física e a uma alimentação correcta;
- Realizar um plano individual, com objectivos que o doente pretenda alcançar.

Plano da sessão

- Apresentação dos profissionais de saúde ao doente/família;
- Apresentação do doente/familiar;
- Apresentação dos objectivos e da duração da sessão, remetendo para o seguimento da sessão anterior;
- Exposição dos temas, promovendo a discussão de forma a colocarem as suas dúvidas;
- Realização do plano individual, promovendo o estabelecimento de objectivos executáveis e facultando exemplos;
- Síntese da sessão, facilitando a verbalização dos conhecimentos adquiridos;
- Registo da sessão no processo clínico do doente, descrevendo quais os objectivos atingidos e a avaliação global da mesma.

g. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Pretende-se avaliar os conhecimentos adquiridos, da seguinte forma:

- Através de entrevista acerca das alterações que ocorreram nos seus estilos de vida, mais especificamente:

- Explicação do processo de mudança;
- Esclarecimento da importância dos hábitos de vida saudáveis perante a sua patologia de base;
- Avaliação do IMC – redução de pelo menos 5%;
- Registo dos obstáculos sentidos e verbalizados pelos doentes.

4 – CONCLUSÃO

A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu compreender que a adesão aos estilos de vida saudáveis é uma temática bastante actual, em especial nas pessoas com doença mental, constituindo um factor determinante do prognóstico do doente.

Por isso, é importante que os enfermeiros estejam despertos para esta problemática e que a considerem no planeamento e abordagem das suas intervenções. A implementação de programas comunitários que visem a promoção de hábitos de vida saudáveis é um importante recurso para dar resposta à grande lacuna que existe em Portugal. Permitem educar e motivar a pessoa com doença mental inserida no seu contexto socioeconómico e familiar, constituindo uma excelente forma de dar assistência adequada e diferenciada.

Promoção de estilos de vida saudáveis é um processo dinâmico e interactivo que só é possível através de uma abordagem biopsicossociocultural ao indivíduo por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Esta actuação promove o envolvimento e participação activa do doente e família no projecto terapêutico que a longo prazo conduzirá a ganhos em saúde significativos, não só para o doente, mas também para a família, comunidade e com forte impacto na economia do país.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEEBE, Lora H. – **Health Promotion in Persons with Schizophrenia: Atypical**. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, Agosto, 2003.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular Normativa N.º 03/DGDC, 17/03/2005
- FAVROD, J. et al – **Prévenir la prise de poids sous traitement neuroleptique**. Consultado no site <http://www.espace-socrate.com>, a 15.11.2011
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. France. WHO, 2004

ANEXO IX

Pedido de autorização para realização de estágio de
observação no Centro de Saúde de Vagos

A/C

Sr.^a Enfermeira Vogal de Enfermagem
do Conselho Clínico ACES Baixo-Vouga II
Sr.^a Enfermeira Arlete Parente

Eu, Fátima Maria Quaresma da Silva, Enfermeira Graduada a exercer funções no ACES VI – Loures – Unidade de Saúde Familiar São João da Talha, e a frequentar o curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar autorização para realizar estágio de observação, com a duração de um dia, com a Sr.^a Enf.^a Glória Butes (data a definir posteriormente, de acordo com a disponibilidade do serviço). Este estágio de observação terá como objectivo principal adquirir conhecimento das actividades desenvolvidas na comunidade, como complemento enquanto enfermeira especialista na área de saúde mental e psiquiátrica.

Desde já, obrigada pela disponibilidade.

Peço deferimento

Fátima Maria Quaresma da Silva

(Fátima Maria Quaresma da Silva)

Loures, 10 de Janeiro de 2012

Contactos

Telefone: 219 959 937

Fax: 219 959 945

ANEXO X

Autorização do estágio de observação no Centro de Saúde
de Vagos



TELECÓPIA

Aveiro, 12/01/2012

Destinatário: Sr.ª Enfermeira Fátima Maria Quaresma da Silva

Enviado por: Exm.ª Sr.ª Enfermeira Arlete Parente

Assunto: Estágio de observação

Em resposta ao requerimento da Sr.ª Enfermeira Fátima Silva, sobre o assunto em epigrafe, informa-se que foi autorizado o estágio, e que deve combinar o dia e hora com a Sr.ª Enfermeira Glória Butt, para realização do referido estágio.

Com os melhores cumprimentos.

**Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico
de ACeS Baixo Vouga II**

Enfermeira Arlete Parente

Nº Páginas: 1+

ANEXO XI

Pedido de autorização para utilização da sala de formação
para realizar a consulta de Enfermagem de SMP

Exm.ª Sr.ª Directora do ACES VI – Loures
Dr.ª Ilaine Lopes

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da Sala de Formação existente no R/C da Extensão de São João da Talha.
Esta utilização tem por finalidade iniciar o Projecto da consulta de Enfermagem de Saúde Mental, no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica frequentada pela Enf.ª Fátima Quaresma.

Aguardo a sua autorização

Atentamente

Fátima Quaresma
(Enf.ª da USF São João da Talha)

20 de Dezembro de 2011

ANEXO XII

Autorização para utilização da sala de formação para
realizar a consulta de Enfermagem de SMP

Ileine Lopes

De: Angélica Rosa
Enviado: terça-feira, 20 de Dezembro de 2011 18:56
Para: Ileine Lopes
Cc: Ana Sequeira; Cristina Bras
Assunto: Autorização

autorizada
21/12/11
ILEINE LOPES
Directora executiva
Agrupamento VI Loures - Sacavém

Exm.ª Sr.ª Directora do ACES VI – Loures
Dr.ª Ileine Lopes

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da Sala de Formação existente no R/C da Extensão de São João da Talha.
Esta utilização tem por finalidade iniciar o Projecto da consulta de Enfermagem de Saúde Mental, no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica frequentada pela Enf.ª Fátima Quaresma.

Aguardo a sua autorização

Atentamente

Fátima Quaresma
(Enf.ª da USF São João da Talha)

20 de Dezembro de 2011

ANEXO XIII

Instrumento de colheita de dados e registos de
enfermagem

COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / _____ Contacto: _____

Raça: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Pessoa de referência: _____

Parentesco: _____ Contacto: _____

2 – ANAMNESE

2.1 – História de Vida Pessoal (Período Peri-Natal, Primeira e Segunda Infância, Adolescência, História de Vida Actual)

3 – GENOGRAMA

4 – ECOMAPA

5 – EXAME NUCLEAR DO ESTADO MENTAL

Insight presente para o Psicopatológico

Sim ____ Não ____

Adesão ao Regime Medicamentoso

Sim ____ Não ____

5.1 – Consciência

5.1.1 – Estado de Vigília

Vigília: Sim __ Não __

Sonolência: Sim __ Não __

5.1.2 - Orientação

Autopsíquica: Sim __ Não __

Alopsíquica: Sim __ Não __

5.2 – Apresentação

5.2.1 – Aparência: _____

5.2.2 – Auto-cuidado/higiene: _____

5.2.3 – Auto-cuidado/alimentação: _____

5.3 – Comportamento

5.3.1 – Atitude: Colaborante __ Agressiva __ Hostil __ Negativista __ Indiferente __

5.3.2 – Atenção: Captável __ Dispersa __

5.3.3 – Fácies: Expressivo __ Tenso __ Inexpressivo __ Descontraído __

5.3.4 – Olhar: Dirigido ___ Fugidio ___

5.4 – Discurso

5.4.1 – Débito e Velocidade: Taquifemia ___ Verborreia ___ Lentificado ___ Mutismo ___

5.4.2 – Volume: Altissonante ___ Hipofónico ___

5.4.3 – Forma: Neologismo ___ Solilóquios ___ Ecolália ___ Coprolália ___ Metonímia ___

5.4.4 – Fluência: Afasia de Expressão ___ Gaguez ___ Logoclonia ___

5.5 – Pensamento

5.5.1 – Curso: Acelerado ___ Lentificado ___ Bloqueio do pensamento ___

Sem aparente alteração ___

5.5.2 – Forma: Circunstancial ___ Tangencial ___ Ideofugitivo ___ Afrouxamento associativo ___

Sem aparente alteração/Coerente ___

5.5.3 – Conteúdo: Ideias Sobrevalorizadas ___

Sintomas Obsessivo-compulsivos ___

Fobias ___

Delírios ___ Se sim, especificar _____

5.6 – Percepção

Erros Sensoriais: Ilusões ___ Pseudoalucinações ___

Alucinações: Somáticas (desc.) _____ Olfactivas ___ Visuais ___ Gustativas ___

Auditivas (desc.) _____

5.7 – Humor

Eutímico ___ Disfórico ___ Irritável ___ Instável ___ Ansioso ___ Deprimido ___ Eufórico ___
Grandioso ___

5.8 – Afecto

Adequado ___ Triste ___ Expansivo/elação ___ Lábil ___ Discordante/Incongruente ___
Ambivalente ___ Aplanado ___ Embutado ___

5.9 – Memória

Imediata: Alterada ___ Não Alterada ___

Recente: Alterada ___ Não Alterada ___

Remota: Alterada ___ Não Alterada ___

5.10 – Mobilidade

Agitação ___ Maneirismos ___ Rigidez ___ Estereotipias e Tiques ___ Hipoactividade ___

Acatisia ___

5.11 – Sono

Alterado: Insónia ___ Hipersónia ___ Sonolência iatrogénica ___

Não alterado ___

6 – SITUAÇÃO ACTUAL

6.1 – Problema expresso pelo utente

6.2 – Forma como o problema supracitado afecta os seus hábitos de vida e as suas relações interpessoais

6.3 – Problema semelhante no passado e como foi resolvido

6.4 – O que pensa fazer para resolver o problema

6.5 – Qual a expectativa, perante esta consulta, de forma a ajudá-lo a resolver o problema

ANEXO XIV

Plano de Sessão da Formação

“Avaliação do Estado Mental”

PLANO DE SESSÃO

1 – IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Local: sala de coordenação da equipa de enfermagem da USF, São João da Talha

Tema: “ Avaliação do Estado Mental”

Destinatários: Enfermeiros pertencentes à equipa da USF

Duração da Sessão: 30 minutos

2- OBJECTIVOS

Para esta actividade terapêutica foram definidos objectivos gerais e específicos. Encontram-se também definidos os critérios de inclusão dos elementos do grupo, bem como as actividades a desenvolver e sua respectiva avaliação.

2.1 - Objectivos Gerais

- _ Reconhecer a importância da promoção da saúde mental/prevenção da doença;
- _ Motivar para a avaliação do estado mental.

2.2 - Objectivos Específicos

- _ Distinguir Saúde Mental de Doença Mental;
- _ Contextualizar a Enfermagem de Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários;
- _ Reconhecer os principais itens de avaliação do exame nuclear do estado mental.

3 - METODOLOGIA

- _ Método Expositivo, conjugado com Método Interrogativo;
- _ Método Activo (discussão).

4 - RECURSOS

_ R. Materiais: sala de coordenação da equipa de enfermagem da USF, material informático (computador), cadeiras;

_ R. Humanos: enfermeiros.

5 – PLANEAMENTO DA SESSÃO

<u>Plano da sessão</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Avaliação</u>	<u>Tempo (minutos)</u>
_ Apresentação dos objetivos e da duração da sessão	_ Método Expositivo	Diagnóstica: - Observação	5 Minutos
_ Exposição do tema da apresentação, fomentando a participação dos enfermeiros	_ Método Expositivo conjugado com Método Interrogativo _ Método Activo (discussão)	Formativa: _ Observação _ Questões aos participantes _ Discussão	20 Minutos
_ Síntese da sessão, permitindo que os enfermeiros verbalizem os conhecimentos alcançados bem como a sua avaliação global.	_ Método Expositivo _ Síntese Conclusiva	Formativa: _ Questões aos participantes _ Discussão Somativa	5 Minutos

6 - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

_ Avaliar, de forma informal e através de questões, os conhecimentos adquiridos no que respeita à diferença entre saúde mental e doença mental, bem como na avaliação do estado mental.

ANEXO XV

Diapositivos apresentados na Sessão de Formação

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

MÓDULO III

Avaliação do Estado Mental

Fátima Quaresma - Módulo III
Esp. Enf. SMP, UCP 2012

Avaliação do Estado Mental (cont.)

OBJECTIVOS:

- Distinguir Saúde Mental de Doença Mental;
- Contextualizar a Enfermagem de Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários ;
- Reconhecer os principais itens de avaliação do exame nuclear do estado mental.



Avaliação do Estado Mental (cont.)

SAÚDE MENTAL



Segundo a **OMS**, saúde mental é anunciada como

“o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.

OMS, Geneva 2001

Avaliação do Estado Mental (cont.)

DOENÇA MENTAL

“A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.”

OMS, Geneva 2001

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Estratégia da OMS

“(...) é necessária uma abordagem holística que abranja não só a prestação de tratamento e cuidados às pessoas mas também acções dirigidas à população em geral, a fim de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e dar respostas aos problemas relacionados com a estigmatização e os direitos humanos.”

OMS, Geneva 2001

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Artigo 2.º

“Protecção e promoção da saúde mental

- 1 — A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para **assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico** dos indivíduos, para **favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.**
- 2 — As medidas referidas no número anterior incluem acções de **prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.”**

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A N.º 169 — 24-7-1998

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Artigo 3.º

Princípios gerais de política de saúde mental

1 — Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

- a) **A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade**, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
- b) *Os cuidados de saúde mental são prestados* **no meio menos restritivo possível**;
- c) *O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais*;
- d) *No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.*

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A N.º 169 — 24-7-1998

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Artigo 4.º

Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

- a) **A reabilitação e autonomia** das pessoas com incapacidade psicossocial;
- b) A **manutenção ou reforço das competências e capacidades** das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;
- c) A **integração familiar e social** das pessoas com incapacidade psicossocial;
- d) A **promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível** das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;

Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010

Avaliação do Estado Mental (cont.)

- e) A **promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores** das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando -as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e **promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.**

Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010

Avaliação do Estado Mental (cont.)



Avaliação do Estado Mental (cont.)

ENFERMAGEM – USF S. João Talha

- **Saúde Mulher** (Saúde Materna, Planeamento Familiar)
- **Saúde Infantil**
- **Vacinação**
- **Consulta de Diabetologia**
- **Consulta de Hipertensão**
- **Sala de Tratamentos**
- **Visitação Domiciliária**

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Exame Nuclear do Estado Mental

1 – Consciência

Estado de Vigília, Orientação

2 – Apresentação

Aparência, Auto-cuidado/higiene, Auto-cuidado/alimentação

3 – Comportamento

Atitude, Atenção, Fácies, Olhar

4 – Discurso

Débito e Velocidade, Volume, Forma, Fluência

Avaliação do Estado Mental (cont.)

5 – Pensamento

Curso, Forma, Conteúdo

6 – Percepção

Erros Sensoriais, Alucinações

7 – Humor

8 – Afecto

9 – Memória

Imediata, Recente, Remota

Avaliação do Estado Mental (cont.)

10 – Mobilidade

11 - Sono

Avaliação do Estado Mental (cont.)



Avaliação do Estado Mental (cont.)

Síntese Conclusiva:

- **Todos os indivíduos com doença mental devem permanecer num meio o menos restritivo possível, de preferência, inseridos na sua comunidade;**
- **Actualmente existem Leis que favorecem a promoção da saúde mental;**
- **Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários devem estar despertos para a promoção de saúde mental e detecção precoce da doença.**

Avaliação do Estado Mental (cont.)

Referências Bibliográficas

- Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010;
- Lei de Saúde Mental – aprovado pela Lei nº 36/98 de 24 de Julho;
- Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) – Resumo Executivo – **Coordenação Nacional para a Saúde mental**, 2008, Lisboa, ISBN 978-989-95146-6-9
- HARRISON, P., GEDDES, J., & SHARPE, M. - **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. 1.ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa. 2006.
- Livro Verde - **Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**; Bruxelas, 2005
- WHO, **Strengthening mental health promotion**, Geneva 2001



Avaliação do Estado Mental (cont.)

Não esquecer...

É essencial promover a saúde mental!!!



Obrigado pela vossa atenção!

ANEXO XVI

Projecto de Implementação da consulta de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Projecto de Implementação da Consulta de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

MÓDULO III

Unidade de Saúde Familiar São João da Talha

ACES VI - Loures

ELABORADO POR: Fátima Quaresma (nº aluna 192010004)

ENFERMEIRA ORIENTADORA: Enf.ª Maria Belém Oliveira

DOCENTE: Prof.ª Medeiros Garcia

Lisboa, Janeiro 2012

Índice

0 – INTRODUÇÃO	2
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	7
3 – PLANEAMENTO DA CONSULTA	11
3.1 – Objectivo Geral da Consulta	11
3.2 – Objectivos Específicos da Consulta	11
3.3 – População Alvo	11
3.4 – Organização da Consulta	11
3.5 – Actividades da Consulta	12
3.6 – Recursos	12
3.7 – Tempo e Duração	13
3.8 – Resultados	13
4 – CONCLUSÃO	14
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	18
ANEXO I – Colheita de dados para consulta de enfermagem	19
ANEXO II – Pedido de autorização para utilização da sala de formação	32
ANEXO III - Resposta ao pedido de utilização da sala de formação para consulta de enfermagem de saúde mental	34

0 – INTRODUÇÃO

De acordo com as actividades definidas para os enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica pela Ordem dos Enfermeiros, pretende-se que os mesmos adquiram competências em coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação, entre outras.

No entanto, a minha realidade profissional não facilita esta ambição, pois a Unidade de Saúde Familiar (USF) onde me encontro funciona com o modelo de enfermeiro de família – o enfermeiro é responsável pela prestação de todos os tipos de cuidados aos utentes inscritos na sua lista. Este método de trabalho diverge do qual pude assistir noutros locais – técnico de referência, uma vez que um não implica necessariamente o outro: posso ser a enfermeira de família e não ser a técnica de referência ou vice-versa.

Para todos nós que vivemos num Estado de Direito, temos direito à liberdade e à segurança, de acordo com o artigo 27º, nº1, reconhecido na CRP. Este artigo inclui todos os cidadãosãos ou doentes, nomeadamente os doentes do foro psiquiátrico; todos têm direito à autodeterminação e à liberdade, bem como à protecção assistencial.

Em concordância, na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), na Base I nº 1 está descrito que *“A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”*.

No entanto, os indivíduos com doença mental têm na lei direitos que lhe são concedidos pela Lei de Saúde Mental - LSM (Lei nº 36/98, de 24 de Julho). Segundo esta Lei, artigo 2º nº 1, estabelece que

“A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social onde vive”.

No Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) encontram-se nomeados princípios para a prestação de cuidados de pessoas com doença mental, centrados na comunidade com vista à sua integração. Isto vai de encontro ao descrito no Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro, artigo 2º nº 6, que refere que a prestação de cuidados de saúde mental deve centrar-se nas

necessidades específicas dos indivíduos e ser prioritariamente promovida a nível da comunidade, não estando deste modo a sua liberdade restringida.

Considerando o relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (OMS, 2001), "(...) a saúde mental é essencial para o bem estar geral das pessoas, das sociedades e dos países (...)", subentendendo-se como um bem estar não só físico, mas também psico-socio-cultural e espiritual.

Desta forma surge o presente projecto de intervenção que pretende dar resposta a uma necessidade por mim identificada – inexistência de programas ou actividades que visem o atendimento ao indivíduo/família com doença mental, inserido no seu meio, e tem como objectivo a implementação da consulta de enfermagem.

No que se refere à estrutura deste trabalho, após esta breve introdução, é realizada a fundamentação teórica, na qual é abordada a importância da implementação deste projecto na comunidade, seguida pela descrição dos motivos da intervenção que sustentam a escolha deste projecto. Por fim, é delineado o projecto de intervenção, onde são definidos os objectivos a atingir, os critérios de inclusão e a planeamento das sessões a desenvolver.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi descritiva, baseando-me nos conhecimentos adquiridos no contexto teórico e pesquisa bibliográfica da literatura considerada pertinente de modo a fundamentar e contextualizar o presente projecto e a clarificar os conceitos basilares abordados.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com o REPE, o enfermeiro deve

“(...) prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional (...)” .

Segundo a WHO (2002),

“(...) a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades, dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. (...) Rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais. Uma em cada quatro pessoas será afectada por uma perturbação mental em dada fase da vida.”

De acordo com o descrito, surge a necessidade de situar uma das estratégias da OMS (2001), que manifesta que,

“(...) é necessária uma abordagem holística que abranja não só a prestação de tratamento e cuidados às pessoas mas também acções dirigidas à população em geral, a fim de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e dar respostas aos problemas relacionados com a estigmatização e os direitos humanos.”

Ao reflectir sobre a minha experiência profissional ao nível comunitário, tendo conhecimento das alterações previstas para a reinserção dos doentes psiquiátricos na comunidade e de que não existe consulta de enfermagem de saúde mental no ACES onde exerço funções, considerei que seria uma excelente opção elaborar um projecto nesta área.

Recentemente surgiu a Lei nº 19/10, de 28 de Janeiro, que prevê a criação de diferentes respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental e que estejam de acordo com os diferentes níveis de autonomia dos indivíduos com doença mental.

Desta forma, e em consonância com o definido pelo Plano Nacional de saúde Mental 2007/2016,

“(...) são agora concretizadas medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.”

Todas as alterações que ocorreram nos últimos tempos vieram confirmar a importância da promoção da saúde mental e reabilitação dos doentes mentais. A modificação jurídica demonstra que o percurso a percorrer não passa pela discriminação nem pelo internamento. Considero que só através do envolvimento da comunidade no tratamento e reabilitação dos doentes mentais, será possível diminuir o estigma social que ainda hoje se faz sentir perante os mesmos e respectivas famílias, de forma a conquistar uma maior qualidade de vida e obter ganhos em saúde.

Seguindo os princípios de organização dos serviços de saúde mental (OMS, 2001), encaro de extrema importância o exercício do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, e que este deva respeitar as seguintes premissas relativas ao cuidado prestado:

- “- Ser acessíveis a todas as pessoas com problemas de saúde mental;*
- Assumir a responsabilidade por um sector geo-demográfico específico, com uma dimensão tal que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência;*
- Integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações;*
- Ter uma coordenação comum;*
- Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;*
- Prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos;*
- Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde;*
- Colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.”*

Seguindo os objectivos traçados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), pretendo orientar a consulta de enfermagem de forma a responder aos seguintes princípios:

“- Assegurar o acesso equitativo;

- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;

- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;

- Promover a descentralização dos serviços;

- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde.”

2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Seguidamente, considere fundamental proceder a um levantamento diagnóstico da população abrangida pela USF, bem como caracterizar a mesma, de uma forma sumária.

CARACTERIZAÇÃO DA USF

A USF faz parte do ACES VI – Loures, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), o qual integra também mais dezasseis Unidades Funcionais de Saúde, outras cinco USF e a equipa de Cuidados na Comunidade.

A equipa funciona num edifício em São João da Talha, partilhado com duas equipas. No entanto, dispõe de cerca de 25 gabinetes dispostos por dois andares, tendo ainda um espaço (segundo andar) que permite a realização de reuniões de equipa, bem como 4 salas de espera. Na equipa são atendidos todos os doentes, independentemente da idade, da área das freguesias de São João da Talha e Bobadela e que estejam inscritos na USF. Relativamente à constituição da equipa, esta é formada por nove enfermeiros, nove médicos de Medicina Geral e Familiar e sete administrativas. No entanto, no ACES existem ainda quatro assistentes sociais, cinco psicólogas, três fisioterapeutas, com os quais podemos articular em caso de necessidade. É de salientar a importância da existência de uma reunião de equipa todas as quintas-feiras, onde se realizam sessões clínicas, discutem casos de doentes de acordo com a perspectiva médica e de enfermagem, e definem estratégias de forma a melhorar o atendimento ao utente/família.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Em 2001, a freguesia de São João da Talha tinha cerca de 17.959 habitantes. A estrutura etária da freguesia, nesse momento era jovem (índice de envelhecimento de 12,21 residentes com idade igual ou superior a 65 anos, por 100 residentes com idade inferior a 15 anos), em que os reformados representavam 3,6% da população.

Actualmente, segundo a estatística informática da USF, estão inscritos nesta unidade cerca de 16.795 utentes (à data de 05 de Dezembro de 2011), dos quais, 19% têm idade igual ou inferior a 17 anos e 23% idade igual ou superior a 65 anos.

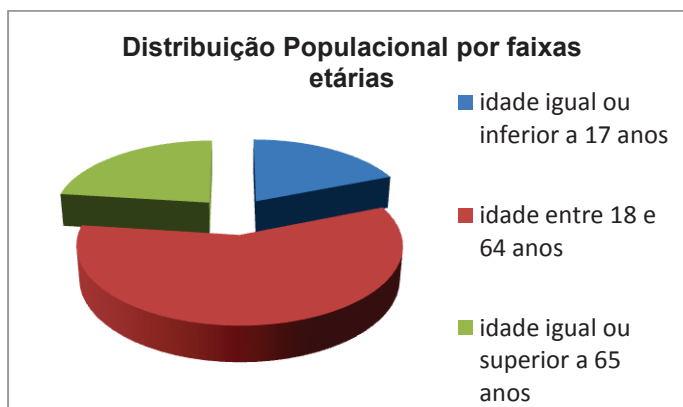


Gráfico 1 – Distribuição Populacional da USF por faixas etárias

Verifica-se que a maioria da população inscrita na USF de S. João da Talha é constituída por adultos (58%), embora se tenha vindo a aperceber do aumento do número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos – 23%, comparando com 16% em 2008.

De acordo com as orientações da Direcção Geral de Saúde, torna-se necessário programar actividades específicas, tanto na implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco em saúde física e mental, como na área de acompanhamento a utentes com dependência e aplicação de medidas de promoção da autonomia, do auto-cuidado e combate ao isolamento social.

Assim, e de acordo com as duas áreas nas quais pretendo actuar, planeei as seguintes actividades:

PROMOÇÃO DA SAUDE

- Desmistificação dos conceitos Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Promoção de estilos de vida saudáveis;
- Abordagem da Pessoa aos níveis bio-psico-socio-cultural e espiritual.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA

- Diagnóstico e intervenção precoce;
- Psicoeducação à Pessoa;
- Adesão ao regime terapêutico;
- Intervenção em crise (atendendo a todo o tratamento excepto medicamentoso, uma vez que os Cuidados de Saúde Primários não dispõem de medicação SOS);

- Diagnóstico e intervenção - psicoeducação, no cuidador informal.
- Encaminhamento/articulação redes de suporte social formal/informal;
- Promover a saúde mental e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Considerando que a área da saúde mental e psiquiátrica é vastíssima, torna-se indispensável definir quem é a minha população, quais as suas necessidades e respectivas intervenções a desenvolver.

Para tal, realizei uma pesquisa dinâmica informática, de forma a proceder a um diagnóstico de situação. Em Dezembro de 2011, a USF abarcava uma população de 16.795 utentes, com os seguintes diagnósticos da área da Saúde Mental e Psiquiatria:

- Psicoses Não Especificadas: 9 utentes (3 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 28 e os 89 anos, em que todos são seguidos na consulta externa do HJM;

- Psicoses Orgânicas Não Especificadas: 20 utentes (12 do sexo feminino e 8 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 23 e os 84 anos, em que 12 são seguidos na consulta externa do HJM e desconhece-se o local de seguimento dos restantes 8 utentes;

- Perturbações Depressivas: 717 utentes (591 do sexo feminino e 126 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 20 e os 90 anos, em que 203 são seguidos na USF pelo médico assistente e desconhece-se onde são acompanhados os restantes;

- Esquizofrenia: 20 utentes (5 do sexo feminino e 15 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 17 e os 69 anos, em que 15 são seguidos na consulta externa do HJM, 2 no Hospital de Santa Maria, 1 no Hospital de São José e 2 em consultórios privados.

Limitando a análise a dois diagnósticos (selecção de acordo com o mais frequente e com o pretendido), a DGS diz-nos que as perturbações depressivas afectam cerca de 20% da população portuguesa e que a esquizofrenia afecta entre 0,6 e 1%, pelo que verificamos o seguinte:

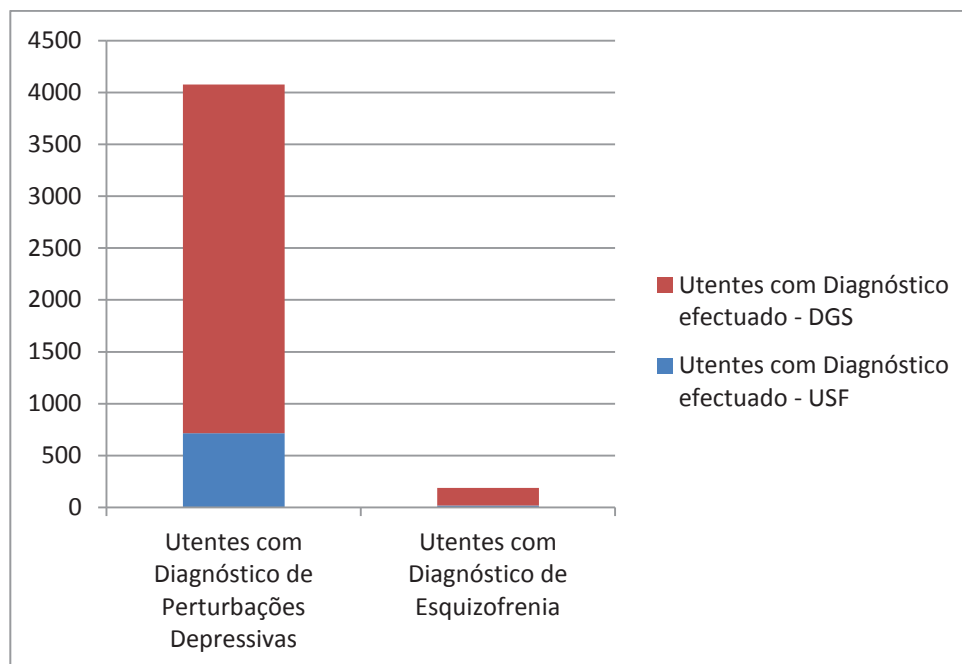


Gráfico 2 – Distribuição do número de utentes consoante o previsto pela DGS e número de utentes diagnosticados na USF

Em análise, e considerando a população total, os valores encontrados mostram-nos que:

- para as Perturbações depressivas e segundo a DGS, o número total seriam 3.359 utentes, estando diagnosticados cerca de 717;
- para a Esquizofrenia, segundo a DGS o número total seriam 168 utentes e estão diagnosticados cerca de 20.

Em suma, existe uma grande percentagem de utentes sub-diagnosticados.

Deste modo, optei por limitar o atendimento a doentes com esquizofrenia, que estejam inscritos na USF (atendendo à limitação temporal de oito semanas). Ao reflectir sobre a realidade, compreendi que não conheço todos eles, pelo que contactei a equipa da consulta externa do hospital Júlio de Matos - HJM (hospital de referência da população abrangente pela USF) e aguardo a marcação de uma reunião, de forma a saber quem são os doentes por eles seguidos e, posteriormente, ficar a conhecê-los (através da visita domiciliária, uma vez que irá permitir o conhecimento, mas também perceber o meio que o rodeia). Saliento que não pretendo substituir os cuidados prestados pela equipa, mas sim, trabalhar em colaboração com a mesma.

3 – PLANEAMENTO DA CONSULTA

3.1 – Objectivo Geral da Consulta

- ✚ Prestar cuidados no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria aos utentes inscritos na USF, com idade superior a 18 anos.

3.2 – Objectivos Específicos da Consulta

- ✚ Identificação dos problemas de enfermagem;
- ✚ Intervenção para solução dos problemas detectados;
- ✚ Avaliação da intervenção;
- ✚ Promoção de estilos de vida saudáveis.

3.3 – População Alvo

- ✚ Utentes inscritos na USF S. João da Talha – ACES VI – Loures, com o diagnóstico clínico de esquizofrenia, e respectivas famílias.

Numa fase posterior estender a consulta a todos os utentes com doença mental, quer sejam referenciados por profissionais de saúde, famílias ou por iniciativa própria, e iniciar programas de promoção da saúde/prevenção da doença.

3.4 – Organização da Consulta

- Consulta individual e/ou familiar, na USF;
- Preenchimento de documentos da consulta (avaliação inicial de enfermagem; notas de evolução de enfermagem).

Os registos de enfermagem serão efectuados em suporte de papel (folha própria, elaborada por mim – Anexo I), segundo a linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) e neles deve constar o resumo da entrevista e o plano de intervenção.

- Definição do plano das consultas de enfermagem:

As consultas devem ser programadas em função da disponibilidade do utente, da evolução do seu estado clínico e respeitando o horário pré-estabelecido.

3.5 – Actividades da Consulta

- Entrevista inicial (será realizada durante a primeira consulta para colheita de dados, embora esta possa ocorrer ao longo das consultas de forma a não se tornar demasiado vasta);
- Avaliação inicial de enfermagem;
- Identificação Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem;
- Elaboração do plano de cuidados, onde podem ser realizadas as seguintes intervenções:
 - ✓ Aconselhamento;
 - ✓ Treino de aptidões sociais;
 - ✓ Técnicas de relaxamento;
 - ✓ Gestão de sintomas;
 - ✓ Suporte emocional;
 - ✓ Apoio familiar;
 - ✓ Executar ensinamentos específicos;
 - ✓ Estratégias de resolução de problemas.
- Revisão de diagnósticos de enfermagem e do plano de cuidados;
- Registos;
- Marcação da nova consulta de enfermagem.

3.6 – Recursos

- Uma Enfermeira;
- Gabinete de Consulta (abrange todo o material administrativo - secretária, computador, armário fechado para guardar os processos, mobiliário) –
- Material de consumo clínico.

Atendendo aos requisitos necessários para a realização da consulta de enfermagem (ambiente tranquilo) foi seleccionada, com a enfermeira orientadora, uma sala que não pertence exclusivamente à USF. Foi necessário pedir autorização por escrito à Directora Clínica do ACES (Anexo I), que concedeu a utilização da mesma (Anexo II).

Saliento que toda a equipa multidisciplinar será fundamental para o decorrer da consulta, nomeadamente, equipa de enfermagem, médica e administrativa. Serão parceiros fundamentais na promoção da saúde e detecção precoce dos sinais de alerta - encaminhamento.

3.7 – Tempo e Duração

Inicialmente, um dia por semana no período da tarde (3ª feira, pelas 13 horas)

- ✚ Duração média da consulta - 50 minutos
- ✚ Duração média para registos – 10 minutos
- ✚ 1 a 2 consultas / dia

3.8 – Resultados

- Caracterização da população;
- Monitorização das consultas;
- Monitorização das actividades;
- Indicadores de desempenho.

A avaliação da Consulta de Enfermagem efectua-se através da análise do registo estatístico do número de atendimentos e da avaliação sistematizada do plano de cuidados instituído (a primeira avaliação decorrerá ao fim do ano, juntamente com o relatório das actividades da USF).

Posteriormente, será necessário efectivar com um requerimento dirigido à Sr.ª Enfermeira-chefe e Vogal do Conselho Clínico, bem como à Directora Clínica do ACES VI - Loures, solicitando a implementação da consulta e autorização para utilizar o documento de avaliação inicial de enfermagem. Fico a aguardar o agendamento de uma reunião com os referidos elementos do Conselho Clínico, mas tal não foi possível antes do término do estágio.

4 – CONCLUSÃO

A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu compreender que a necessidade de elaboração e implementação de programas de promoção de saúde mental e prevenção/tratamento da doença mental é uma temática bastante actual.

A implementação de programas comunitários que visem os referidos objectivos é um importante recurso para dar resposta à grande lacuna que existe em Portugal. Permitem assistir e motivar a pessoa com doença mental, inserida no seu contexto socioeconómico e familiar, constituindo uma excelente forma de dar assistência adequada e diferenciada. Por isso, é importante que os enfermeiros estejam despertos para esta problemática e que a considerem no planeamento e abordagem das suas intervenções.

Considerando que a promoção da saúde mental e prevenção da doença são processos dinâmicos e interactivos, só é possível agir através de uma abordagem biopsicossociocultural ao indivíduo por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Esta actuação promove o envolvimento e participação activa do doente e família no projecto terapêutico que a longo prazo conduzirá a ganhos em saúde significativos, não só para o doente, mas também para a família, comunidade e com forte impacto na economia do país.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA – Coimbra: Almedina. 2008.
- DECRETO-LEI nº 304/2009 de 22 de Outubro.
- LEI DE BASES DA SAÚDE – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.
- LEI DE SAÚDE MENTAL – aprovado pela Lei nº 36/98 de 24 de Julho.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2007-2016) – **Resumo Executivo – Coordenação Nacional para a Saúde Mental**, 2008, Lisboa, ISBN 978-989-95146-6-9
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.
- HARRISON, P., GEDDES, J., & SHARPE, M. - **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. 1.^a Edição, Climepsi Editores, Lisboa. 2006.
- Livro Verde - **Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**; Bruxelas, 2005
- WHO, **Strengthening mental health promotion**, Geneva 2001

ANEXOS