



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** INSTITUTO DE  
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

### **CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE: DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

---

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

**Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva**

**Lisboa, Junho 2011**



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** INSTITUTO DE  
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

### **CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE: DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

---

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

**Elaborado por:** Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva

**Orientado por:** Enf.<sup>a</sup> Sarreira Santos

**Lisboa, Junho 2011**

“A enfermagem tem diante de si um futuro promissor, pois os limites das suas possibilidades são menos restritos que os dos outros profissionais de saúde. Sendo assim, quando os outros profissionais já esgotaram a sua capacidade de actuação, nós enfermeiros podemos sempre fazer mais alguma coisa, para o bem-estar do utente/família, quanto mais não seja pegar na sua mão e dizer eu estou aqui.”

*WALTER HESBEEN 2001*

## RESUMO

A prática dos enfermeiros é acompanhada permanentemente por um compromisso profissional ligado ao cuidar, como forma de dar cumprimento a um direito das pessoas. Esta exigência determina a necessidade de aquisição de várias competências, e é indiscutível que a consecução das mesmas, que permite prestar cuidados ao nível da excelência, resulte do aumento de conhecimento científico sendo que este tem de ser aplicado e demonstrado através da experimentação e do adestramento no contexto da acção.

O presente relatório tem como exigência reunir e apresentar as aprendizagens adquiridas neste contexto académico, que engloba os estágios realizados em diferentes campos de actuação da saúde da pessoa, família e comunidade visando a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, de modo a preencher os requisitos do plano do presente curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria.

O enfermeiro especialista nesta área é, pelas características da sua formação, um profissional de referência, dotado de atitudes e habilidades que lhe permitem participar na avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados e orientação dos enfermeiros de outras áreas, por exemplo, no que diz respeito aos factores bio-psicossociais que incidem nas respostas do indivíduo face à doença física. Neste contexto, como Enfermeiro de Consultadoria e Ligação poderá delinear e implementar um conjunto de intervenções psicoterapêuticas, em prol da ajuda necessária em momentos de grande dificuldade, inerentes às alterações emocionais resultantes da doença, do tratamento e/ou do relacionamento com os técnicos. Poderá ainda, com certeza, ser inserido numa equipa comunitária, e dar um importante contributo, por exemplo, na redução da sobrecarga do cuidador informal, da pessoa que vivencia um processo de doença prolongada e ou dependência funcional, ou mesmo com os enfermeiros que prestam cuidados directos, ajudando-os a compreender os aspectos interligados com a saúde mental e a planear as intervenções com resultados mais significativos ao nível do pleno bem-estar da população. Mas, as pessoas poderão vivenciar outras transições e ter ganhos em saúde com a intervenção da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria, como, por exemplo, numa situação de crise que exija internamento hospitalar.

Foi com base nestes princípios que foram planeados os diferentes módulos de estágio, dos quais se apresentam as actividades realizadas face aos resultados obtidos ao nível da saúde mental do cliente e conseqüentemente da sua saúde de um modo geral. Estes só foram possíveis tendo em conta as competências desenvolvidas fundamentadas no conhecimento adquirido, expresso na análise crítico-reflexiva apresentada tendo por base os objectivos inicialmente definidos e a autoavaliação.

**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem; Relações enfermeiro-paciente; Especialização; Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

The practice of nurses is constantly monitored by a professional commitment related to caring as a way of enforcing people's rights. This requirement determines the need to acquire various skills, and it is undisputed that the achievement of these which allows to provide care at the level of excellence, resulting in the increase of scientific knowledge and this has to be applied and demonstrated through the testing and training in the context of the action.

This report is a requirement to gather and present the lessons learned in an academic context, which includes clinical placements made in different fields of personal health, family and community intervention aimed at specializing in mental health nursing and psychiatry, concerning to achieve the requirements of the plan of this Master of Professional Nursing Nature - Specialization in Mental Health and Psychiatry.

The nurse specialist in this area is, by virtue of their training, a professional reference, endowed with attitudes and skills that allow you to participate in the diagnostic evaluation, care planning and guidance of nurses from other areas, for example, with respect to bio-psychosocial factors that influence the responses of the individual in the face of physical illness. In this context, as a Liaison Nurse Consulting can design and implement a range of psychotherapeutic interventions in favor of aid needed at times of great difficulty, inherent to emotional changes resulting from the disease, treatment and / or relationship with the coaches. Can also, of course, be inserted into a community team, and give an important contribution, for example, in reducing the burden of informal caregivers, helping persons who experiences a prolonged disease process or functional dependence, or even next to the nurses who provide direct care, helping them to understand the interconnected aspects of mental health interventions and planning with more significant results in order to achieve a total well-being of the population. But people can experience other transitions and make gains in health with the assistance of specialized nurses in mental health and psychiatry, for example, a crisis that requires hospitalization.

It is on these principles that have been planned to stage the various modules, which present the activities undertaken on the results obtained at the client's mental health and consequently their health in general. These were only possible taking into account the skills developed based on the knowledge acquired, expressed in the critical-reflective analysis presented based on the original objectives and self-assessment.

**KEYWORDS:** Nursing, nurse-patient relations; Specialization; Mental Health.

### **AGRADECIMENTOS:**

À minha família por ter estado presente nos momentos mais difíceis.

À minha Mãe, em especial, pelo exemplo de dedicação, resignação, apreço e, sobretudo, pela confiança demonstrada.

Ao Joaquim Carvalho, companheiro de todos os momentos, pela escuta e a compreensão, pelos momentos de reflexão proporcionados e ainda pelos comentários enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Também aos colegas e amigos, que tiveram um papel fundamental enquanto tal, outros foram mais além participando quando lhes solicitei, com a sua incondicional compreensão.

À unidade oncológica, pelo carinho e inclusão.

Às enfermeiras do serviço de oncologia pela partilha dos seus conhecimentos.

Às enfermeiras da ECCI pelo acolhimento, disponibilidade e alegria interior demonstrada.

À minha Tutora e às minhas Supervisoras Clínicas, por terem aceite o desafio de me orientar, e ainda pela transmissão dos seus saberes e da sua experiência e, acima de tudo, pela amizade.

Por último, uma palavra de profundo respeito para aos clientes, os quais apesar das vicissitudes da vida, aceitaram partilhar alguns dos seus sentimentos, experiências e desejos, de certa forma expondo a sua intimidade.

**MUITO OBRIGADA!**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – Citado

ed. – Edição

et al – e outros

e.g. – por exemplo

Disp. – Disponível

Idem – do mesmo autor a que se refere a ultima nota

p. - página

Pág. – Página

pp. – Páginas

vol. – Volume

## **LISTA DE SIGLAS**

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados

ECL – Enfermagem de Consultadoria e Ligação

INE – Instituto Nacional de Estatística

NIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UICDP - Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria

SMP - Saúde Mental e Psiquiatria

## ÍNDICE

<b>0. <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	11
<b>1. <u>CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM</u></b> .....	14
<b>2. <u>ANÁLISE REFLEXIVA DO MEU PERCURSO</u></b> .....	16
<b>2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO</b> .....	16
2.1.1. <u>Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização</u> .....	16
2.1.2. <u>Competências Creditadas</u> .....	18
<b>2.2. MÓDULO III – ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO EM ONCOLOGIA</b> .....	21
2.2.1. <u>Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização</u> .....	21
2.2.2. <u>Descrição e Análise dos Objectivos e das Actividades Desenvolvidos</u> .....	23
2.2.3. <u>Avaliação</u> .....	30
2.2.4. <u>Apresentação e Análise dos Resultados</u> .....	31
<b>2.3. MÓDULO I – PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO</b> .....	33
2.3.1. <u>Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização</u> .....	33
2.3.2. <u>Descrição e Análise dos Objectivos e das Actividades Desenvolvidas</u> .....	35
2.3.3. <u>Avaliação</u> .....	41
2.3.4. <u>Apresentação e Análise dos Resultados</u> .....	42
<b>3. <u>COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</u></b> .....	44
<b>4. <u>CONCLUSÃO</u></b> .....	48
<b>5. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	50
<b>APÊNDICES</b> .....	55
<b>APÊNDICE I - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DOS MÓDULOS II e III</b> .....	56
<b>APÊNDICE II - PSQUIATRIA CONSILIAR DE LIGAÇÃO E OS CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	72
<b>APÊNDICE III - ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA</b> .....	79
<b>APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA</b> .....	81
<b>APÊNDICE V - DIAPOSITIVOS - APRESENTAÇÃO DO PROJECTO À EQUIPA</b> .....	85
<b>APÊNDICE VI - ENTREVISTA CLINICA EM ENFERMAGEM</b> .....	92

APÊNDICE VII - DIAPOSITIVOS – “ENTREVISTA CLINICA EM ENFERMAGEM” .....	99
APÊNDICE VIII - PEDIDO DE PARECER DE ECL .....	105
APÊNDICE IX - ESTUDOS DE CASO .....	107
APÊNDICE X - A RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM .....	183
APÊNDICE XI - RECONHECER EMOÇÕES E SENTIMENTOS PARA UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ .....	187
APÊNDICE XII - IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO ENFERMEIRO/ UTENTE .....	191
APÊNDICE XIII - POSTER: “ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CONSULTOR” .....	196
APÊNDICE XIV - ESTUDO DE CASO – RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO .....	198
APÊNDICE XV - POSTER: “RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO” .....	208
APÊNDICE XVI - POSTER: “ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA” .....	210
APÊNDICE XVII - POSTER: “A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO ACTIVO: (RE) CONSTRUIR UM NOVO CAMINHO” .....	214
APÊNDICE XVIII - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO MÓDULO I INCLUINDO AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E GEOGRÁFICAS DA ÁREA DE COBERTURA ONDE ESTÁ INSERIDA A UCC .....	219
APÊNDICE XIX - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DA ECCI DO ARCO RIBEIRINHO.....	238
APÊNDICE XX - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	242
APÊNDICE XXI - DIAPOSITIVOS – “DAS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERTURBAÇÕES DO HUMOR(AFFECTIVAS)” .....	244
APÊNDICE XXII - DIAPOSITIVOS – “CUIDAR DE QUEM CUIDA DE MODO A QUE NINGUÉM FIQUE POR CUIDAR: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL” .....	256
APÊNDICE XXIII - DIAPOSITIVOS – “AUTO-CUIDADO: UMA NECESSIDADE DE QUEM CUIDA” .....	268
APÊNDICE XXIV - PROTOCOLO - INTERVENÇÕES DE SUPORTE/ALÍVIO COM A PESSOA QUE DE FORMA INFORMAL CUIDA DE QUEM SOFRE DE UMA DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDEMENTAL .....	280
APÊNDICE XXV - ESTUDOS DE CASO .....	319
APÊNDICE XXVI - POSTER - INTERVENÇÕES DE SUPORTE/ALÍVIO COM A PESSOA QUE DE FORMA INFORMAL CUIDA DE QUEM SOFRE DE UMA DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL.....	401

APÊNDICE XXVII - RECENSÃO CRÍTICA: “OS CLIENTES E OS ENFERMEIROS: CONSTRUÇÃO DE UMA RELAÇÃO” .....	403
APÊNDICE XXVIII - LEITURAS EFECTUADAS NO CONTEXTO DOS ESTÁGIOS.....	414
<b>ANEXOS</b> .....	452
ANEXO I - GUIA DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL – OPÇÃO ADIÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	453
ANEXO II - REUNIÃO INFORMAL COM A PSIQUIATRA DE LIGAÇÃO .....	472
ANEXO III - GUIÃO DA ROTINA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL .....	476
ANEXO IV - GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO SEGUNDO BERNSTEIN E BORKOVEC .....	479
ANEXO V - GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ENTREVISTA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA ...	482
ANEXO VI - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CONSULTOR” NO XXVIII ENCONTRO DO GRUPO PORTUGUÊS DE PSIQUIATRIA CONSILIAR/LIGAÇÃO E PSICOSSOMÁTICA.....	484
ANEXO VII - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO” NO II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....	486
ANEXO VIII - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA” NO II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....	488
ANEXO IX - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO ACTIVO: (RE)CONSTRUIR UM NOVO CAMINHO” NO II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....	490
ANEXO X - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR .....	492
ANEXO XI - DECLARAÇÃO – PARTICIPAÇÃO NA ASSOCIAÇÃO A OUTRA MARGEM .....	495
ANEXO XII - CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA “FAMÍLIAS: QUE INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL .....	497

## **0. INTRODUÇÃO**

No contexto da vida académica, o processo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, constitui-se como mais um passo, para posteriores desenvolvimentos na construção do meu próprio conhecimento científico.

O presente relatório foi proposto de modo a preencher os requisitos do plano de estudos do referido curso, o mesmo constitui a síntese sob a forma escrita de todo o trabalho desenvolvido neste período académico e da experiência profissional anteriormente adquirida, utilizando a metodologia descritiva, reflexiva e analítica apoiada na Norma Portuguesa de Apresentação de Trabalhos Escritos (405-1).

Associadas as razões pessoais, profissionais e académicas, pretendo demonstrar todo o investimento efectuado considerando o meu desenvolvimento pessoal e profissional, incluído nos resultados das aprendizagens propostos para este curso, e que permitirá a percepção das competências, enquanto futuro enfermeiro especialista em saúde mental, conseguidas. Mais concretamente as que permitem intervir na prevenção e promoção da saúde mental, na avaliação diagnóstica e perante as respostas humanas desajustadas tendo por base um conhecimento avançado. Foram estas que ambicionei desenvolver, tendo em conta a dimensão terapêutica central da práxis de enfermagem, para um cuidar de excelência.

Sob este prisma esta etapa pode ser considerada como o final de um longo percurso que começou com a elaboração de um projecto muito reflectido que tem de ser considerado de crucial importância, pois foi a fase na qual foram delineados os momentos de aprendizagem direccionados ao percurso a realizar, aferindo o meu próprio aperfeiçoamento. Neste foram ainda estruturados formalmente os estágios a realizar em 3 módulos em locais distintos.

O Módulo II, creditado pela UCP, foi efectuado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Barreiro, que tem como Missão prevenir a doença mental, intervir na crise do adulto e facilitar a reintegração do mesmo na comunidade. No referido serviço, exerço a minha actividade profissional há cerca de 15 anos. Ponderando a experiência clínica vivida e os saberes teóricos/práticos alcançados posso afirmar que desenvolvi competências profissionais que possibilitam desenvolver intervenções diferenciadas, com eficácia e eficiência em situações de crise ou risco, que requerem um nível mais profundo de conhecimento.

O Módulo III foi realizado, também, no Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Barreiro, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e no Serviço de Oncologia - Ambulatório, com base numa perspectiva de Enfermagem de Consultadoria e Ligação, em que partindo de um pedido de parecer efectuado pelo enfermeiro consultante, é efectuada a avaliação diagnóstica, realizado o planeamento e colocadas em prática as intervenções terapêuticas, directas ou indirectas, realizadas pelo enfermeiro consultor, bem como a sua avaliação. Não dizendo respeito apenas a questões directamente relacionadas ao cliente, mas também a problemas que envolvem a equipa e o relacionamento entre ambos.

O Módulo I, decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde – Arco Ribeirinho – Extensão da Quinta da Lomba, tendo em consideração os aspectos da promoção, do diagnóstico e da prevenção da saúde mental do cuidador informal, da pessoa que vivência um processo de doença prolongado e ou dependência funcional, desenvolvidos por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, em contexto comunitário.

Apesar das limitações decorrentes da diferença da natureza dos três estágios houve a preocupação de os mesmos se constituírem como um todo coerente e de continuidade, apreciando que o portador de doença crónica e incapacitante, poderá experienciar tanto uma situação de convalescença ou de agudização, como um decréscimo da sua autonomia e até uma situação terminal, nas quais o Familiar ou o Convivente Significativo assegura a maior parte dos cuidados, estando este sujeito a uma sobrecarga que pode pôr em risco a sua saúde mental.

A avaliação reputacional das instituições onde foram efectuadas estas etapas académicas foi validada junto de alguns doentes utilizadores das mesmas, junto dos pares e outros profissionais de saúde, através de entrevistas realizadas com as enfermeiras chefes dos referidos serviços, considerando os seguintes indicadores: a idoneidade da qualidade dos cuidados; a existência de elevado número de estágios para a formação de novos profissionais; a possibilidade de desenvolvimento de projectos autónomos de enfermagem; a possibilidade de realização dos módulos I, II e III; e a existência de um profissional com formação adequada ao desenvolvimento de supervisão clínica.

Deste relatório faz parte toda a documentação considerada necessária ao meu processo de aprendizagem: reflexões, pensamentos, opiniões, pesquisa bibliográfica efectuada, entrevistas, sites visitados, congressos, acções de formação, intervenções realizadas, entre outros, pois será ela que irá comprovar que os objectivos estabelecidos inicialmente foram atingidos, ajudando-me a tomar consciência e a demonstrar as competências adquiridas.

Assim, o objectivo deste relatório é descrever e analisar de forma crítico-reflexiva as actividades realizadas e as competências desenvolvidas ao longo dos vários módulos de estágio, e contextualizá-las no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica definido pela Ordem dos Enfermeiros.

A sua apresentação contempla no primeiro capítulo os conceitos fundamentais para a prática de enfermagem, com o objectivo de clarificar a perspectiva do conteúdo do trabalho efectuado e as respectivas opções metodológicas.

O segundo inclui a apresentação e justificação da escolha dos locais de estágio, descrição fundamentada dos objectivos que se pretendiam atingir e das actividades desenvolvidas em cada módulo, bem como, uma análise crítico-reflexiva das mesmas e dos resultados alcançados. No terceiro capítulo será apresentada a análise integral das múltiplas perícias adquiridas na área da especialidade em enfermagem.

Finalmente no penúltimo capítulo, a conclusão que abrange todo o percurso, nomeadamente a análise crítica dos principais aspectos deste período de aprendizagem e algumas considerações finais.

Por último o quinto capítulo que resume todas as fontes bibliográficas utilizadas, procurando integrar uma literatura actualizada e pertinente.

Na parte pós-textual não poderão ser dispensados os anexos, como suporte do que foi redigido, e os apêndices que embora não sejam decisivos para a sua compreensão podem, no entanto, facilitá-la.

## **1. CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Este é o momento em que procedo à apresentação dos conceitos fundamentais para a prática de enfermagem, com o objectivo de clarificar a perspectiva do conteúdo do trabalho efectuado, ou seja os seus limites teóricos e práticos.

Assim, neste capítulo, pretendo ressaltar conceitos relevantes no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realçando o positivismo de alguns pressupostos da Relação Enfermeiro/Cliente e respectivas conceptualizações de enfermagem, com os principais conceitos major.

O **cuidar**, pedra angular da enfermagem/ profissão, na sua singularidade implica, no mínimo, sempre a intervenção de duas pessoas. Uma que cuida e outra que é cuidada. Do alvo da praxis da enfermagem/disciplina apresenta-se-nos o ser humano em dois contextos complementares: o colectivo e o individual.

Colectivamente pode considerar-se o grupo, e neste, a **Família** que segundo VIEIRA (2007, p. 82) “é um grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas”. Sendo esta responsável por cuidar dos seus elementos doentes poderá manifestar necessidade em ser acompanhada neste processo.

Individualmente pode apreciar-se a **Pessoa**, “...definida como um sistema aberto, delimitado por fronteiras permeáveis face ao ambiente circundante, com o qual mantém trocas de matéria, energia e informação” LOPES (2006, p.22), e que deve ser considerada de forma holística e humanista, já que cada um dos seus aspectos ou partes por si só não têm qualquer sentido.

Desta forma encaremos ainda, o “Homem” paradigmático que “...é a pessoa enquanto totalidade em totalização permanente no espaço-tempo, produtora e gestora das suas actuações para fazer face aos seus problemas de saúde actuais e/ou potenciais, segundo o seu projecto individual” CARVALHO (1996, p. 38).

Desde sempre que o homem estabelece interações sociais com diferentes objectivos, porém nas ciências humanas estes encontros poderão ganhar um valor particular no momento em que se estabelece uma relação com eventual direcção a uma abordagem terapêutica.

Partindo deste pressuposto e de acordo com LOPES (2006, p. 93), os **cuidados de enfermagem** podem ser entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra com capacidades para lha oferecer. Estes subentendem o processo de enfermagem que não pode subsistir sem a avaliação diagnóstica que deve ser reconhecida por ambos os intervenientes no processo. Na tentativa de reforçar este pensamento tomei como exemplo Florence Nightingale que já expunha a abordagem da enfermagem com enfoque na relação enfermeiro e doente-ambiente, na qual considerava as interações verbais e não verbais (PFETTSCHER, 2004, p. 79).

Assim sendo, e considerando a enfermagem uma profissão em que as pessoas prestam cuidados a outras pessoas, é importante a qualidade do relacionamento interpessoal entre o

enfermeiro e o beneficiário dos cuidados de enfermagem realizado intencionalmente, não podendo ser pensado separando as relações estabelecidas entre estes intervenientes e o acto de cuidar.

Este procedimento implica um contexto terapêutico, no qual a confidencialidade, o profundo respeito, a presença autêntica, a sincera preocupação e aceitação face às diferenças do outro terão de ser considerados. Devendo, para isso, o enfermeiro ser cordial e positivo, ajudando a pessoa na gestão dos seus sentimentos e na gestão da informação necessária, no sentido de recuperar e promover a sua saúde. A este respeito, também CHALIFOUR (2009, p.42) concorda que a atmosfera na qual se desenvolve o encontro terapêutico deve “criar as condições segundo as quais o cliente se sentirá em segurança e acolhido sobre os planos físico e afectivo.”

A relação enfermeiro/cliente é, por assim dizer, o desígnio de base da intervenção terapêutica que este profissional promove utilizando, como considerou Orem, determinadas capacidades para actuar dentro de uma estrutura interpessoal, cuidar das pessoas nessas relações e satisfazer as suas necessidades de auto-cuidado terapêutico (TAYLOR, 2004, p. 216).

Pode então ser reconhecida, neste tipo de interacção, a importância do auto-conhecimento de modo a podermos identificar facilmente os nossos próprios sentimentos e, deste modo, melhor captarmos e incorporarmos a mensagem do outro. Porém, serão as qualidades de autoconfiança e de auto-estima, que irão permitir o desenvolvimento de atitudes de compreensão empática, de respeito, de esperança e de escuta, necessárias ao estabelecimento de uma aliança terapêutica (PHANEUF, 2005, p. 163-181).

E tal como defende LOPES, (1999) será determinante a orientação dos cuidados pelo Paradigma da Transformação, onde a enfermeira coloca ao dispor da pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que esta escolher, desta forma “é reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram da única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde”( p. 45).

"Ajudar" pode ser considerado como o conceito-chave da enfermagem. Para a sua concretização o enfermeiro necessita de, na opinião de LAZURE (1994, p.13), acreditar que o cliente é o único detentor dos recursos básicos para resolver o seu problema. Neste aspecto, o papel do enfermeiro é oferecer, sem os impor, os meios complementares que permitam à pessoa descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar.

A relação terapêutica estabelece-se, essencialmente, através da comunicação terapêutica. É este recurso, que o enfermeiro deve pôr à disposição do cliente, facilitando que este possa satisfazer as suas necessidades fundamentais e, ainda, melhor entender a sua própria realidade, as suas emoções, os seus valores, bem como os seus limites e as suas capacidades.

## **2. ANÁLISE REFLEXIVA DO MEU PERCURSO**

Esta etapa do Relatório constitui-se de uma análise e reflexão, não só sobre o caminho percorrido neste Curso de Mestrado em Enfermagem, mas também sobre a minha trajetória de vida profissional e as experiências conseguidas, que se traduzem no meu próprio processo de mudança e desenvolvimento como pessoa e como enfermeira.

Esta tomada de consciência determina o crescimento de novas potencialidades, pois reflectir sobre o passado permite potenciar no indivíduo a forma como prossegue no futuro. Na tentativa de reforçar esta ideia considero o que referiu MATIAS (2007, p.39), onde afirma que “A certificação de competências não deve incidir só no que se fez, nem naquilo que se sabe fazer, mas também no potencial que se tem para aprender mais”.

Nesta etapa é ainda indispensável a descrição do meio natural onde decorreram os diferentes módulos, tendo este um papel importante pois contribui para aumentar as oportunidades de intervenção nas áreas a desenvolver, uma vez que “O desenvolvimento da pessoa é possível desde que beneficie de um ambiente humano e físico apropriado” CHALIFOUR (2008, p. 49).

### **2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO**

#### **2.1.1. Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização**

Assiste-se actualmente a um fenómeno global, onde se verifica uma esperança de vida mais elevada, mas em que viver mais anos apenas significa, por vezes, viver mais tempo com vulnerabilidade. Este facto proporcionou um acréscimo do número de pessoas idosas com doenças crónicas associadas e, conseqüentemente, conduziu a uma perda de autonomia devido a patologias incapacitantes (SEQUEIRA, 2010, p.3), o que se pode reflectir ao nível da saúde mental das pessoas.

Verifica-se, também, que existe um elevado grau de cronicidade na população actual, apresentando estas pessoas internamentos sucessivos e implicando por vezes dependências variáveis nas actividades de vida, as quais muitas vezes são permanentes.

Estes elevados graus de dependência e de cronicidade, uma vez instalados fazem com que existam inúmeras situações de abandono da terapêutica e de apoio insuficiente no domicílio. Neste contexto a participação da família no processo de cuidados apresenta-se como uma estratégia a desenvolver, no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência às pessoas doentes até à sua recuperação máxima.

Se nos referirmos à doença mental crónica reportamo-nos a um padrão comportamental no indivíduo que causa sofrimento e incapacidade e onde, ainda, de acordo com LOUREIRO (2009), são mantidos “os mitos e estereótipos que acarretam prejuízos para os doentes” (p. 121), que aumentam a sua angústia e fazem com que os mesmos percam, por vezes, a sua cidadania.

Assim, e de um modo geral, podemos considerar a doença mental como um problema crescente, explicada por causas psicossociais, embora para o seu desenvolvimento não se possam descurar os factores biológicos e os genéticos.

Nos últimos anos, tem-se observado um acréscimo da urbanização, bem como da pobreza, associada ao desemprego propiciando condições de vida miseráveis, a instabilidade social, as limitadas oportunidades educacionais, as condições de trabalho stressantes, que têm permitido um risco maior de perturbação mental (OMS, 2001, p. 43-44).

Pode dizer-se, com base nas respostas humanas, que as pessoas ao longo da sua vida desenvolvem um conjunto de estratégias que lhes permitem fazer face às exigências da vida. Porém, poderão surgir situações em que os recursos não são suficientes para ultrapassar a amargura vivida, tendo em conta a situação stressante, sendo que estes episódios são as vivências mais significativas que colocam em risco a adaptação do indivíduo ao mundo e consigo próprio.

É reconhecida publicamente a necessidade de expansão da rede de saúde, no que ao apoio a estas pessoas diz respeito, mas até lá o internamento hospitalar, em situação de crise, surge como a resposta essencial, com a finalidade de restauração do equilíbrio e da resolução da problemática.

Neste encadeamento pode ser considerado o Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Barreiro, mais propriamente o Internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (**Apêndice I**) como uma estrutura de resposta às situações mencionadas, tendo sido eleito para realização deste Módulo, considerando os requisitos exigidos pela UCP e o meu conhecimento relativo a esta unidade de saúde, onde exerço funções há cerca de 15 anos.

No serviço de internamento deste Departamento recebemos clientes com patologias mentais variadas, embora em todas estas pessoas se destaque um factor comum: a sua necessidade de cuidados psicoterapêuticos e psicofarmacológicos.

Na óptica da equipa de enfermagem, que aqui presta assistência, Cuidar significa desenvolver um processo, que visa a autonomia máxima dos clientes na produção e autogestão das suas respostas humanas, com a finalidade de otimizar a concretização do seu potencial de saúde<sup>1</sup>. Importa referir, no que diz respeito ao grau de satisfação, que nesta estrutura hospitalar, este se estabelece não só pela qualidade dos cuidados prestados, mas também pela relação que os serviços estabelecem com o cliente/família.

Nesta perspectiva, não será difícil perceber que, a concepção de cuidados de enfermagem de qualidade implica que se desenvolvam conhecimentos, considerando uma prática baseada na evidência relativamente às necessidades humanas e de saúde, reconhecendo-se cada pessoa como um ser individual nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

---

<sup>1</sup> Baseado na referência electrónica: <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos> e no meu conhecimento relativo à equipa de enfermagem..

### **2.1.2. Competências Creditadas**

Este Modulo, creditado pela UCP, está focalizado para o desenvolvimento de competências que permitem uma assistência de enfermagem especializada em unidades de intervenção na crise do adulto, o que implica saber ajudar a pessoa a (re)adquirir mecanismos que lhe permitam adaptar-se à situação em curso, reorganizar e manter o seu procedimento mental. Assim, na descrição das competências adquiridas, já aceites pela UCP, e que agora pretendo apresentar permito-me afirmar que este serviço facultou-me, ao longo destes 15 anos, um amplo conhecimento acerca do papel do enfermeiro no cuidar do cliente que apresenta alterações da sua saúde mental. Permitiu-me, também, perceber que o enfermeiro deve ser capaz de compreender o sofrimento mental da pessoa, entender os efeitos nas suas atitudes e ter habilidades para intervir numa perspectiva de ajuda. Para tal é, ainda, necessário conceber que a doença mental e os cuidados de enfermagem dispensados a estas pessoas requerem uma prática fundamentada na ética e na humanização.

Esta experiencia profissional levou-me a rever as minhas atribuições como profissional, adaptar-me ao cuidado terapêutico, usando a comunicação e o relacionamento interpessoal para progredir nas minhas intervenções. Como referiu Chalifour (2009) no prefácio de sua obra “É difícil imaginar uma intervenção em contexto profissional sem a preocupação de criar uma relação de confiança e de colaboração com o cliente, sem manifestar interesse e consideração relativamente a este, sem se deixar tocar e sentir interpelado pelo que lhe está acontecer, e sem estar motivado para o compreender e ajudar.”

Com o decorrer do tempo aprendi também e aceitei a ideia de que “O principal instrumento de auxílio que a enfermeira psiquiátrica pode utilizar na prática é a si própria” STUART (2002, p.11-12), e neste aspecto humildemente acrescentar, como se de uma intervenção terapêutica por excelência se tratasse.

Pude, ainda, perceber que os aspectos comunicacionais são cruciais, e não se findam na banalidade de uma troca de palavras, valorizando o que referiram NEVES & PACHECO (2004, p. 70), que “A comunicação em enfermagem é um processo de interacção que consiste em fazer circular ou transmitir informações, um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do doente, antes do acto de comunicação. Inclui o estabelecimento de relações baseado nas suas percepções recíprocas”. E que, por vezes, é tão fácil: “Basta estar atento e escutá-los. Basta estarmos atentos e escutarmo-nos”, LOPES (2006, p. 18).

Claro que foi necessário aprender a entrevistar, reconhecendo a importância da supervisão clínica neste processo, a identificar os processos mentais interligados com a doença física, a avaliar o funcionamento mental e capacidades cognitivas destas pessoas, a ter em conta a comorbilidade, a decidir e formular rapidamente uma avaliação diagnóstica, e a planear e executar intervenções terapêuticas.

Relativamente à entrevista fui compreendendo que a sua função é, essencialmente, orientada para a descoberta do problema do cliente, dos acontecimentos que contribuíram para a condição de crise e dos factores que dificultaram a capacidade do cliente para a resolver, e aprender a entrevistar é basicamente aprender a ajudar o doente a contar-nos a sua história e a tirar proveito disso. Concordando com BENJAMIN (1993, p. 14) quando refere que o objectivo é habilitar o entrevistado a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar. Também apreendi que esta prática dos cuidados que se desenvolve em ambiente terapêutico adquiriu uma nova dimensão, onde as intervenções passaram a ser desenvolvidas conjuntamente com a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (LOPES, 1999, p. 40). E ainda que primeiros momentos da entrevista inicial devem permitir entrar em relação com o cliente e criar um laço de confiança com ele. Para isso é importante proporcionar-lhe um apoio afectivo, acolher a pessoa num local onde a confidencialidade é assegurada e se poderá exprimir livremente, (CHALIFOUR, 2009, p. 198).

Ainda relativamente às competências adquiridas na área da entrevista clínica em enfermagem psiquiátrica, estas envolveram a aquisição de capacidades para recolher informações, em entrevistas não estruturadas, sendo que a flexibilidade, deste tipo de entrevista, e o seu carácter espontâneo fazem dela um instrumento privilegiado para qualquer intervenção com recurso ao relacionamento interpessoal.

Todavia, foi fundamental perceber que a apreciação diagnóstica de enfermagem está sempre presente ao longo do processo de cuidados, e estas habilidades de avaliação quando centradas no estado mental permitem um registo objectivo dos sintomas psiquiátricos e respectivos comportamentos, que facilitam a compreensão do curso da doença, permitem o planeamento adequado de intervenções e a análise dos resultados obtidos.

Neste processo pode ser enaltecida a componente diagnóstica intuitiva, utilizada pela enfermeira perita, permitida pela minha experiência profissional. De facto a experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (1984), pois é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado, ou invés de “ ter em conta um grande número de considerações inúteis” (BENNER, 2005, p. 31).

Também nas minhas intervenções, as quais envolvem as relações interpessoais com os clientes e familiares, as vivências neste serviço permitiram um agir que se enquadra no que referiu BENNER (2005, p. 57) relativamente à enfermeira perita, que procede como um mediador psicológico e cultural, utilizando a intuição, com finalidade de satisfazer uma necessidade de ajuda.

Ao longo da permanência neste serviço apurei que a convivência com uma pessoa que apresenta alterações da sua saúde mental pode gerar conflitos no ambiente familiar. Geralmente estão presentes sentimentos como o medo, a vergonha, a impotência, no dia-a-dia das famílias, podendo dificultar as relações e conseqüentemente a reabilitação destas pessoas, sendo esta uma das áreas onde os enfermeiros precisam de desenvolver

competências, considerando as necessidades da família de informação e educação como um pilar importante na manutenção do cliente na comunidade.

Nesta perspectiva, considerei os aspectos informativos não só direccionados à família mas igualmente ao cliente, enquanto agente de educação, e verifiquei que assumem a finalidade, como refere GASPAR [et al] (2007, p. 1) de “possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagens dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento”.

Nesta linha de pensamento posso ainda considerar que expõe BENNER (2005, p. 92), sobre as enfermeiras especializadas que para além das informações “oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente”.

O auto-conhecimento adquirido ao longo destes anos possibilitou-me actuar adequadamente em situações imprevistas, monitorizar as minhas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais para melhorar a relação terapêutica.

Para obter resultados mais significativos ao nível da saúde mental destas pessoas, aprendi a valorizar que é imprescindível desenvolver um olhar crítico de enfermagem para apreender as suas reais necessidades.

Na tentativa de perceber esta situação é importante considerar o que escreve Goldman (1991), quando afirma que o raciocínio clínico se baseia em diversos aspectos complementares, tais como a experiência e a aprendizagem que facultam interpretações da evidência interligadas com a reprodutibilidade e com a intuição (LEAL, 2008, p. 62).

Por último, convém mencionar a mobilização de conhecimentos que me foi permitida pelo curso de Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental – Opção Adição e Reabilitação Psicossocial, efectuado no decorrer desta experiência profissional.

Na sequência desta formação pós graduada foram aprofundados saberes relativos, tendo em conta as minhas necessidades formativas nas referidas áreas, entre outros, ao entendimento do aconselhamento como processo de ajuda, ao desenvolvimento da tomada de decisão ética, à aplicação de técnicas expressivas e técnicas terapêuticas individuais e de grupo e às temáticas de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental crónica (**Anexo I**).

Finalmente posso afirmar que o presente módulo muito contribuiu para o desenvolvimento de estratégias de intervenção específicas e adaptadas aos outros contextos de estágio, realizados neste período académico, considerando as competências de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica.

## **2.2. MÓDULO III – ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO EM ONCOLOGIA**

### **2.2.1. Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização**

A Saúde Mental e a Psiquiatria em Portugal encontram-se numa fase de grandes mudanças. A ameaça do encerramento das grandes instituições psiquiátricas e a criação de mais internamentos nos hospitais gerais poderia justificar só por si a criação de Serviços de Psiquiatria de Ligação nestes hospitais.

Partindo do que afirma CARVALHO (2010, p.39), nos últimos tempos tem-se verificado um aumento crescente de situações patológicas orgânicas, com implicações no comportamento mental dos indivíduos, reflectidas, por exemplo, nas síndromes depressivas, perturbações afectivas, ansiedade, quadros de alcoolismo, isolamento social e ainda o avolumar de situações gerontopsiquiátricas. Por outro lado, também, os acidentes e doenças crónicas com um conseqüente aumento da incapacidade e invalidez permanente contribuem para o aparecimento de situações de grande stress, depressão e ansiedade. Todas estas situações devem ser alvo de um olhar diferente por parte dos técnicos de saúde mental e psiquiatria, numa atitude crítica, compreensiva e reflexiva e, ao mesmo tempo, numa atitude de promoção da saúde.

Assim e comprovada que está a existência da cormobilidade psiquiátrica nos hospitais gerais, e dada a dimensão do problema, torna-se importante que estes fomentem a criação de serviços de Psiquiatria Conciliar e de Ligação para, em colaboração com os técnicos dos outros serviços, desenvolver várias intervenções que objectivem o máximo potencial de saúde para a pessoa.

Outro aspecto a considerar, não menos importante, é a minha grande motivação, para desenvolver uma prática desta natureza. Há 15 anos que desenvolvo a minha actividade profissional como enfermeira na área de saúde mental e psiquiatria, em serviços de internamento, sendo frequente, através do contacto com colegas de outras áreas e dos seus pedidos de ajuda informais, perceber o quanto lhes é difícil lidar com alterações emocionais dos clientes a quem prestam cuidados ou mesmo lidar com a doença psíquica.

Assim, além da ajuda que possa dar na prestação de cuidados directos aos doentes utilizadores do serviço onde pretendo efectuar este módulo, referenciados pelos enfermeiros através de um Pedido de Parecer de Enfermagem de Consultadoria e Ligação, afectos de problemas psíquicos ou emocionais como consequência da doença orgânica e/ou do tratamento e/ou do relacionamento com os técnicos, objectivo ainda, desmistificar um pouco a doença psiquiátrica através de formação e informação aos enfermeiros, ajudando-os a reconhecer as suas capacidades, para ultrapassar as dificuldades inerentes às ditas alterações emocionais ou problemas psíquicos apresentados pelos doentes.

Este será o início de um grande trabalho a realizar posteriormente com alguns colegas do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, no qual exerço funções, que partilham as mesmas

perspectivas relativamente a esta prática, e que tem o objectivo de implementar o Núcleo de Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação visando o fundamento científico da sua justificação.

O local seleccionado para este módulo foi Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Barreiro, mais propriamente no Internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental em ligação com o Serviço de Oncologia – Ambulatório, cuja caracterização apresento em apêndice incluindo a descrição do contexto relacional no serviço de oncologia (**Apêndice I**).

Para caracterizar o contexto relacional, será útil referir que o primeiro contacto com o doente, no serviço de oncologia, é realizado por umas das 5 secretárias do serviço. Estas são responsáveis por marcações de exames complementares de diagnóstico, confirmação das consultas marcadas pelos médicos, transportes para outros hospitais e para os domicílios dos doentes, entre outros.

O doente chega a este serviço referenciado pelo médico de família, ou outro. Será então efectuada uma consulta médica na qual é definido o tratamento a efectuar, que pode não incluir quimioterapia.

Posteriormente dirige-se á enfermeira para realizar tratamento prescrito pelo médico. Quando chega á enfermeira traz muitas dúvidas e medos. Assim, a enfermeira realiza a primeira entrevista na qual esclarece algumas dúvidas e dá informações relacionadas com o tratamento de quimioterapia. Esta interacção decorre no corredor ou na sala de quimioterapia, onde estão presentes outras pessoas.

Estando a sala de tratamentos de quimioterapia em pleno funcionamento, encontram-se na sala 8 doentes, 2 a 3 enfermeiras e 1 auxiliar.

Durante o tratamento as interacções estabelecidas são várias, quer entre os doentes, quer entre as enfermeiras e ainda entre os doentes e as enfermeiras. Na interacção enfermeiro doente observam-se diferentes relações, sendo que algumas demonstram maior proximidade. Relativamente aos doentes, estes apresentam relações preferenciais com certas enfermeiras. As interacções realizam-se, quer a nível grupal quer individual, mas ambas em contexto público. Por vezes notam-se algumas conversas entre a enfermeira e o doente de carácter mais privado, em tom de voz baixa e exigindo maior aproximação física, podendo estas ter alguma finalidade terapêutica. Todavia é posta em causa a globalidade dos cuidados, pois este tipo de doentes exige um elevado grau de atenção, rigor técnico e cuidados individualizados. Apesar da enfermeira, ao dirigir-se a outro doente, alterar o seu registo de interacção, não consegue atingir o grau de disponibilidade e privacidade exigida, pois a sua atenção tem de ser distribuída pelos 8 doentes que estão na sala.

As intervenções grupais exigem da enfermeira um grande conhecimento do grupo para que a mensagem tenha o impacto desejado junto dos seus elementos. Também se nota uma grande atenção da parte da enfermeira relativamente às interacções que recorrem entre os doentes, pois por vezes estas exigem a sua intervenção no sentido de esclarecer algumas ideias mal formadas. A interacção com o médico nesta sala é muito rara, ocorre apenas por solicitação da parte da enfermeira, e nota-se alguma inibição dos doentes perante os médicos.

### **2.2.2. Descrição e Análise dos Objectivos e das Actividades Desenvolvidos**

O Modulo III foi direccionado para o desenvolvimento de competências como Enfermeiro de Consultadoria e Ligação. Isto significa ter que adquirir aptidões para sustentar o relacionamento terapêutico na tríade Enfermeiro Consultante/Doente/Enfermeiro Consultor. Assim foram propostos os seguintes objectivos:

#### **Objectivo Geral:**

**Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente, no serviço de oncologia – ambulatório de um hospital geral, afecto de alterações emocionais resultantes da doença e/ou do tratamento, e/ou do relacionamento com os técnicos, com base numa perspectiva de Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação.**

A prática de Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação permite facilitar a relação entre o doente e a família, a doença, os consultantes e o internamento, sendo que “O trabalho de consultadoria é concebido como o apoio dado por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor) a outro enfermeiro (como consultante), responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultantes do actual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença” LOPES E VIEGAS (1997, p. 36).

De salientar, segundo CARVALHO (2010, p 39), que na prática da Enfermagem de Consultadoria e Ligação duas situações são possíveis: a prestação de cuidados directos e a prestação de cuidados indirectos. Na primeira hipótese, a situação não é clara e o enfermeiro consultor deve intervir directamente com o doente, no sentido de esclarecer a situação e definir as intervenções necessárias. Nesta situação as intervenções implicam a avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação final. No segundo caso, a situação é clara para consultor e consultante e, como tal, a resposta ao pedido de parecer pode passar apenas pela avaliação e orientação da situação, em que o consultor fornece orientações e sugestões ao consultante no sentido de alterar comportamentos ou atitudes próprias com intenção de alterar o comportamento do doente, ou seja melhorar a relação terapêutica.

O presente objectivo foi atingido na medida em que todos os objectivos específicos planeados foram conseguidos. Porém, para que fosse exequível houve necessidade de efectuar pequenas adaptações na prática da Enfermagem de Consultadoria e Ligação, fundamentadas através de pesquisa bibliográfica, que contribuiu também para consolidar os meus conhecimentos e melhor estruturar as minhas intervenções (**Apêndice II**).

### **1º Objectivo Especifico:**

**Integrar a equipa prestadora de cuidados do serviço de oncologia – ambulatório, do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Hospital Nª Srªdo Rosário – Barreiro, como enfermeiro consultor de saúde mental e psiquiatria.**

Não foi difícil integrar-me nesta equipa, participando numa fase inicial nas reuniões de passagem de turno com um carácter mais passivo, mas também de diagnóstico da situação, de modo a perceber as necessidades destas enfermeiras em cuidar de pessoas com alterações emocionais ou mesmo com alterações da sua saúde mental.

Numa segunda fase, com um maior contributo da minha parte, partilhei informações sobre os aspectos interligados com a saúde mental dos doentes que estava a acompanhar, intervenções a realizar e resultados alcançados. Foi possível, deste modo, considerando por vezes a necessidade de um planeamento de cuidados em conjunto com as enfermeiras e outros profissionais, estabelecer uma forma de intervenção que proporcionou apoio aos enfermeiros e, assim, indirectamente aos clientes.

Por considerar que o conhecimento das opiniões, da sensibilidade, da disponibilidade e da atitude de quem, enquanto enfermeira chefe, tem a responsabilidade da organização do serviço e da qualidade dos cuidados prestados, ponderei ser de grande utilidade nesta etapa, promover um momento formal de entrevista com a Enfª C., enquanto enfermeira chefe deste serviço **(Apêndice III)**.

No decorrer deste estágio optei por manifestar e fazer sentir que as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, poderiam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, facilitando a relação de inter-ajuda e proporcionando momentos de partilha de dificuldades e sentimentos.

Certas situações exigiram um grande envolvimento e esforço no sentido de dar resposta às necessidades sentidas pelas enfermeiras. Desta forma, além da bibliografia utilizada para fundamentar as diferentes etapas do estágio, foi necessário pesquisar, aprofundar e explorar outras fontes documentais que orientassem a minha intervenção enquanto enfermeira de consultoria e ligação, nomeadamente sobre os aspectos orgânicos mais frequentes nos casos que ia acompanhando, bem como quando as colegas me solicitavam informações sobre temas que não tinham directamente a ver com saúde mental ou psiquiatria, considerando-me um pólo de conhecimento ou informações mais actualizadas. Este aspecto foi de grande importância para o desenvolvimento das minhas competências. Apesar de conhecimento não significar competência, neste contexto esses dois aspectos mostraram ter uma ligação muito forte.

É, também, importante salientar que sempre estabeleci relações harmoniosas, considerando a necessidade de articulação com outros técnicos do serviço e porque as relações por mim estabelecidas poderiam, de alguma forma, servir de modelo ao relacionamento que estes profissionais estabelecessem com os doentes.

Inicialmente apliquei um questionário para avaliar qual o entendimento dos enfermeiros sobre a Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação, como percebem a existência de alterações emocionais nos doentes oncológicos e quais as suas necessidades de formação na área da enfermagem saúde mental e psiquiátrica (**Apêndice IV**). A maioria dos enfermeiros referiram entender as alterações emocionais nos clientes aos quais prestam cuidados, porém as suas dificuldades centram-se na dificuldade em aceitarem as suas verdadeiras necessidades e na incapacidade de manter um relacionamento terapêutico com os que intitulam de “mais difíceis”. De um modo geral todos afirmaram conhecer o modelo de Psiquiatria de Ligação, mas ter escassos conhecimentos sobre a Enfermagem de Consultadoria e Ligação.

Na apresentação do projecto à equipa de enfermagem foram esclarecidos os objectivos, dadas a conhecer as intervenções a realizar e a forma de avaliação das mesmas. Foram ainda transmitidas noções gerais sobre Psiquiatria Consiliar e de Ligação e concepções mais aprofundadas da Enfermagem de Consultadoria e Ligação (**Apêndice V**). Mas também solicitada a colaboração dos presentes, que se mostraram disponíveis pois reconheceram desde o início a necessidade das minhas intervenções junto dos doentes aos quais prestam cuidados.

Integrar a dinâmica do serviço, numa perspectiva de enfermeiro consultor implicou também planear e apresentar à equipa sessões de formação de acordo com as necessidades apresentadas.

Neste contexto, houve a necessidade de organizar algumas ideias pelo que recorri à pesquisa bibliográfica (**Apêndice VI**), a qual me permitiu a realização da acção de formação “Entrevista Clínica em Enfermagem”, com um nível de conteúdo mais exigente (**Apêndice VII**).

Dado que a ligação da psiquiatria com os outros serviços de internamento vem sendo feita, neste centro hospitalar, desde 1991, tornou-se indispensável informar a Psiquiatra responsável por esse trabalho, no sentido de solicitar a sua colaboração e também de obter alguns dados importantes (**Anexo II**).

Particpei também em reuniões multidisciplinares, numa das quais tive oportunidade de dar a conhecer o meu projecto à equipa, em reuniões da equipa de enfermagem, numa reunião da equipa de senologia e tive oportunidade de consultar o manual de boas práticas, o plano de formação, bem como os registos da formação realizada.

Várias vezes participei no grupo de apoio para mulheres com neoplasia da mama, o que me permitiu verificar como estes grupos proporcionam a partilha de sentimentos e necessidades, e fazem emergir algumas soluções para as dificuldades apresentadas pelos intervenientes. Para além de funcionarem como um espaço educativo e interactivo, permitem ainda prestar cuidados, utilizando um aspecto fundamental da enfermagem – a comunicação.

## **2º Objectivo Especifico:**

**Efectuar avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com o doente oncológico afecto de alterações emocionais resultantes da doença e/ou do tratamento, referenciado pelo enfermeiro consultante.**

Nesta etapa, após consolidar em que consiste a ECL, não existem dúvidas de que será uma mais-valia para um serviço de oncologia, entre outros, pois tal como refere LOPES (2006, p. 37), a área oncológica é uma das que “mais desafios coloca aos prestadores de cuidados”.

O estigma associado a esta doença, a dificuldade em aceitar que os objectivos terapêuticos possam não ser a cura, as dificuldades associadas à administração de citostáticos, o viver com a cronicidade e o enfrentar a morte, leva a uma luta permanente na qual está envolvida a relação Enfermeiro-Doente (LOPES, 2006, p. 38).

As características da relação entre enfermeiro/doente dependem não só das particularidades dos intervenientes, como do contexto em que se desenvolve a interacção. Na tentativa de reforçar esta ideia considero o que referiu LOPES (2006), citando Meleis (1991, 1997), que as características de um doente psiquiátrico são obrigatoriamente diferentes das de um doente a quem foi diagnosticado uma neoplasia. Todavia “As razões para estas diferenças são muito diversas a começar pelas características da representação da doença e a acabar no contexto” LOPES (2006, p. 46/47), este conjunto de diferenças é suficiente para introduzir características específicas no processo relacional.

Algumas enfermeiras do serviço reforçaram que normalmente as pessoas vêm ansiosas, apesar de saberem que vêm fazer tratamentos de quimioterapia, instalam-se sempre muitas dúvidas, e, quando confrontadas com a realidade, ficam muito tristes e a ansiedade é notória.

Desta forma, não dirigindo o meu olhar apenas para os casos que segui, tirando alguns casos mais simples, em todas as situações mais complexas associadas a um maior grau de gravidade, todos os doentes se apresentavam mais apreensivos, não digo à partida deprimidos sem confirmar, mas mais tristes e menos comunicativos.

Em Psiquiatria de Ligação a comunicação entre técnicos é feita através de pedidos de parecer e das respostas dadas a esses mesmos pedidos.

Segundo Alexander & Block (2002) na elaboração de um parecer psiquiátrico o técnico do serviço de psiquiatria de ligação deve responder a oito questões fundamentais:

- “ - *Quem é o paciente?*
- *Porque foi solicitado um parecer psiquiátrico para esse paciente?*
- *O que encontramos ao examiná-lo?*
- *Como é a família do paciente e seus outros suportes?*
- *O que concluímos a partir do exame?*
- *O que recomendamos para o tratamento?*
- *O que se recomenda no acompanhamento psicossocial?*
- *O que aconteceu depois do parecer?”* (NASCIMENTO [et al] 2006, p. 103)

Estes consideram ainda que este parecer é um registo da história, dos achados do exame e da impressão acerca do paciente, inclui ainda um plano terapêutico, não englobando apenas as

preocupações do paciente mas ainda as questões que englobam o médico assistente e o seu paciente (p.103).

Assim, em analogia, o Parecer de Enfermagem de Consultadoria e Ligação resulta de uma entrevista de colheita de dados que inclui a recolha de informação prévia, no processo clínico e/ou através dos técnicos, da história do doente, do exame objectivo e da avaliação do estado mental. Após a recolha dos dados, deverão ser elaborados diagnósticos de enfermagem com base numa linguagem universal e planeadas as adequadas intervenções terapêuticas de enfermagem. Não dizendo respeito apenas a questões directamente relacionadas ao cliente, mas também a problemas que envolvem a equipa e o relacionamento entre ambos. Para a realização do Parecer de Enfermagem CL, visto na bibliografia consultada não se encontrar qualquer referência a um modelo específico, houve a necessidade de organizar um impresso para esta finalidade (**Apêndice VIII**).

No contexto deste estágio as respostas aos pedidos de parecer tiveram de ser redimensionadas em termos de tempo, e dadas no próprio dia da solicitação considerando que nesse momento o doente se encontrava no serviço, caso contrário só haveria possibilidade de contacto com o mesmo no mínimo após uma semana.

No entanto, defini inicialmente, que as intervenções que exigiam continuidade e assiduidade, seriam apenas realizadas com doentes a realizar tratamentos de quimioterapia semanais ou quinzenais. Esta triagem deveu-se ao facto de a maioria dos casos serem pessoas debilitadas, às quais não era possível exigir que viessem ao serviço fora do dia do tratamento. Contudo, algumas com melhores condições físicas, reconheceram essa necessidade e disponibilizaram-se a vir nas datas marcadas. As situações que não permitiram a minha intervenção, foram encaminhadas para outros profissionais ponderando sempre as respostas mais adequadas às suas necessidades, sem nunca descuidar a opinião dos doentes.

Algumas dos casos apresentados foram alvo de entrevista diagnóstica, por ter sido solicitado um parecer, sem, no entanto, terem continuidade. Num trabalho desta natureza, para que se desenvolvam outro tipo de intervenções implica haver a concordância do doente/ família, já que, caso não aceite, a intervenção termina pela avaliação diagnóstica ou mesmo antes, pela fase da preparação prévia.

É de referir que em todas as situações foram ponderados os aspectos éticos. Assim foram respeitadas as escolhas do doente, considerados os benefícios potenciais das intervenções examinando o seu equilíbrio, os riscos inerentes às intervenções e ao objectivo terapêutico.

No que á família diz respeito, foram valorizados os aspectos da autonomia, liberdade, privacidade de um elemento da família, nunca me distanciando dos aspectos da confidencialidade e do consentimento informado.

Assim, em apêndice (**Apêndice IX**), apresentam-se esquematicamente os casos seguidos, por apresentarem alterações da sua saúde mental que surgiram em comorbilidade como consequência de uma doença orgânica. Apresentam-se também, as respectivas intervenções decorrentes da avaliação inicial, os diagnósticos de enfermagem (CIPE), versão  $\beta^2$ , os resultados obtidos através das avaliações transversais no decorrer da intervenção e,

finalmente, a análise reflexiva da interacção e análise da eficácia terapêutica, tendo por base os resultados das acções de enfermagem enunciadas na CIPE.

Neste período foram realizadas 43 entrevistas, das quais 12 foram de Avaliação Diagnóstica. Dos 12 casos avaliados apenas 8 foram seguidos em sessões com recurso a técnicas psicoterapêuticas. Dos restantes 4, um desistiu dos tratamentos de quimioterapia, 2 não reconheceram a necessidade de acompanhamento e o último caso foi encaminhado, tendo sido solicitada observação pela psiquiatria do Hospital de Faro.

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, deu-se especial atenção aos fenómenos directamente relacionados com a saúde mental. Porém, em algumas situações houve necessidade de elaborar outros, nomeadamente relacionados com a dor ou com o auto-cuidado, uma vez que estes aspectos influenciam directamente a parte emocional e/ou são influenciados por esta, cujo plano de intervenção foi elaborado conjuntamente com as enfermeiras do serviço, com bons resultados.

Verificou-se a prevalência, nos doentes acompanhados, dos seguintes diagnósticos: Humor depressivo, Tristeza, Interação social diminuída, Ansiedade, Bem-estar psicológico alterado, Auto-controle ineficaz e Stress disfuncional. A título de curiosidade, não se apurou em nenhum dos casos a presença de ideação suicida. Confirmada<sup>2</sup> que está a prevalência das perturbações depressivas, ansiedade e stress, atrevo-me a afirmar que foi validada esta informação, uma vez que como forma de complementar a avaliação e monitorização das minhas intervenções foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica e da DASS-21<sup>3</sup> em português.

Em todas as entrevistas de avaliação diagnóstica considerei a utilização do **Guião da Rotina de Avaliação do Estado Mental**<sup>4</sup>, com base no qual elaborei um quadro resumo (**Anexo III**).

Das técnicas terapêuticas utilizadas dei primazia à Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem, estruturada de acordo com a sequência proposta por SEQUEIRA (2006, pp. 156-157) (**Apêndice X**). Todavia, houve situações, principalmente com os familiares, em que recorri à Técnica da Escuta Activa, por parecer ser a que mais se adequava às suas necessidades.

Com os doentes foi ainda utilizada a acção de Disponibilizar Presença, nas situações em que se verificava, ansiedade marcada, por exemplo, na realização do primeiro ciclo de quimioterapia, no conhecimento de uma má notícia e em situações de grande desgaste associadas às vivências da doença oncológica, Numa destas situações apliquei ainda a Técnica de relaxamento progressivo de Bernstein e Borkovec de acordo com o **Guião (Anexo IV)**, conforme PAYNE (2003, p. 45).

Uma das habilidades para quem pretende desenvolver a Relação de Ajuda é a observação, mas a capacidade de ajudar depende de todo um conjunto de competências comunicacionais, daí que tenha sido realizada pesquisa bibliográfica nas referidas áreas (**Apêndice XI e XII**).

---

<sup>2</sup> Através dos estudos consultados para a fundamentação teórica, e a partir das avaliações já realizadas.

<sup>3</sup> *Depression, Anxiety and Stress Scale*, traduzida e validada para Portugal, por João Luís Alves Apóstolo, Aida Cruz Mendes, Zaida Aguiar Azeredo, a autorizada a sua utilização via e-mail.

<sup>4</sup> Baseado em ZUARDI & LOUREIRO (1996) – *Semiologia Psiquiátrica* (pp.47-52); em BAKER (2001) – *Exame psiquiátrico do estado mental* (pp. 25-66); e em CORDIOLI, ZIMMERMANN, & KESSLERM (2007) - *Rotina de Avaliação do Estado Mental*.

As Técnicas de Comunicação não verbal foram utilizadas de acordo com a situação, como estratégia de interacção, considerando os seguintes **indicadores**: silêncio, encorajamento a prosseguir, contacto visual, gesto, mímica, toque e postura corporal.

As Técnicas de Comunicação verbal foram utilizadas como forma de favorecer o diálogo e a partilha tendo em conta os seguintes **indicadores**: tom de voz, síntese, questões, *feed-back*, confrontação, reformulação, informação, conselho, clarificação, confrontação.

Na Técnica de disponibilizar presença os **indicadores** foram os seguintes: transmitir confiança, serenidade, disponibilidade e atenção positiva; demonstrar uma atitude de aceitação e de compreensão empática; ouvir as preocupações do doente, está fisicamente disponível para ajudar; proporcionar espaço adequado, tocar o doente exprimido interesse; proporcionar uma segurança optimista e ao mesmo tempo realista.

Em relação à Técnica de Escuta Activa ponderei os seguintes **indicadores**: realizar escuta atenta, orientada para o problema, focalizar-se completamente na interacção; suprimir preconceitos, influencias, suposições, preocupações pessoais e distrações; identificar os temas predominantes do discurso; ajudar a pessoa a identificar situações geradoras de stress; reflectir compreensão da mensagem no decorrer da interacção.

Importa, ainda, referir que em nenhuma das intervenções foi utilizado um número pré-definido de sessões, sendo estas definidas em função das necessidades e capacidades da pessoa acompanhada. Porém, é de salientar, que todas as entrevistas foram alvo de uma escuta e um olhar muito atento, permitindo uma observação compreensiva do estado do doente/ família, quer na entrevista inicial quer na avaliação final.

Relativamente ao local onde decorreram as entrevistas, não me foi disponibilizado um gabinete destinado às minhas intervenções, pois estes eram em número reduzido para os profissionais, sendo que a maior parte eram destinados aos médicos, pelo que utilizei algumas vezes os gabinetes médicos e a sala de reuniões, quando disponíveis, adequando a colocação das cadeiras e respeitando o espaço exigido (que permite a gestão do espaço interpessoal e dos comportamentos espaciais possibilitando uma comunicação eficaz, sem, no entanto, invadir o espaço de conforto). As intervenções foram sempre realizadas com a privacidade necessária, tendo sido sempre dada a hipótese ao doente de se sentar onde quisesse, colocando-me eu numa posição favorecedora da observação e de disponibilidade total de escuta. Quando a condição física da pessoa o não permitia, as entrevistas realizaram-se junto á cama ou cadeirão onde estava a realizar-se a quimioterapia.

A utilização de entrevista não directiva, permitiu de um modo geral, às pessoas cuidadas a oportunidade de elas próprias identificarem o seu problema e de, muitas vezes, encontrarem a solução adequada.

Para a avaliação das minhas entrevista utilizei a **Grelha de Avaliação de Entrevista da Universidade de Évora**, que muito contribuiu para a melhoria das minhas competências como entrevistadora (**Anexo V**).

Tal como programado inicialmente, foram realizadas algumas reuniões com a Supervisora Clínica que é também a Enfermeira Chefe do serviço de psiquiatria. Além dos vários encontros

pontuais que ia tendo com ela, para lhe fazer um ponto da situação das minhas intervenções e discutir os casos em seguimento, face ao apresentado foi-me sugerido que numa segunda fase esta estivesse presente em algumas das entrevistas, o que permitiu que aperfeiçoasse alguns aspectos nomeadamente o respeitar os silêncios e a utilização de perguntas abertas.

Particpei em vários momentos formativos entre os quais destaco o **XXVIII Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática (Anexo VI)** no qual tive a oportunidade de apresentar uma comunicação sobre a forma de poster - **“Enfermagem de Consultadoria e Ligação: Competências do Enfermeiro Consultor” (Apêndice XIII)** como forma dar a conhecer o trabalho realizado e contribuir para a proliferação de conhecimento.

Elaborei ainda um estudo de caso, dos casos que segui, o que pareceu mais interessante, por ser um dos mais difíceis na opinião dos enfermeiros da oncologia, existindo deste modo maior dificuldade no estabelecimento do relacionamento terapêutico. Mas ainda considerando os resultados das minhas intervenções relativamente ao progresso do relacionamento terapêutico entre enfermeiro consultante-doente, e a importância que as mesmas assumiram tendo em conta as capacidades adquiridas pela cliente para lidar de forma positiva com as adversidades sentidas. Este estudo de caso foi publicado no livro das actas do II Congresso Internacional da SPESM – Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental, com o seguinte ISBN: 978-989-96144-2-0, pp. 396-404 **(Apêndice XIV)**. Foi ainda apresentado um poster deste trabalho **(Apêndice XV)**, **(Anexo VII)**.

Neste evento apresentei também 2 comunicações sobre a forma de poster, “Entrevista Clínica em Enfermagem Psiquiátrica” **(Apêndice XVI)**, **(Anexo VIII)** e “ A Relação de Ajuda e o Envelhecimento Activo: (Re) Construir um novo Caminho” **(Apêndice XVII)**, **(Anexo IX)**, em co-autoria.

Por ultimo criei um blogue sobre - “Relacionamento Terapêutico” com a finalidade de expor artigos e assuntos técnicos interligados com o relacionamento interpessoal que o enfermeiro estabelece com os seus clientes. Esta é também uma das formas de partilhar a minha produção escrita sobre o referido tema, com outros que por ele nutram interesse. Será pois uma ferramenta de comunicação entre pessoas com interesses comuns, que tem o objectivo de contribuir para o progresso do conhecimento na referida área, fazendo sobressair o que é inovador e aplicável para o desenvolvimento da enfermagem.

### **2.2.3. Avaliação**

Finalmente gostaria de fazer referência a alguns aspectos relacionados com a minha postura e actuação enquanto enfermeira de CL. Tentei ao máximo ser autêntica, comprometendo-me totalmente com as pessoas, comunicando sempre de forma empática, abordando aspectos pessoais com elas, consciente da amplitude e profundidade do meu “self” terapêutico, permitindo assim que me mostrassem na realidade como são e que problemas, e preocupações têm.

Optei maioritariamente por um estilo de intervenção facilitadora, de suporte, por vezes informativa e de confrontação, com a finalidade de permitir a catarse.

Sempre soube aceitar a manifestação dos sentimentos do doente, chegando mesmo a manifestar os meus próprios sentimentos perante os dele, nunca adoptando uma atitude fria e distante.

Foi sempre minha intenção ajudar os doentes a abordar as suas experiências, problemas e sentimentos de forma genuína, não rejeitando em momento algum, as capacidades que estes têm de enfrentar as suas incoerências e dando-lhe sempre feed-back do conteúdo e dos sentimentos que tinham expressado.

Em todas as intervenções tentei manter uma postura que me permitisse ter contacto visual com o doente, sentar-me correctamente na sua frente, com a distância perfeita entre as cadeiras que permitisse uma comunicação adequada, com enquadramento de ombros, com uma maior inclinação para a frente, cabeça erguida, tentando não me distrair e sempre com as mãos desocupadas, numa atitude de aceitação.

Na responsabilidade de futura enfermeira especialista em saúde mental, considerando os contributos da minha experiência profissional e académica, sempre tive a plena consciência que a avaliação diagnóstica realizada junto da pessoa que vivencia uma transição relacionada com uma doença oncológica, exige do enfermeiro consultor competências específicas que lhe permitam ter uma perspectiva dos aspectos físicos ligados à doença e sua repercussão no estado mental da pessoa.

A análise da interacção de cada situação ia sendo feita à medida que os casos finalizavam. Contudo, no final revi todos os casos, reflecti e analisei a forma como ia fazendo a análise de cada um, o que me levou a perceber que houve uma evolução na forma como o fazia, quer nos registos, quer na própria análise da intervenção. Isto deve-se ao facto, quer das competências que ia adquirindo, quer na procura de soluções para as dificuldades que encontrava no dia-a-dia que me obrigavam a uma pesquisa constante. Todo este investimento permitiu maior rigor na avaliação diagnóstica, no planeamento e a na execução das intervenções.

Por tudo isto considero que consegui ajudar de forma correcta e adequada, considerando sempre o contexto terapêutico, em todas as situações para que fui solicitada.

À medida que as minhas intervenções com os doentes se iam desenvolvendo, passou a ser necessário articular com os enfermeiros, alguns aspectos dos planos terapêuticos por mim delineados a partir da elaboração dos diagnósticos de enfermagem, com vista ao sucesso da intervenção terapêutica. Foi com grande satisfação que verifiquei que estava a ser feito um esforço no sentido de dar seguimento às minhas sugestões para os planos terapêuticos.

Relativamente ao impresso de pedido de parecer de consultadoria e ligação posso dizer que terá maior significado em situação de internamento, onde o tempo de permanência do doente é mais alargado, pois permite ao enfermeiro consultante efectuar um pedido de parecer que poderá ser avaliado pelo consultor, nas 48h seguintes. Porém, foi de grande utilidade para efectuar encaminhamentos para outros profissionais, além de ter servido como instrumento de registos de Enfermagem de CL. Desta forma permitiu a transmissão de informações com

menor risco de omissão de aspectos importantes, melhorando a comunicação entre o enfermeiro CL e as enfermeiras da oncologia e os outros técnicos do serviço, e ainda de outros hospitais, com uma consequente, melhoria dos cuidados às pessoas com doença oncológica.

#### **2.2.4. Apresentação e Análise dos Resultados**

Em primeira análise posso referir que o total de casos acompanhados é inferior às necessidades reais do serviço oncologia. Porém, estes foram os possíveis, considerando o tempo disponível para a realização do Módulo III. Todavia, o conhecimento que me foi possibilitado junto destas pessoas que vivenciam um processo de doença tão complexo – o cancro, permite-me comprovar não só a indispensabilidade urgente de cuidados de enfermagem de CL neste serviço, mas ir um pouco mais além e verificar que se justifica a presença de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental nesta equipa multidisciplinar, pois só através de uma visão abrangente e claramente multidisciplinar é possível oferecer uma melhor qualidade de vida a estas pessoas.

A análise dos resultados foi efectuada de acordo com própria observação dos aspectos evolutivos do estado mental durante a interacção estabelecida, considerando as capacidades adquiridas, pelo doente, para lidar de forma positiva com as contrariedades vividas, sendo que o alcance desta meta comprovou a eficácia terapêutica.

Os aspectos observados relativos à sintomatologia depressiva foram confirmados com a monitorização efectuada através da aplicação das escalas de avaliação já referidas, que comprovou que a maior parte sofreu uma redução acentuada.

Confirmou-se igualmente, que a doença oncológica e respectivos tratamentos provocam, com muita frequência, alterações psicológicas e emocionais. Assim, tal como referenciado em estudos idênticos, não é errado certificar que a comorbidade psiquiátrica num serviço de oncologia de um hospital geral é uma constante.

A realidade observada denunciou a grande dificuldade dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos desta doença. Porém, actualmente a maior parte dos enfermeiros a exercer neste serviço, apesar de conhecerem esta realidade, também reconhecem as suas próprias dificuldades e insuficiente preparação, tendo passado a valorizar mais os referidos aspectos.

Evidenciou-se a eficácia das intervenções da Enfermeira de CL que se traduzem nos resultados descritos. E, neste sentido, foi demonstrado o impacto que os cuidados psicoterapêuticos realizados pelos enfermeiros, com recurso à psicoterapia interpessoal estabelecida com a pessoa cuidada, podem permitir ao nível da saúde mental e consequentemente da saúde de um modo geral.

Será ainda importante referir que os resultados objectivados foram condicionados em algumas situações, interligadas com a dificuldade dos médicos reconhecerem e compreenderem a necessidade de cuidados, que englobem uma perspectiva biopsicossocial, ao doente oncológico. Foram situações para as quais não consegui arranjar alternativa para além dos

encaminhamentos que efectuei para outros profissionais, pois seria necessário tempo para promover outro tipo de aceitação relativamente aos cuidados psicoterapêuticos ou psicofarmacológicos sendo para isso necessário fomentar encontros e reuniões frequentes com os oncologistas deste serviço, mas sobre as quais reflecti e pensei que em todas elas o mais prejudicado foi o doente.

Também as resistências dos doentes associadas ao estigma da doença mental foram significativas, e tiveram de ser respeitadas, embora tenha dado o meu contributo para que estes ultrapassassem ou contornassem essas dificuldades.

Proponho ainda para futuros ensinamentos clínicos a serem realizados nesta área, por outros estudantes que manifestem interesse pela mesma, que esses abranjam além do ambulatório também o internamento de oncologia, pois possibilitará a continuidade dos cuidados nas situações em que os doentes em tratamento de quimioterapia necessitem de ser internados.

## **2.3. MÓDULO I – PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO**

### **2.3.1. Justificação do Contexto de Estágio e sua Caracterização**

A enfermagem em saúde comunitária envolve um trabalho específico em diversas áreas, tendo sempre presente o nível de saúde das pessoas, fundamentadas em abordagens que imergem da necessidade de centrar a atenção na promoção da saúde, diagnóstico e na prevenção da doença.

Apreciando o Decreto-Lei nº 101/2006 que prevê as equipas de saúde mental comunitárias e a Lei de Saúde Mental nº 36/98 na qual a prestação de cuidados de saúde mental deve ser prioritariamente promovida a nível comunitário, é reconhecida a necessidade de incluir um enfermeiro especialista de saúde mental nestas estruturas de intervenção.

Já PEPLAU (1952) considerou que a prática da enfermeira de saúde mental deveria ser desenvolvida “no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (CHÉRIE, 2004, p. 429).

Considerando ainda o reconhecido currículo académico conferido por este curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, e as directrizes da OE (2009, pp.22-27) relativas às competências do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, facilmente se compreende que este tem formação especializada que lhe permite uma prática clínica em enfermagem, eficaz neste contexto.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enquadrada na prestação de Cuidados de Saúde Primários, e na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Arco Ribeirinho, como parte integrante das unidades funcionais.

Esta Equipa presta serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados Médicos, de Enfermagem, de Reabilitação, de Apoio Social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação

não requer internamento. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria poderá sem dúvida ser inserido nesta, e ter um importante contributo, por exemplo, na diminuição da sobrecarga do cuidador informal da pessoa que vivencia um processo de doença prolongada e ou dependência funcional, ou com os próprios enfermeiros que prestam cuidados directos, ajudando-os a compreender os aspectos interligados com a saúde mental e a planear intervenções mais ajustadas, de forma a obter ganhos relativos à saúde da população.

Para facilitar a compreensão desta escolha, acrescentando ao que já foi referido, apresento ainda uma breve caracterização do local onde decorreu o Módulo I incluindo as características sócio demográficas e geográficas da área de cobertura onde está inserida esta UCC (**Apêndice XVIII**). Esta área situada no Concelho do Barreiro, Distrito de Setúbal, pertence à designada Área Metropolitana de Lisboa e localiza-se na margem Sul do Tejo, abrange uma área de 37Km<sup>2</sup>, constituído por 8 freguesias, com uma população com cerca de 80.000 habitantes.

Segundo dados demográficos do INE 2007, este Concelho apresentava um índice de envelhecimento de 133,8 % (133,8 idosos por 100 jovens <15 anos), e um índice de dependência de idosos de 26,2 % (26,2 idosos por 100 indivíduos em idade activa).

A população do Barreiro tem mantido um maior número de mulheres do que de homens. Já em relação às idades a percentagem de jovens tem vindo a diminuir. Em 2007 a **percentagem de população jovem** era 13,4 %, o **índice de dependência de jovens** era de 19,7 % e o **índice de dependência de idosos** apresentava um valor de 26,2 %.

A soma dos índices de dependência de jovens e de idosos dá um **índice de dependência total** de 45,9 %.

Com base nos Censos 2001, a população é caracterizada por uma baixa taxa de natalidade, isto é, pequena proporção de jovens e grande proporção de adultos e idosos. O Concelho do Barreiro apresenta assim para o registo dos censos referentes a 2001, uma estrutura etária adulta, revelando uma elevada esperança de vida. O estudo dos dados mostra ainda que estamos na presença de uma população envelhecida, estável ou em regressão (73% da população com idade superior a 25 anos, sendo que em 2003, esta percentagem sobe para 75%), acentuando a tendência de envelhecimento populacional.

Relativamente ao ano de 2007 constatou-se que, no que diz respeito às mulheres em idade fértil, no concelho, estas representavam 44,80 % da população residente, valor inferior ao ano de 2006.

No período inter-censitário 1991 – 2001 a faixa etária "65 e mais anos" teve um acréscimo de 28,1%, o que atribui um peso evolutivo bastante significativo a esta categoria no conjunto da população residente. Situação que se confirma com base nos dados fornecidos pelo INE desde 1970, com um aumento progressivo do índice de envelhecimento.

Relativamente ao **Índice de longevidade** este, também é um indicador de envelhecimento, que compara o peso dos idosos com mais de setenta e cinco anos, com todos os idosos (população com mais de sessenta e cinco anos), em 2007 situava-se em 38,20 %. Conclui-se, também, que este Concelho vê o seu **Índice de vitalidade** diminuir substancialmente, e está a

tornar-se tendencialmente um concelho envelhecido, com um valor de 133,2 %.

Porém, o Concelho do Barreiro registou em 2008 um **Índice de renovação da população em idade activa** de 76 % e uma **percentagem de população activa** de 68, 5%.

Relativamente ao tipo do agregado familiar, apresenta uma estrutura onde prevalece o núcleo familiar, constituído por casal e filhos, logo seguido pelo núcleo de casal sem filhos, perfazendo ambas as categorias um peso de 68.2% para um total de **29 970 famílias**.

O grupo maioritário de famílias residentes são as famílias com apenas dois elementos (31.8%), verificam-se núcleos familiares cada vez mais reduzidos, com poucos filhos e um maior isolamento da população idosa.

### **2.3.2. Descrição e Análise dos Objectivos e das Actividades Desenvolvidos**

Este Modulo tem como finalidade a mobilização de competências que permitem diagnosticar necessidades, influenciar atitudes e apresentar alternativas de forma a capacitar a pessoa para a mudança, tendo por base os seus projectos, para melhorar, auxiliar ou promover a sua saúde, na comunidade.

#### **Objectivo Geral:**

**Prestar cuidados de enfermagem especializados na área de saúde mental e psiquiatria, no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, ao cuidador informal da pessoa que vivência um processo de doença prolongada e ou dependência funcional, integrada na ECCI, na comunidade.**

Tal como outras zonas do país e até a nível mundial, o concelho do Barreiro não é excepção e nos últimos anos, segundo dados de INE de 2001-2010, começaram a surgir alterações demográficas, devido ao envelhecimento da população e decréscimo da taxa de natalidade. Tornaram-se mais significativas as alterações do padrão de morbilidade, surgiu um maior número de doenças crónicas incapacitantes, entre outras, as doenças cerebrovasculares, neoplasias, doenças neurológicas e degenerativas e as associadas ao envelhecimento. Verifica-se também profundas alterações a nível da estrutura familiar e social, surgem novas formas de família, com famílias nucleares mais reduzidas e com necessidades de novas organizações de recursos e de disponibilidade.

Se por um lado a rede familiar se torna tendencialmente mais susceptível, a rede social, como os vizinhos ou amigos também apresenta maior inflexibilidade nas ajudas e companhia que poderiam prestar.

Segundo um estudo efectuado por DIAS (2010) enfermeira da ECCI do Arco Ribeirinho, cerca de 90% dos indivíduos desta população apresentam idade superior a 65 anos sendo a média de idade de 73 anos. Utilizando o índice de Katz, verificou que cerca de 61% apresentam total dependência para desempenhar as AVD's e 34% apresentam dependência parcial para o seu desempenho.

Ainda no mesmo estudo, com a aplicação da escala de MIF a 40 utentes foi possível verificar a incapacidade funcional e cognitiva nas AVD's, e concluir que as actividades em que os indivíduos apresentam maior dependência são nomeadamente: a locomoção e transferências, seguidas de outras actividades como o auto-cuidado e por fim a comunicação.

Confirma-se, portanto, um notório aumento do número de pessoas de risco com acrescido grau de dependência e com necessidades de cuidados específicos e adequados na área da saúde. Relativamente ao cuidador principal, foram aplicados inquéritos a 20 cuidadores, com o objectivo de avaliar não só o índice de stress, mas também outros aspectos de saúde e outros de índole social e económica e os resultados foram os seguintes:

- O cuidador principal apresenta elevado grau de stress, grande sobrecarga económica, angustia marcada, tensão física elevada e alterações emocionais/labilidade emocional;
- Os reajustes na família, nas situações em questão correspondiam a momentos de confraternidade e não propriamente de ajuda na prestação directa de cuidados;
- Quanto aos sentimentos dos familiares face à situação, foi demonstrada uma grande tristeza pelos mesmos, uma iniquidade de vida associada à relação estabelecida com a pessoa cuidada e à situação de vulnerabilidade do familiar doente;
- Para a família o único objectivo é o bem-estar do pessoa doente, nem que para isso as suas próprias necessidades fiquem para segundo plano.

Na avaliação diagnóstica, foram também consideradas as dificuldades dos enfermeiros da ECCI do Arco Ribeirinho, tendo em conta os resultados de um questionário aplicado aos mesmos (**Apêndice XIX e XX**), que evidenciam que nem sempre os mesmos demonstram ter conhecimento adequado e suficiente para lidar com o cliente e suas necessidades ao nível da saúde mental, negligenciando os aspectos mentais. Também no decorrer das visitas domiciliárias, em algumas situações de planeamento de intervenções, verifiquei a existência de respostas desregradas por parte dos enfermeiros, demonstrando pouca proximidade com as propostas de intervenções pautadas para as necessidades e prioridades apresentadas pelo cliente no que se refere à sua saúde mental.

Esta etapa facilitou-me a avaliação exacta da real situação, sendo fulcral para alcançar o presente objectivo e os restantes programados, pois estruturar respostas em cuidados de saúde dirigidos a um grupo específico da população requer conhecer as suas características, e proceder à sua análise de forma a planear intervenções dirigidas às efectivas necessidades.

#### **1º Objectivo Especifico:**

**Integrar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Arco Ribeirinho – Extensão da Quinta da Lomba, numa perspectiva de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.**

Em relação a este objectivo, tal como programado, foram realizadas algumas reuniões com a Supervisora Clínica, Enfermeira especialista em reabilitação, que me possibilitaram conhecer o funcionamento do centro de saúde, conhecer protocolos e normas de desempenho, as

actividades desenvolvidas pela equipa, identificar o tipo de população cuidada, os recursos existentes e a articulação efectuada.

Inicialmente apresentei o projecto à equipa de enfermagem que reconheceu a necessidade do meu contributo na sistematização de algumas práticas a desenvolver junto das pessoas às quais prestam cuidados.

Sempre tentei estabelecer relações de proximidade e abertura, considerando a necessidade de articulação com todos os enfermeiros da ECCI, tendo por base a minha experiência profissional, e reconhecendo que as situações vivenciadas pelo enfermeiro implicam entre outras, as relações interpessoais com clientes, com familiares, com os seus pares e com o grupo multiprofissional, exigindo-se-lhe pois, aptidão para saber manter relações adequadas, de forma a atingir mais facilmente os resultados desejados. Na minha perspectiva, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na sua actividade, deve preocupar-se com os relacionamentos saudáveis entre as pessoas, ficar atento e permitir aos outros o direito de manifestar sentimentos, ser capaz de criar consenso, saber escutar os pares e perceber as suas ideias, e avaliar suas necessidades relativamente ao seu agir profissional. Igualmente na sua prática clínica, deve utilizar a comunicação como o instrumento de intervenção por excelência, ou seja, usar a sua “*competência comunicativa*”<sup>5</sup> de forma táctica, permitindo às pessoas vencerem as suas dificuldades relacionais.

Nesta fase demonstrei ter capacidade de adaptação tendo efectuado várias visitas domiciliárias integrada na equipa. Para a sua realização houve a necessidade de planejar com os enfermeiros da ECCI cada visita, tendo sido previamente realizada a análise de cada caso, discutida a problemática e efectuado o planeamento das intervenções, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Objectivos da visita
  - 1- Avaliação Global
  - 2- Seguimento
  - 3- Suporte ao cuidador
  - 4- Formação/informação
- Identificação de prioridades
  - 1- Contacto urgente
  - 2- Problemas do cuidador
  - 3- Já se encontrava no plano
- Estado geral do doente
  - 1- Avaliação funcional
  - 2- Avaliação do estado mental
- Ensino para a saúde
  - 1- Fases da doença/patologias associadas

---

<sup>5</sup> A “*competência comunicativa*” é entendida como a capacidade de produzir e entender mensagens que o põem em interacção com os outros interlocutores (BITTI & ZANI, 1997, p.19).

- 2- Informação sobre dependência
  - 3- Informar sobre recursos
- Encaminhamentos

Em algumas situações, no que às visitas domiciliárias diz respeito, foi solicitada a minha intervenção imediata junto de cuidadores informais que evidenciavam alterações emocionais acentuadas. Creio que, não porque os não conseguissem resolver, mas por acharem que se tivessem a minha opinião e ajuda mais facilmente conseguiriam o equilíbrio da pessoa em questão.

As necessidades da formação, como já referi anteriormente, foram avaliadas através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da ECCI. Neste contexto foi apresentada à equipa de enfermagem a acção de formação “**Das Alterações Emocionais às Perturbações do Humor (Afectivas)**” (Apêndice XXI) que teve como objectivo: facilitar a compreensão das alterações emocionais e das perturbações do humor (affectivas) mais frequentes; transmitir noções gerais sobre as perturbações do humor, e a comorbilidade com as perturbações da ansiedade; melhorar conhecimento sobre os aspectos mentais interligados com a doença física e facilitar a avaliação do estado mental.

Foram ainda apresentadas 2 formações integradas no plano de formação do Grupo Concelhio para as questões do Idosos do Barreiro. Estas formações surgiram na sequência do convite da Enfª Supervisora, o qual não pude recusar considerando a oportunidade de ajudar estas pessoas. Relativamente aos Cuidadores Formais – Ajudantes Familiares, objectivou-se a melhoria de utilização de estratégias face às alterações emocionais negativas do cuidador informal com que se deparam no seu dia-a-dia, para tal, foi apresentada a formação “**Cuidar de quem cuida de modo a que ninguém fique por cuidar: a perspectiva da enfermagem de saúde mental**” (Apêndice XXII) para 24 formandas, na Santa casa da Misericórdia do Barreiro. Quanto ao cuidador informal pretendeu-se diminuir o limite delicado entre as alterações emocionais negativas e o estado psicopatológico, apreendendo algumas formas de auto-cuidado. Foi então apresentada a formação “**Auto-cuidado: uma necessidade de quem cuida**” (Apêndice XXIII) realizada no anfiteatro da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Lavradio. Nesta formação participaram 21 cuidadores informais, que se apresentaram bastante participativos, partilhando imensas experiências e colocando dúvidas que foram esclarecidas de imediato.

## **2º Objectivo Especifico:**

**Efectuar avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com o cuidador informal da pessoa que vivência um processo de doença prolongada e ou dependência funcional, referenciado pelo enfermeiro da ECCI, numa perspectiva de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.**

Num estágio deste tipo, o futuro enfermeiro especialista em saúde mental, é confrontado com um conjunto de desafios directamente relacionados com a contextura actual, na qual se verifica um aumento do número de pessoas idosas, surgem outros tipos de famílias, a evolução dos

cuidados aponta para altas precoces que implicam os cuidados no domicílio, e nesta perspectiva os cuidadores informais não têm uma preparação específica, são confrontados com um acto inesperado, a aprendizagem nestas situações é por tentativas e erros não garantido a qualidade dos cuidados e nem a satisfação de quem cuida. Desta forma as alterações emocionais negativas na maioria dos casos estão presentes, daí que as intervenções de enfermagem terão de ser planeadas no sentido de diminuir o curto limite que existe entre estas situações e as perturbações psíquicas mais graves.

PHANEUF (2005, p.4), apresenta a definição de competência clínica em enfermagem como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Considerando esta definição, posso pensar que as habilidades exigidas para o cuidado holístico no domicílio, poderão crescer na equipe de enfermagem, através do estabelecimento de diretrizes sistematizadas e com a aplicação de regras explicitamente definidas.

Neste caso específico, a definição de um protocolo padrão pode funcionar como aliado da equipe de enfermagem, pois contribui para auxiliar o processo de tomada de decisão em enfermagem, onde se inclui o reconhecimento das alterações emocionais interligadas com a sobrecarga do cuidador informal, rapidez e precisão na definição de intervenções e prioridades no atendimento.

Será ainda importante considerar que a implementação de protocolos, de um modo geral, poderá ser de suma importância para o eficiente atendimento de enfermagem na área da prevenção, na identificação de factores de risco e no encaminhamento adequado e preciso no caso de clientes que apresentam alterações significativas da sua saúde mental, mas também crucial no aperfeiçoamento da Relação Enfermeiro/Cliente numa óptica de optimização dos resultados esperados.

Os protocolos associam um conjunto de recomendações estruturadas que proporcionam recomendações válidas baseadas numa avaliação crítica da melhor evidência disponível, em detrimento do processo baseado na opinião informal (GALVÃO, SAWADA, & ROSSI 2002, p. 692).

Neste encadeamento pondero que a elaboração do protocolo - Intervenções de Suporte/Alívio com a Pessoa que de forma informal cuida de quem sofre de uma doença crónica e incapacitante na comunidade: a perspectiva da enfermagem de saúde mental e psiquiatria (**Apêndice XXIV**), poderá proporcionar aos enfermeiros informações que tornem o cuidar do Cuidador Informal, um processo mais facilmente realizável e com resultados mais ambiciosos. E ainda que as intervenções sem suporte científico poderão ser consideradas práticas sem impacto e até desnecessárias.

Numa primeira fase o protocolo foi aplicado e testado por mim, durante cinco semanas e de acordo com a avaliação diagnóstica de enfermagem efectuada. Esta aplicação prática teve ainda como finalidade servir de modelo aos enfermeiros da ECCL, ou seja, ponderando a

aprendizagem no ver fazer para um melhor agir. Daí que cada visita domiciliária tenha sido planeada e realizada conjuntamente com os enfermeiros, tendo sido proporcionado este tipo de experiência a todos os elementos da Equipa de Enfermagem.

O protocolo foi aplicado em 27 casos (**Apêndice XXV**) no decorrer da visita domiciliária, de acordo com a percepção pessoal/observação directa realizada com cada pessoa e os valores obtidos com a aplicação da escala de sobrecarga do cuidador<sup>6</sup> (**Anexo X**). De salientar que todos apresentaram sobrecarga intensa na qual sobressaiam as alterações emocionais negativas.

Estas comprovam, a necessidade urgente de intervenções de enfermagem de saúde mental protocoladas para o contexto comunitário que expressem uma visão abrangente que possibilite uma melhor qualidade de vida à população, pois, provavelmente quanto mais elevados forem os níveis de sobrecarga maior será o risco de psicopatologia.

Com cada cuidador, de acordo com a avaliação diagnóstica, foram desenvolvidas as acções, de modo individualizado, assinaladas no protocolo que englobam intervenções de suporte e alívio da sobrecarga. Ainda de acordo com as necessidades apresentadas por estas pessoas, foram ainda realizadas intervenções no âmbito da educação para a saúde pelas enfermeiras da ECCI. Nesta etapa foi necessário realizar com alguns dos casos mais do que uma visita domiciliária, sendo que foram realizadas na totalidade 40 visitas.

Posteriormente, a aplicação do instrumento será efectuada pela equipa de enfermagem da ECCI, durante um ano, e efectuada nova avaliação dos resultados relativos á sobrecarga do cuidador informal, tendo por base os mesmos critérios.

De modo a melhorar a visibilidade e aperfeiçoar a integração do protocolo implementado foi elaborado um poster (**Apêndice XXVI**), pois a visualização sistemática poderá estimular um reavivar permanente de determinados aspectos de que de outra forma poderiam ficar esquecidos.

Entre outras actividades realizadas destaco ainda, por considerar importante partilhar o trabalho efectuado como forma de contribuir para a proliferação do conhecimento, ter enviado para publicação na próxima Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, a Recensão Crítica: “Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação” (**Apêndice XXVII**).

Também, como sócia fundadora e actual vice-presidente da Assembleia Geral da Associação A Outra Margem (**Anexo XI**), ponderando que a família é a unidade básica na promoção da saúde mental, participei ainda na organização da conferência “Famílias: Que intervenções em Saúde Mental”, proferida por: M. R. - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Ecologia, destinada aos associados, realizada a 19 de Novembro 2010 em Sesimbra (**Anexo XII**).

A Associação A Outra Margem tem como objectivo a promoção da investigação e desenvolvimento do conhecimento da psiquiatria e de outras áreas disciplinares, promover a congregação dos profissionais de saúde mental e o intercambio científico entre profissionais,

---

<sup>6</sup> Cedida pelo autor, Doutor Carlos Sequeira, via mail.

terapeutas e investigadores, seus agrupamentos, associações e sociedades. Pretendeu-se neste caso concreto, apresentar os vários conceitos de saúde familiar; analisar os vários modelos de intervenção; identificar o papel do enfermeiro de saúde mental na família; compreender os vários determinantes de saúde mental e evidenciar a relevância das intervenções de enfermagem de saúde mental junto da população.

### **2.3.3. Avaliação**

Presentemente tenho consciência que os resultados obtidos neste módulo estiveram dependentes do investimento efectuado, da minha capacidade de pôr em prática as aprendizagens, e da minha capacidade de manter a auto-confiança e o auto-conhecimento. A aprendizagem foi o primeiro passo, que me levou a ter convicção de que era preciso mudar, agora surge a determinação que, expressa na acção, implica um esforço constante para colocar em prática as mudanças. Porém, estas só são visíveis no trabalho efectuado e nos resultados alcançados.

Considerando a implementação do protocolo - Intervenções de Suporte/Alívio com a Pessoa que de forma informal cuida de quem sofre de uma doença crónica e incapacitante na comunidade: a perspectiva da enfermagem de saúde mental e psiquiatria - com o qual pretendi a diminuição ou a ausência das alterações observadas, para tal procurei aproximar a organização do protocolo com uma linha de decisão que pudesse auxiliar o enfermeiro da ECCI a tomar decisões com maior eficácia no seu dia-a-dia. Espero que sejam evidentes as mudanças nas respostas dos enfermeiros diante das condições pré-estabelecidas no instrumento.

No contexto das entrevistas realizadas com o cuidador informal, de acordo com o modelo de entrevista proposto por CHALIFOUR (2008, p. 29) foram ainda considerados os aspectos paradigmáticos da entrevista apontados pelo mesmo autor (2009, pp. 66-81). Tanto na entrevista inicial como nas outras sempre acolhi o cuidador informal cordialmente, demonstrei aceitação, clarifiquei as questões do sigilo profissional e utilizei técnicas de comunicação eficazes de modo a favorecer o diálogo e partilha.

Como estratégias de intervenção, utilizei as mencionadas por SEQUEIRA (2010) e (2006), valorizando o transmitir confiança, serenidade e disponibilidade, através de respostas concretas a atitudes congruentes, baseadas na empatia, compaixão, esperança e autenticidade.

Foi minha preocupação identificar qual a estrutura familiar de apoio, pois na maioria dos casos o cuidador informal é um elemento da família, para a qual terá de ser dirigida uma atenção específica, pois como considera MARTINS [et al] "A situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social" FERREIRA (2009, p. 74). Neste contexto considerei importante identificar a capacidade do cuidador informal em lidar com a situação de doença, facilitar a expressão das suas dificuldades no desempenho do seu papel, encorajar

este a exprimir as suas emoções, medos e receios, avaliar necessidades existentes, analisar dados colhidos e elaborar diagnósticos de acordo com uma linguagem universal.

Foi minha intenção realizar intervenções em parceria com o cuidador informal, apoiar no sentido da resiliência, auto-estima, e esperança, determinando objectivos direccionados para as suas reais necessidades e reconhecendo as suas escolhas sobre o seu próprio cuidado. Por último, efectuar a análise dos resultados obtidos de acordo com os planeados.

É relevante o facto, no que respeita às competências adquiridas como enfermeira de saúde mental e psiquiatria a realizar intervenções em contexto comunitário, de muito terem contribuído, tanto o treino das técnicas psicoterapêuticas, a discussão das práticas de enfermagem comunitária com a supervisora clínica, as orientações da tutora pedagógica e as evidências teóricas consultadas.

#### **2.3.4. Apresentação e Análise dos Resultados**

No que respeita ao meu contributo para a melhoria da saúde da população assistida pela ECCI observei que antes da implementação do protocolo, os enfermeiros da equipa já detinham informações valiosas para o cuidado ao cuidador informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante.

No entanto, como referido anteriormente, em algumas situações de planeamento de intervenções, demonstraram pouca adequação às necessidades apresentadas pelo cliente no que se refere à sua saúde mental.

Penso que os protocolos de enfermagem, se bem implementados, expressam no seu todo, a aplicação do processo de enfermagem de forma otimizada e viável, levando à satisfação não só das necessidades do cliente, mas também dos enfermeiros que cuidam.

No final, com a aplicação do protocolo, já se verificaram em algumas situações que os enfermeiros elegeram melhor as suas acções, sendo estas certamente representativas de resultados mais significativos ao nível da saúde mental da população.

Em última análise posso discorrer que as orientações sistematizadas de enfermagem de saúde mental, possibilitam a implementação de “passos” norteadores do cuidado, e, se bem utilizados, podem diminuir o limite delicado entre a alteração emocional negativa e o estado psicopatológico do Cuidador Informal.

Tendo por base as leituras efectuadas (**Apêndice XXVIII**) e as intervenções desenvolvidas, deixo algumas considerações finais, com que pretendo complementar, de algum modo, a análise do meu percurso e da avaliação das competências adquiridas neste contexto clínico.

- As intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental nos cuidados continuados na comunidade trazem vantagens para a população.
- Na promoção da saúde mental a família continua a ser a unidade básica, daí que as intervenções de enfermagem realizadas com a família correspondem aos ganhos em saúde.

- O desenvolvimento de projectos de intervenção comunitária não podem promover uma intervenção em Saúde Mental estruturada e organizada sem um enfermeiro especialista na referida área.
- O apoio prestado pelo enfermeiro especialista em saúde mental pode diminuir o limite delicado entre a alteração emocional negativa e o estado psicopatológico das pessoas.
- Os enfermeiros de saúde mental podem desempenhar um papel significativo, na supervisão da sistematização de práticas que têm como objectivo a promoção da saúde mental.
- Os instrumentos de avaliação clínica devidamente validados são fundamentais para minimizarem a subjectividade inerente à avaliação dos processos complexos.

Relativamente às contrariedades gostaria de salientar que senti alguma resistência à implementação do Projecto quando as intervenções de enfermagem estavam directamente ligadas com pessoas com doença mental. Esta esteve intimamente relacionada, ao estigma associado à doença mental ainda muito presente nos nossos dias e sentido quer pelos clientes/famílias, quer pelos profissionais de saúde de um modo geral, interligado com a sua falta de conhecimento e falta de compreensão. Espero que este achado possa ser útil para outros contextos, quiçá para estimular a realização de outros trabalhos que possam ser um importante contributo no combate ao estigma em saúde mental assumindo-se como uma estratégia de promoção da saúde.

### **3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Esta fase do relatório complementa a apresentação dos conteúdos da aprendizagem adquiridos neste contexto académico reflectidos no contexto da acção, que pressupõem agregar diversos recursos cognitivos, afectivos e psicomotores. Mas também, manifestar atitudes que envolvem esquemas mentais complexos, aptidões e paixão, processos intuitivos e perícia, assim como evidenciar habilidades teóricas/práticas que originam estratégias de acção criativas, equilibradas e autónomas aplicadas a situações de cuidados.

Este agir com competência, reflecte o compromisso da profissão, que agrega perspicácia unida a valores humanos, com acções dotadas de respeito a todos os níveis essenciais para o exercício da Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiatria.

Presentemente posso afirmar que, tendo em conta o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental definidas pela O.E., foram significativas e utilizadas neste contexto, considerando os contributos da formação inicial, as competências de gestão de cuidados, educar e pesquisar, com base em princípios éticos e responsabilidade, e sobretudo, o ter adquirido determinados conhecimentos basilares na área da saúde mental que contribuíram, em grande forma, para o desenvolvimento de acções de prevenção, promoção e protecção da saúde mental, tanto a nível individual como colectivo.

Todo o conhecimento prévio adquirido possibilitou a utilização de habilidades de compromisso com a minha educação, de promoção e respeito pelos princípios legais e humanísticos da profissão e de assumir a responsabilidade de prevenir ou reduzir situações de risco para a saúde mental das pessoas.

O enfermeiro especialista em saúde mental actua como educador, incentivando a construção e a transformação do conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, na equipa onde está inserido ou com o público em geral. Nesta perspectiva considere as intervenções psicoeducativas realizadas com os enfermeiros, com outros profissionais e clientes, ponderando os contributos da pesquisa efectuada que permitiram a qualidade dos conteúdos apresentados incluindo saberes complexos relativos à área de especialização.

Também a necessidade de sustentar a minha análise em conceitos e teorias que garantam a consistência do meu agir profissional, tendo em conta um nível de enfermagem avançada, foi uma constante, sendo indispensável o uso da melhor evidência, de forma indissociável, na minha prática clínica.

De igual forma, a construção do pensamento crítico, exige ter referenciais teóricos que permitam obter diversidade de informação e estratégias de investimento no conhecimento que privilegiem a pesquisa, permitindo opinar, escolher e investir nos processos de mudança. Foi esta particularidade que me permitiu intervir, por exemplo, adequadamente junto do cuidador informal, sendo as intervenções de apoio mencionadas no protocolo implementado, uma das alternativas consideradas como forma de oferecer atenção a estas pessoas.

Perante esta problemática, foi fundamental compreender questões que envolvem processos tão complexos como as dinâmicas entre a pessoa doente e o seu cuidador, e.g. perceber o clima relacional entre ambos e ter ainda presente as interacções estabelecidas com o meio envolvente. Sendo estas que permitiram desenvolver estratégias que possibilitassem a estes cuidadores ampliar conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de alteração da sua saúde mental.

De um modo geral as actividades realizadas nos diferentes módulos de estágio comprovam o recurso ao raciocínio lógico, sistemático e criativo, a auto-iniciativa e a originalidade na resolução de problemas e o agir de forma autónoma no planeamento e na implementação de intervenções especializadas, sendo evidentes nos planos terapêuticos desenvolvidos com os clientes.

Foram sempre demonstradas capacidades para emitir opiniões credíveis de acordo com a apreciação dos dados colhidos, ou um nível de intuição que facultou efectuar concepções reais, e ainda comunicar as conclusões de forma clara para audiências especializadas e não especializadas.

É de salientar que durante este período sempre apresentei uma postura de segurança em relação a um saber especializado e equilibrado com a minha humildade. Para isso muito contribuiu a formação adquirida neste momento académico e o investimento teórico efectivado, que assim permitiram ampliar competências de informação, interpretação e comunicação.

Contudo, foi necessário considerar a comunicação assertiva e empática, pesar o acesso dos clientes à informação e gerir esta em relação aos mesmos e à equipa. No que à equipa diz respeito comuniquei e supervisionei aspectos do relacionamento terapêutico na equipa de enfermagem, entre outros aspectos, tendo em conta a excelência do meu agir, de modo a poder servir de exemplo aos seus relacionamentos. Investi no sentido de demonstrar que o auto-conhecimento é central na prática de enfermagem e que muito interfere no estabelecimento de relações terapêuticas. Sendo que esta tomada de consciência de mim mesma que me permitiu monitorizar as minhas reacções corporais, emocionais e comportamentais no processo terapêutico. Mas também gerir fenómenos de transferência e contra-transferência no decorrer da relação terapêutica.

Mostrei, ainda, que a disponibilidade é fundamental para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas.

Facilmente e rapidamente me integrei nos contextos dos estágios, desde o início que revelei competências relacionais na interacção com os colegas e outros profissionais, tendo demonstrado competências para estabelecer relações harmoniosas que muito facilitaram a concretização dos meus objectivos.

As minhas características pessoais centram-se na empatia, auto-estima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e análise. Porém a minha capacidade de ser assertiva e de saber gerir as emoções, embora demonstrando sensibilidade e tolerância em relação às diferenças dos outros , ajudou a manter a minha excelente comunicação tanto com a equipa, como com os clientes.

Com os clientes utilizei uma linguagem acessível ao cidadão comum, adaptando-a a cada situação em função de factores culturais e sócio económicos. O relacionamento estabelecido sempre teve o objectivo de funcionar como instrumento terapêutico, considerando os limites da relação profissional.

As minhas orientações, de um modo geral, foram direccionadas para a facilidade de resolução de problemas, de diminuição de stress, de desenvolvimento de auto-confiança e do pensamento crítico.

Neste encadeamento será importante dizer que demonstrei competências sistémicas, tendo evidenciado capacidades para aplicar o conhecimento na prática, para aprender, para compreender, para me adaptar a novas situações, para gerar ideias novas, para utilizar uma metodologia de trabalho eficaz, bem como, demonstrado capacidades de liderança estimulando as habilidades de outros para prestarem cuidados mais ajustados às necessidades em cuidados de saúde.

Considero, também, que as minhas intervenções evidenciaram competência técnica, boa capacidade de organização dos dados, constante validação de dados com o cliente, correcta avaliação diagnóstica das necessidades específicas em saúde mental da pessoa/família/grupo/comunidade, exigente planeamento nas equipas multiprofissionais nos diferentes contextos da prática, com recurso a cuidados psicoterapêuticos com evidência prática comprovada que permitam restaurar a saúde mental do cliente, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem e utilizando indicadores para avaliação de resultados.

Considero, ainda, que demonstrei auto-consciência relativamente à necessidade de referenciar para outros profissionais, quando confrontada com situações que ultrapassavam a minha competência.

A reflexão e análise crítica sobre a minha intervenção foram uma constante durante estes estágios, pois sem ela não há aquisição de competências de compreensão da acção, de elaborar a sua interpretação e de criar novas alternativas para a situação.

Considero, por isso, que a análise reflexiva realizada pelos enfermeiros permite a construção do conhecimento científico em enfermagem solidificando uma prática de aprendizagem constante. Um enfermeiro que apenas realiza rotinas na sua prática profissional, permanecendo alheado à realidade envolvente, não desenvolverá competências como aquele que complementa a sua prática com a evidência científica, com a análise, e a reflexão de ambas.

Estou consciente de que dei o meu melhor, que se revê nos resultados apurados, que comprovavam os objectivos desejados, ou seja, evidenciar as competências adquiridas ou aperfeiçoadas específicas do perfil do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Todavia, permito-me ainda pensar sobre o que será necessário continuar ou o que será necessário reformular, na possibilidade de novas competências emergirem, ou mesmo na forma de olhar para as competências já adquiridas.

Nunca nada estará definitivamente terminado, pelo que o presente só faz sentido se olharmos o futuro com confiança e segurança, mas também com a expectativa de encontrarmos sempre algo de novo.

#### **4. CONCLUSÃO**

Terminado este relatório, ao longo do qual foram descritas e analisadas as diversas situações facilitadoras de aprendizagens e de aquisição de competências, considerando as que se enquadram nas particularidades do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Perante tudo o que já foi dito, restam-me ainda alguns pensamentos, será importante referir ainda que formar enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, é uma das tarefas mais nobres do ensino de enfermagem, pois estes profissionais são, sem dúvida alguma, indispensáveis para se obter “ganhos em saúde”.

Neste contexto posso dizer que ser Especialista não é só terminar um curso de especialização, ser Especialista é mais do que isso, é construir e construir-se, ao longo do tempo, para uma distinta prática pessoal e profissional. Sendo necessário promover a partilha de boas práticas na área, conferir uma maior visibilidade às mais-valias resultantes de práticas especializadas ligadas à promoção da saúde mental e prevenção da doença e de contribuir, com uma maior representatividade, como peça chave na prestação de cuidados de saúde, que incluam a tomada de decisão inteligente nos processos de saúde mental das pessoas.

Este foi um período de aprendizagens construídas com base nas minhas análises, em descoberta e criação, resultante das minhas reflexões e encontros na vida e na profissão, que me permitiram a edificação de determinadas habilidades no sentido da interiorização de qualidades e atributos que se encaixem nas características exigidas para o enfermeiro especialista nesta área de especialização.

Gostaria ainda de realçar, relativamente às etapas deste relatório, que em todas elas me revivi nas várias vertentes da minha vida. Em todas elas recordei muitos doentes que cuidei, reconhecendo o que poderia ter feito e não fiz, e porque não fiz. Em todas elas relembrei muitos momentos pessoais. Através de todas elas percebi quem sou, donde venho e para onde quero ir.

Ao longo da minha vida profissional, assumi o compromisso de pisar um caminho baseado na formação, na ética, na importância das pessoas e nos cuidados de enfermagem de qualidade, este curso foi mais um patamar que engrandeceu este comprometimento.

É neste sentido que os enfermeiros têm de continuar a alargar o seu saber, não só numa intervenção orientada para as complexas questões da sua praxis, mas também numa participação mais especializada na concretização das diferentes intervenções, baseadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento que assegurem o direito da população ter cuidados que respondam na íntegra às suas reais necessidades.

Os problemas de saúde mental que as pessoas apresentam na actualidade que não são só as situações psicopatológicas. Os problemas de saúde mental das pessoas são muito mais complexos e mais abrangentes. As pessoas precisam de ser ouvidas, respeitadas e aceites, e sobretudo, preparadas para saber lidar com as eventualidades da vida.

Neste registo posso dizer que existem muitas necessidades de cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros especialistas são capazes, considerando as intervenções autónomas deste profissional, de dar uma boa resposta, facilitando a adaptação aos processos de transição que surgem no dia-a-dia das pessoas.

Na verdade, o exercício profissional da enfermagem tem maior fundamento porque se centra na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/grupo. Nesta relação, sociável por natureza, está o crescimento de um relacionamento humano que as pessoas em situações de doença ou de vulnerabilidade encaram, nos estabelecimentos de saúde, ou até mesmo no domicílio, como um conforto que, na maioria das vezes, é mais eficaz do que qualquer medicamento. Para tal é necessário, entre outras acções, o enfermeiro especialista saber utilizar-se na relação interpessoal, saber reconhecer o poder da mesma e agir em parceria com o cliente no processo terapêutico, tendo em conta a sua complexidade e individualidade.

Sob este aspecto, ao idealizar o enfermeiro especialista em saúde mental, vejo um profissional com profundo conhecimento e com um leque de competências distintas, que lhe permitem o mais profundo entendimento da pessoa em situações concretas, facilitadoras do desenvolvimento de uma prática consciente e justificada através de intervenções adequadas que, segundo BENNER (2005, p. 57), “fazem a diferença”.

Agora importa olhar o futuro, porque o presente, amanhã é o passado! Importa não baixar os braços, nem tão pouco o olhar. Quem passa por esta experiência passa a ver mais longe, a olhar com outros olhos a importância da humanização e da prestação de cuidados de qualidade àqueles a quem tem responsabilidade de cuidar, tendo como objectivo a perfeição do caminho com a pessoa cuidada permitindo que esta posteriormente o possa fazer com plena autonomia.

Para finalizar, é de referir que o contributo deste período académico é valioso, mas cabe às instituições proporcionarem condições para o desenvolvimento das habilidades apresentadas e ao enfermeiro especialista mantê-las e melhorá-las, principalmente através de actividades formativas contínuas, pelo seu treino na prática como uma fonte de aprendizagem inesgotável, e na valorização da supervisão dos cuidados que presta.

Neste encadeamento impõe-se como prioritário continuar a tentar abraçar todas as oportunidades que me possam facilitar a concretização dos meus objectivos como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria, que se incluam na excelência do meu cuidar para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem diferenciada.

## **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABREU, José Pio - **As Emoções como Comunicação/ Narrativas**. Conferência de encerramento do 17º Congresso Europeu da European Federation of Psychology Student's Associations. Porto, 27/04/2003. [Em linha]. [consulta 2010-04-08]. Disponível em: [www.ariadne-editora.com/pub/pioabreu](http://www.ariadne-editora.com/pub/pioabreu).

ABREU, José Pio – **Da Harmonia ao Desequilíbrio Psicossomático**. In Revista *Encontro Fé e Cultura* – Centro Universitário Manuel da Nóbrega, Coimbra, 1996, XIII-XIV: 98-103.

ABREU, José Pio - **Introdução à Psicopatologia Compreensiva**. 4ª Edição, Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.2006. ISBN: 972-31-0639-6, pp. 118 e 122.

APOSTOLO, João Luís Alves; MENDES, Aida Cruz & AZEREDO, Zaida Aguiar. **Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006, vol.14, n.6, pp. 863-871. ISSN 0104-1169 [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

BAKER, Paula – **Exame psiquiátrico do estado mental**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN: 972-8449-77-1, pp. 25-66.

BARBOSA, A; & GAGO, J. – **Formação em Psiquiatria de Ligação no Internato de Psiquiatria**. In Acta Médica Portuguesa. 1997; 12. ISSN: 1646 – 0758, pp. 933-942.

BENJAMIN, Alfred – **A Entrevista de Ajuda**. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. ISBN 85-336-0168-9, p. 14.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado A Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto. 2005. ISBN: 989-558-052-5, pp. 31, 57.

BITTI, Pio Ricci; & ZANI, Bruna – **A Comunicação como Processo Social**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997. ISBN: 972-33-1236-0, p. 19.

CARDOSO, G – **Psiquiatria de Ligação – Desenvolvimento Internacional** – In Acta Médica Portuguesa, 2006; 19. ISSN: 1646 – 0758, pp. 405-412.

CARVALHO, António C. – **Como chegar lá? Embrião de um Modelo de Enfermagem Co-Activo**. In Enfermagem em Foco. SEP. Ano VI. Lisboa: nº 23. Maio/Julho. 1996. ISSN: 0871-8008, p. 38.

CARVALHO, J.M.S. – **Enfermagem psiquiátrica de consultadoria e ligação: competências do enfermeiro consultor**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº 3, 36-41, (Jun., 2010) ISSN 1647-2160.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. Vol. I, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5, pp. 29, 33, 36, 37, 38, 39,49,133.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção**. Loures: Lusodidacta. Vol. II, 2009. ISBN: 978-989-8075-21-5, pp.42,45, 66-81.

CHÉRIE, HOWK – Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, p. 429.

CORDIOLI, A.; ZIMMERMANN, H; & KESSLER, F. – **Rotina de Avaliação do Estado Mental**. 2007. [S.L.], [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp. em: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-2/maria-69-80.pdf> .

CUNHA, Madalena - **As Emoções no Contexto da Vida de Relação**. In Revista Sinais Vitais, Coimbra. Nº 31. Julho 2000. ISSN: 0872-8844, p. 10.

DAVIES, P. – **Comunicação não verbal com doentes**. In Nursing, Lisboa. N.º 87, Abril 1995. ISSN: 0871-6196, pp. 22-25.

DECRETO-LEI nº 36/1998. D. R. I Série – A. 169 (1998-07-24) 3544-3549. ISBN: 0870-9963.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D. R. I Série – A. 109 (2006- 06- 06) 3856 - 3865. ISBN: 0870-9963.

DESPACHO CONJUNTO nº 407/98. D.R. II Série. 138 (18-06-1998)8328-8332 – Intervenção Articulada do Apoio e dos Cuidados Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.

DECRETO-LEI nº 28/2008. D. R. I Série – 38 (2008-02-22) 1182-1189.

DIAS, Helena – **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os Enfermeiros na Liderança do Cuidado à Pessoa com Doença Crónica**. Estudo não publicado. Unidade de Cuidados Continuados. Barreiro, 2010.

ENELOW, A. J; FORDE, D.L; & BRUMMEL-SMITH, K. – **Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente**. Lisboa. Climepsi. 1999. ISBN: 972-95908-9-3, p. 25.

FACHADA, M. Odete – **Psicologia das Relações Interpessoais**. 7ª ed. Chelas: Edições Rumo, Lda., 2000. (1º vol.) ISBN: 972-688-120, pp. 26, 30, 39, 54.

FERREIRA, Maria de Fátima – **Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico**. Lisboa: UCP. Cadernos de Saúde. Vol. 2, nº 1, 2009. ISSN: 1647-0559, pp. 67-88.

FREDERICO, Manuela; & LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Coimbra: Formasau. 1999. ISBN: 972-8485-09-3, p. 193.

FIGUEIRA, M. – **Momentos de história da Psiquiatria de Ligação** – Comunicação apresentada nas 1ªs Jornadas de Psiquiatria de Ligação da Clínica Universitária do Hospital de Sta Maria – 19/7/2006. [em linha], [consulta 2010-02-13], Disp. em: [www.hpv.minsaude.pt/contents/pdfs/eventos/1as Jornadas de Psiquiatria de Ligacao.pdf](http://www.hpv.minsaude.pt/contents/pdfs/eventos/1as_Jornadas_de_Psiquiatria_de_Ligacao.pdf) .

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; & ROSSI, Lúcia Aparecida - **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002. Setembro-Outubro; 10(5):690-5. [s.l.] ISSN: 0104-1169. [Em linha]. [recuperado em 2010-08-11], Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf) .

- GEORGE, J. B.- **Teorias de Enfermagem: Dos fundamentos à prática profissional** 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN: 85-7307-587-2, p. 269.
- GOLEMAN, D. – **Inteligência Emocional**. Sant Vicenç dels Horts. (Sic) ideia e creació editorial, s.l. 2006, pp. 22, 367.
- GUEDES, T. M. – **Como adquirir o maior domínio da linguagem**. In Falar Melhor, Escrever Melhor, Lisboa. S R D, 1991, pp. 91 – 148.
- GOMES, A; OLIVEIRA A.; PIRES, C.; RAMOS, E.; & ALVES, E. - **Comunicação em Enfermagem**. In. Sinais Vitais, Coimbra N° 69, Nov.2006. ISSN: 0872-8844, , p. 23.
- HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-11-8, p. 172.
- LAZURE, Hélène. – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. 1994. ISBN: 972-95399-5-2, pp. 13, 15.
- LEAL, Isabel – **A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica**. Lisboa: Fim de Século. 2008. ISBN: 978-972-754-255-0, p. 62.
- LOPES, J.; & VIEGAS, A. – **Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação**. Enfermagem em Foco – Sindicato do Enfermeiros Portugueses. Lisboa. VII: 25 (Novembro/Janeiro 1997), ISSN 0871-8008, pp. 34-38.
- LOPES, Manuel J. – **A Integração do Doente Oncológico no seu meio Bio-Socio-Familiar**. In Enfermagem em Foco – SEP - Lisboa, Ano VII - Agosto/Outubro. N° 28 1997. ISSN: 0871-8008, p. 29.
- LOPES, Manuel J. – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e implicações**. Lisboa: Gráfica, 1999. ISBN: 972-98149-0-2. pp. 40, 45.
- LOPES, Manuel J. – **A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X, pp. 18, 22, 37, 38, 46, 47, 93,154, 323.
- LOPES, Manuel José - **Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação**. *Rev. Escola enfermagem USP* [S.L.]. 2005, vol. 39, n.2, São Paulo, pp. 223. ISSN 0080-6234. [em linha], [consulta 2010-02-13], Disp. em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci_arttext&tlng=pt) .
- LOUREIRO, L. – **Crenças acerca das Doenças Mentais e Psiquiátricas – Estudo realizado numa amostra de residentes na Região Centro de Portugal**. Referência. II serie – nº 5. 2009. ISSN: 0874-0283, p. 121.
- LOURO, Maria Clarisse – **A Pessoa Doente e Dependente: Do Hospital ao Domicílio**. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. N° 21 (Fev. 2010), ISSN: 0874-7695, pp. 59-68.
- MAGALHÃES, Freitas – **A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2007. ISBN 978-972-8830-84-7, pp. 44,59.

MATIAS, A. - **A Vertigem da realidade**. In Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. N.º25, Abril 2007. ISSN: 1646-2629, pp.36-39.

MOTA, A. – **Necessidades em Psiquiatria de Ligação no Hospital Geral** – in Revista Psiquiatria Clínica. Lisboa. 21:4 (2000) ISSN: 0101 – 6083, pp. 322, 239-245.

NASCIMENTO, António Leandro; ANDRADE, Mónica Gomes de; ASSED, Amanda Mendes Pinheiro; & BRASIL, Marco António Alves - Um **modelo para o parecer psiquiátrico no hospital geral**. J. Bras. Psiquiatr. 2006, vol.55, n.2, pp. 102-107. ISSN 0047-2085. [em linha], [consulta2010.02.13],Disp.em:<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=J.%20bras.%20psiquiatr&connector=ET&lang=pt> .

NEVES, Maria; & PACHECO, Susana – **Para uma Ética da Para Enfermagem – Desafios**. Lisboa. Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8, pp. 70, 71, 75.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Conselho de Enfermagem. Dezembro de 2009, pp.22-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório mundial da saúde 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 1ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2001. ISBN XX X XXXXXX X (classificação NLM:WA 540.1), pp. 43-44.

PAYNE, Rosemary - **Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde**. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-41-X, p. 45.

PEREIRA, M.; NEVES, P.; GREGÓRIO, P.; SOUSA, M. & CUNHA, P. – **Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo**. INE, Anuário Estatístico 2001-2008. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.2010. [em linha], [consulta 2010-09-13], Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/flash/form> .

PFETTSCHER, Susan – Florence Nightingale – Enfermagem Moderna. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 79.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**.1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3 pp. 4,163-181, 205,250, 252, 258,324, 325, 328, 600.

RAMOS, A. – **Que suporte para a Enfermagem de Consultadoria e Ligação num Hospital Geral**. Pensar Enfermagem. Lisboa. 3:2 (1999), ISSN: 0873/8904, pp. 33-37.

SCHERER, Zeyne; SCHERER, Edson; & LABATE, Renata - **Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta actividade?** Rev. Latino-am. Enfermagem. [S.L.] ISSN: ISSN 0104-1169. vol.10, n.1, 2002, (pp. 9, 11, 12) [Em linha] [consulta 2010-01-11]. Disp. em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000100002&script=sci\\_arttextt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000100002&script=sci_arttextt).

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5, pp. 98,99,136, 137 e 156-158.

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0, pp. 3, 245-249.

SERRA, Adriano – **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Adriano Vaz Serra. 1999, p.227.

SILVA, Cláudia – **Relacionamento Terapêutico em Enfermagem de Consultadoria e Ligação: Estudo de Caso**. In Actas do II Congresso Internacional da SPESM - **Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental**. Barcelos: SPESM, 2010. ISBN 978-989-96144-2-0, p. 403.

STUART, G.; & LARAIA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica** 4ª ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002. ISBN: 85-87148-62-1, pp. 11, 12.

TAYLOR, Susan – Dorothea E. Orem – Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 216.

TAYLOR, Cecelia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 399.

TUNMORE, R. – **O Enfermeiro de Ligação**. In Nursing. Lisboa. Ano 3, nº33. (Out.1990), ISSN: 0871-6196, p. 15.

VIEIRA, Margarida - **Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. ISBN: 978-972-54-0195-8, p. 82.

ZUARDI, António W.; & LOUREIRO, Regina – **Semiologia Psiquiátrica**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 44-53, Jan./ Mar. 1996. ISSN: 2176-7262. [em linha], [consulta 2010-08-07], Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/> .

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DOS MÓDULOS II e III

## CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DOS MÓDULOS II e III

### **CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO E.P.E. – HOSPITAL Nº SRª DO ROSÁRIO – BARREIRO<sup>7</sup>**

A nossa sociedade é uma sociedade de organizações. É incontestável que nascemos numa organização, somos educados em organizações e durante a maior parte das nossas vidas somos membros de alguma organização: uma escola, um hospital, um grupo desportivo, uma empresa, etc.

O Hospital Nossa Senhora do Rosário como organização, evoluiu de Hospital da Misericórdia para Hospital Distrital a partir de um projecto elaborado pelo grupo de programação de hospitais, realizado no ano de 1975 e aprovado no ano seguinte.

A sua construção teve início em 1980, e no dia 2 de Setembro de 1985, seu funcionamento estreou-se em consulta externa apenas em algumas especialidades. No dia 17 foram inaugurados três serviços de internamento (Medicina, Cirurgia e Especialidades Médicas e Cirúrgicas) e no dia 30 do mesmo mês abriu o Serviço de Urgência, tendo sido transferidos todos os serviços do antigo Hospital do Barreiro para o actual permitindo assim o seu pleno funcionamento.

Em Setembro de 1995, a sua designação foi alterada para Hospital Nossa Senhora do Rosário, por despacho do Ministro da Saúde.

Em Fevereiro de 2000, no âmbito do plano estratégico do Hospital e após aprovado por despacho ministerial, surge o Modelo Departamental. Este modelo organizacional procurava resolver dificuldades quer no âmbito da gestão hospitalar, quer no da gestão do pessoal de enfermagem. Esta Departamentação, que neste momento já não se encontra em funcionamento, consistiu num processo de integração de Serviços e Unidades com afinidade técnica e/ou funcional, utilizando em comum pessoal, instalações e equipamentos.

No ano de 2002 o Dec. Lei nº 299/2002 transformou a instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, e em 2005 foi transformado em entidade pública empresarial, pelo Dec. Lei nº 233/2005, passando a ser designado Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.

A implementação do Sistema de Classificação de Doentes ocorreu nesse mesmo ano, e em 2008 iniciam-se os processos para a acreditação de qualidade pela *Joint Commission International* em que segundo o HNSR EPE (2008) “**qualidade em saúde é... fazer as coisas certas, da maneira certa e no momento certo como resposta às verdadeiras necessidades da pessoa doente e/ou familiares, dos profissionais e da organização**”.

Releva ainda que a acreditação das estruturas de cuidados consiste num processo que embora já seja antigo nos Estados Unidos, é recente no continente Europeu. Acreditar “*é garantir, através de um processo específico, que determinado estabelecimento é credível e que, consequentemente, merece a confiança da população*”, citando HESBEEN (2001, p.172).

---

<sup>7</sup> Baseado em referência electrónica: <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos> e na minha observação directa.

Implantado na freguesia do Alto Seixalinho, numa zona da cidade onde confluem várias vias de acesso, está integrado na Unidade de Saúde do Barreiro, que é constituída por dois hospitais (Hosp. N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> do Rosário e Hosp. do Montijo) e por 6 Centros de Saúde (C.S. do Barreiro, C.S. da Qt. da Lomba; C.S. da Baixa da Banheira; C.S. da Moita; C.S. do Montijo e C.S. de Alcochete e respectivas extensões de saúde no total de 21), e tem como área de influência os Concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, servindo uma população estimada em 260.000 habitantes. É um Hospital Distrital Geral com 35 valências clínicas, prestando assistência a nível de Internamento, Consulta Externa, Urgência, e assegura praticamente todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica daí decorrentes.

### **Regime de Internamento**

Os serviços de internamento têm uma lotação de 428 camas.

Dispõe ainda de 5 camas na Unidade de Cuidados Intensivos e internamento de curta duração no Serviço de Urgência.

### **Regime ambulatorio**

O Hospital presta assistência em:

- Consultas externas;
- Medicina Física e Reabilitação;
- Unidade de Pedopsiquiatria;
- Imunohemoterapia;
- Unidade Oncológica;
- Unidade de Psicologia Clínica.

No seguimento do “Programa de Cuidados Continuados” que teve início em 1999, encontra-se o Serviço de Apoio Domiciliário, que presentemente se encontra em fase de reestruturação, tendo sido aprovado no final de 2009 um projecto, Unidade de Cuidados de Apoio Domiciliário Integrado apresentado pela Enfermeira Chefe do Serviço de Psiquiatria e Saúde mental, que aguarda que sejam cumpridas algumas exigências para a sua implementação.

Para além do Bloco Operatório e do Bloco de Partos é ainda de salientar a existência de outros serviços de apoio, Serviços Gerais, Especiais e de Instalações e Equipamentos.

Os serviços e áreas funcionais do Hospital podem usufruir de outro tipo de serviços tais como:

- Serviço de Saúde Ocupacional, constituído em 1999, que integra actualmente uma médica e um enfermeiro, especialistas nesta área.
- Centro de Formação Permanente do Hospital, estrutura concessora e gestora da formação a nível institucional, que reporta directamente ao Conselho de Administração. É coordenado por um grupo multiprofissional constituído por um enfermeiro, um médico, um administrador hospitalar e um técnico superior de gestão de recursos humanos.

### **Serviço de Enfermagem**

A estrutura do Serviço de Enfermagem contempla duas áreas de actuação: a área da prestação de cuidados e a área da gestão. A primeira corresponde às categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista, a segunda às categorias de enfermeiro-chefe, de enfermeiro supervisor e ao cargo de enfermeiro director. Cada categoria tem previsto conteúdos funcionais próprios, (art.º 7, Dec.Lei n.º437/91). Os enfermeiros estão na dependência hierárquica e funcional dos enfermeiros chefes dos serviços ou unidades de cuidados e reportam ao enfermeiro director.

### **Formação em Serviço**

A formação contínua e em serviço é considerada uma estratégia de apoio ao desenvolvimento profissional e dos serviços de saúde, dado que permitem renovar e reforçar potencialidades colocadas ao serviço dos cidadãos sujeitos de cuidados. Assim, em cada Serviço ou Unidade existe um Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço, que identifica necessidades formativas junto das equipas, define prioridades, planeia e calendariza os momentos de formação e promove a avaliação do impacto da formação na dinâmica do serviço.

Existe, ainda, o Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem, que faz a gestão da formação e das áreas subsidiárias ao nível de Enfermagem, na óptica dos enfermeiros. Depende e reporta directamente à Direcção de Enfermagem, estabelecendo relações de colaboração com estruturas formativas internas e externas.

### **Metodologia de Trabalho**

O método de distribuição de trabalho é o método de Enfermeiro responsável ou individual, pois permite uma melhor individualização dos cuidados de enfermagem e contribui para uma melhor resposta à satisfação das necessidades dos clientes. A distribuição dos doentes é feita pelo enfermeiro chefe ou pelo enfermeiro a quem delegou essas funções.

### **Avaliação do desempenho**

A avaliação do desempenho processa-se de acordo com as “Normas e Critérios” da Instituição, disponíveis em todas as Unidades ou Serviços.

As entrevistas de orientação individual são feitas periodicamente ou quando solicitadas pelo avaliado ou pelo avaliador.

De três em três anos é elaborado pelo Enfermeiro um relatório crítico de actividades, que é avaliado pelo Enfermeiro Chefe e pelo Enfermeiro Director. Após a entrevista de avaliação será atribuída menção qualitativa.

### **Quadro de Referências do Serviço de Enfermagem**

Diferentes filosofias ou maneiras de perceber a realidade levam a diferentes conceptualizações dos conceitos-chave de uma disciplina e fornecem enunciados sobre a natureza das relações entre os conceitos. Assim, as posições filosóficas veiculadas pela profissão de enfermagem incluem uma visão holística, racional e responsável dos seres humanos. Cuidados de

enfermagem de qualidade facilitam a adopção de comportamentos saudáveis e a qualidade de vida.

### **Conceito Pessoa**

A Pessoa possui dignidade, isto é, tem valor em si mesmo e não pelos seus actos.

Mas é influenciada pelas suas vivências de experiências presentes e passadas. Tem por isso uma dimensão relacional e temporal, isto é, relaciona-se no passado, presente e futuro, consigo próprio e com o ambiente.

Estas relações desenvolvem-se na procura de, a cada momento, encontrar o sentido da sua existência; a Pessoa tende para o equilíbrio, conjugando as suas necessidades com as suas aspirações ao nível biológico, social e cultural.

Durante a vida a Pessoa integra e faz uso das experiências próprias e dos outros na relação que desenvolve com o ambiente. Assim, o seu processo de totalização, sendo passível de ser apreendido através dos actos que desencadeia, formula um projecto de vida própria.

### **Conceito Ambiente**

O Ambiente aparece interligado com a Pessoa. Constitui-se pela globalidade dos entes externos ao limite físico da Pessoa e pelas relações entre eles.

Define-se Ambiente psicossocial pela globalidade humana de pessoas, grupos, organizações, comunidades e sociedades que directa ou indirectamente estão implicados com a Pessoa; que, de qualquer modo, afectam ou são por ela afectados.

Define-se Ambiente físico como a globalidade não humana, que directa ou indirectamente, influencia e ou é influenciada, pela Pessoa. A Pessoa através da relação retira do Ambiente, a energia e os elementos necessários à sua própria construção e é sobre ele que a Pessoa age como totalidade.

O Ambiente por sua vez também actua sobre a Pessoa. Significa dizer que o Ambiente é manipulável e que também a Pessoa é passível de mudança externamente induzida. Situado no Ambiente psicossocial da Pessoa, o enfermeiro introduz a mudança, no sentido da promoção da saúde.

### **Conceito de Saúde / Doença**

A Saúde da Pessoa é uma situação dinâmica que evolui no espaço e no tempo e que se caracteriza em função de cada um. Determina o nível pessoal de adaptação no desempenho das funções biológicas, psicológicas e socioculturais.

A Pessoa saudável é capaz de se adaptar, de mobilizar o seu potencial para encontrar o sentido da vida e a felicidade, podendo a sua Saúde ser desenvolvida, preservada e restabelecida.

A Pessoa em situação de Doença reflecte o desequilíbrio na relação, entre alguns dos recursos individuais e algumas das condições do ambiente. A Saúde e Doença são assim estad

condição humana, pelo que não se considera à partida, que uma Pessoa possa estar completamente doente ou completamente saudável.

### **Conceito de Enfermagem**

A profissão de enfermagem sendo essencialmente humanista e cientificamente fundamentada, tem como beneficiários imediatos a Pessoa, a Família e/ou a comunidade.

A Enfermagem desenvolve a sua acção em dois campos: o de interdependência, em cooperação com outras profissões de saúde, e o autónomo, aquele em que a sociedade lhe atribui competência para agir.

Cuidar em Enfermagem significa desenvolver um processo, que visa a autonomia máxima dos utentes, na produção e autogestão das suas respostas humanas, aos problemas de saúde actuais e/ou potenciais, com a finalidade de otimizar a concretização do seu potencial de saúde.

## **SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

O serviço de Psiquiatria propriamente dito comporta duas áreas distintas de actuação a funcionar num espaço comum. Uma corresponde à Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria (UICDP) e outra corresponde ao Serviço de Internamento.

São admitidos clientes vindos directamente do serviço de Urgência, da UICDP e das consultas externas de Psiquiatria, da área do Barreiro e do Montijo.

Na área das Consultas Externas, funcionam as consultas de psiquiatria dos clientes da área do Barreiro. Compreende uma equipa pluridisciplinar constituída por duas Enfermeiras, seis Médicos Psiquiatras, um Auxiliar de Acção Médica e dois Administrativos.

Nesta consulta é feito o acompanhamento regular da terapêutica ambulatoria, nomeadamente a Depôt IM, pela enfermeira, assim como os tratamentos efectuados com o recurso a soroterapia. Presentemente são desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas com os doentes em programa de soroterapia, por uma enfermeira especialista.

Esta consulta funciona igualmente no Hospital do Montijo com a equipa médica e enfermeira da área do Montijo.

### **Estrutura Física**

Este situa-se no 2º Piso à direita, encontrando-se dividido em duas áreas. É um serviço misto, servindo clientes de ambos os sexos com uma lotação de 24 camas para o internamento e de 8 macas para a UICDP.

Na globalidade todo o serviço apresenta uma área à esquerda onde se encontram as enfermarias e uma área à direita onde se encontram os serviços técnicos e de apoio.

Imediatamente antes da entrada no serviço encontra-se:

- Sala das Secretárias de Unidade: onde estes desenvolvem a sua actividade de apoio administrativo ao serviço;
- Sala da Assistente Social;
- Biblioteca;
- Sala de Fumo para utilização dos clientes;
- Vestiários dos Auxiliares de Acção Médica;
- Sala de Actividades Lúdicas/Terapêuticas.

Já no interior do serviço, apresentam-se à esquerda a arrecadação de material esterilizado, a roupa e a UICDP. À direita a Copa, o Refeitório/sala de Televisão, Sala de Reuniões, Sala de Tratamentos, Gabinete da Enfermeira Chefe, Sala de Registos, Sala de Sujos, W.C. do pessoal, Gabinete médico.

### **Circuito dos Utentes**

O ingresso no hospital poderá processar-se de duas formas, através do serviço de urgência ou através das consultas externas. Através da urgência o seu percurso inicia-se na área de atendimento administrativo, onde se inscreve e onde será triado pelo enfermeiro no balcão da

urgência, posteriormente será observado por um médico de clínica geral. Este, perante o seu diagnóstico, o encaminhará ou não no sentido de ser observado por um médico da especialidade. Após esta observação, deverá ser transferido para o serviço de Psiquiatria, ou para a UICDP, ou ainda para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Através da consulta externa: apresenta-se por indicação médica no serviço onde efectuará através do secretário de unidade, todas as diligências para ser internado.

Ao ser admitido no serviço, é-lhe efectuado o acolhimento pelo enfermeiro que lhe foi destinado, dando o secretário de unidade seguimento aos aspectos administrativos do internamento. O enfermeiro efectua ainda a entrevista inicial com a finalidade de aprofundar dados inerentes ao cliente que facilitarão a atribuição de um diagnóstico de acordo com a CIPE, estando esta em fase de implementação neste serviço.

### **Caracterização dos Utentes**

As características específicas dos clientes do hospital estão ligadas de forma intrínseca à área geográfica abrangida por este. De uma forma geral, o tipo de pessoas admitidas no serviço apresentam características rurais, desenvolvendo as suas actividades profissionais dentro do Sector Primário e Secundário. São sobretudo trabalhadores rurais, das pescas e fabris com um nível socioeconómico baixo. São maioritariamente de meia-idade, com um deficiente apoio familiar, com graus de dependência moderados e com tendência para a cronicidade da sua doença.

Assiste-se actualmente a um fenómeno global. Com uma esperança de vida mais elevada (ainda que viver mais anos signifique por vezes viver mais tempo com vulnerabilidade), o envelhecimento populacional proporcionou um acréscimo do número de pessoas com doenças crónicas, e conseqüentemente, conduziu a uma perda de autonomia devido a patologias degenerativas e incapacitantes, o que se começa a reflectir nesta área. É de referir que existe um grau elevado de cronicidade neste, apresentando estas pessoas internamentos sucessivos e implicando por vezes dependências variáveis nas Actividades de Vida, as quais por vezes são permanentes.

Os elevados graus de dependência e a cronicidade instalados faz com que existam inúmeras situações de abandono da terapêutica e de apoio insuficiente no domicílio. Neste contexto a participação da família no processo de cuidados, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do indivíduo doente até à sua recuperação máxima.

### **Situações mais frequentes**

No serviço de Psiquiatria recebemos clientes com patologias variadas: psicoses de vários tipos, doença bipolar, depressões, dependências (alcoolismo crónico, toxicodependências), tentativas de suicídio, anorexia. Nestas pessoas destaca-se um factor comum: a sua necessidade de cuidados psicoterapêuticos e de reabilitação psicossocial. De facto, esse papel tem sido assumido sobretudo por outras instituições após a alta, no entanto estas são escassas e a sua

coordenação com o hospital é insuficiente. Os recursos na comunidade e mesmos os recursos para a continuidade dos cuidados são escassos o que origina internamentos frequentes.

### **Equipa de Saúde**

Da equipa de saúde fazem parte integrante e interligados na equipa pluridisciplinar, diversos profissionais que de forma articulada e concertada contribuem para a promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade dos apoios e cuidados nomeadamente à estrutura familiar. Desta fazem parte os seguintes profissionais:

- ✓ 25 Enfermeiros dos quais 5 são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;
- ✓ 6 Médicos;
- ✓ 11 Auxiliares de Acção Médica que prestam apoio directo à equipa de enfermagem;
- ✓ 1 Dietista que actua quando solicitada pela equipa de enfermagem;
- ✓ 1 Assistente Social que intervém quando solicitada pela equipa de enfermagem;
- ✓ 2 Secretárias de Unidade que tratam dos aspectos administrativos de todo o serviço.
- ✓ 1 Terapeuta Ocupacional

### **Organização do Trabalho da Equipa de Enfermagem**

O horário de trabalho praticado pela equipa é habitualmente o de 30-40 h semanais. Trabalha-se em horário rotativo ou *roullement*, embora três elementos se encontrem em horário fixo. A equipa de enfermagem encontra-se estruturada em cinco equipas de três elementos.

Ao nível da prestação de cuidados directos, estes são assegurados habitualmente pelo mesmo número de elementos (três) em todos os turnos encontrando-se dois enfermeiros distribuídos para o internamento e um enfermeiro para a UICDP. Os turnos decorrem na manhã das 8 às 16 horas, os da tarde das 15.30 às 23.30 horas e os da noite das 23 às 8,30 horas.

O método de distribuição de trabalho implementado é o individual. Segundo FREDERICO E LEITÃO (1999, p. 193), "este método consiste na distribuição de um certo número de doentes, que varia segundo a sua dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos, durante o turno de trabalho".

Este serviço tem como **Missão** o prevenir a doença mental, intervir na crise e facilitar a reintegração dos clientes na comunidade.

Neste contexto importa referir que o grau de satisfação estabelece-se não só pela qualidade dos cuidados prestados, mas também pela relação que os serviços estabelecem com o cliente / família. A concepção de cuidados de enfermagem numa perspectiva de qualidade implica que se desenvolvam os conhecimentos relativamente às necessidades humanas e de saúde, reconhecendo-se cada pessoa como um ser individual nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

### **Inter-Relações do Hospital e do Serviço**

A articulação do serviço com as restantes unidades hospitalares é fundamental. Citando FREDERICO E LEITÃO (1999, p.193) e de acordo com a lei 48 de 24 de Agosto de 1990 base XII, o sistema de saúde “é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção, e tratamento na área da saúde bem como por todas as entidades privadas (...)”. Ainda de acordo com a base XIII “(...) deve ser promovida a intensa articulação entre os níveis de cuidados de saúde (...)”.

A área de influência do hospital no contexto Serviço Nacional de Saúde abrange os centros de saúde do Barreiro, Quinta da Lomba, Moita, Montijo e Alcochete e igualmente o Hospital do Montijo. O serviço de Psiquiatria pelas suas características próprias tem frequentemente a necessidade de se articular com várias instituições ou entidades, tendo em vista a continuidade ou a complementaridade dos cuidados.

### **UNIDADE DE ONCOLOGIA – AMBULATÓRIO<sup>8</sup>**

Esta unidade tem como objectivo a prestação de cuidados diferenciados a todos os doentes portadores de tumores malignos. Deste modo, realiza cuidados especializados nas áreas do diagnóstico, tratamento, vigilância e intervenções paliativas.

A Unidade Oncológica iniciou a sua actividade em Março de 1994, surgiu como uma estrutura autónoma de qualquer serviço, tendo ainda a seu cargo as Consultas de Oncologia e de Tratamento da Dor. Este tipo de respostas rapidamente se revelou insuficientes, não só pelo significativo aumento de números de doentes, mas ainda pela crescente exigência de qualidade dos cuidados.

No ano de 1996 a Unidade foi integrada no Serviço de Medicina Interna, na qual foi definida uma área de internamento, com nove camas.

Os cuidados oncológicos pela sua especificidade estão interligados com capacidades e competências que permitam os melhores resultados no tratamento dos doentes, sendo o seu manejo obrigatoriamente multidisciplinar.

Em Janeiro de 2000, com o processo de Departamentação, a Unidade de Oncologia passou a ser uma estrutura autónoma, tendo o ambulatório mudado para o 2º piso do hospital, mantendo as nove camas para internamento no Serviço de Medicina, situação que se mantém até à presente data. Contudo este espaço torna-se insuficiente de acordo com o crescimento da actividade, tendo já sido efectuado um projecto para nova mudança de instalações e a sua passagem a serviço.

Considerando os processos da melhoria da qualidade desenvolvidos neste hospital existe no serviço um manual de boas práticas para o atendimento dos doentes, actualmente está ser

---

<sup>8</sup> Baseado em referência electrónica: [http://www.hbarreiro.min-saude.pt/Servicos/Serv\\_Clinicos/Oncologia/](http://www.hbarreiro.min-saude.pt/Servicos/Serv_Clinicos/Oncologia/) e na minha observação directa.

reformulado, pois o serviço irá mudar para o 5º piso do hospital, e adaptado às novas exigências.

Nesta Unidade desenvolvem a sua actividade, **5** Oncologistas, **1** Hematologista em tempo parcial (16 horas semanais) e **2** Anestesiologistas, **9** Enfermeiros (incluindo 1 Especialista em Reabilitação e 1 Especialista em Médico-Cirurgica), dois Técnicos de Farmácia (responsáveis pela preparação de citostáticos), **3** auxiliares de Acção Médica e **5** Secretárias de Unidade.

A partir de Agosto de 2007, passaram a colaborar na equipa multidisciplinar 3 Pneumologistas. Não fazem parte desta equipa Psicólogos, Nutricionistas, Assistente social ou Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Porém existe uma Psicóloga que dá apoio a alguns serviços do hospital, nomeadamente ao serviço de psiquiatria e saúde mental, e relativamente ao serviço de oncologia desenvolveu um grupo de ajuda para mulheres com neoplasia da mama.

Quinzenalmente é realizada a reunião de senologia na qual são discutidas as intervenções a realizar com os doentes oncológicos, e estão presentes os seguintes profissionais: Oncologistas, Cirurgiões, Radioterapeuta, Ginecologista, Enfª da consulta de senologia, Enfª Chefe do serviço de oncologia.

A reunião multidisciplinar da equipa de serviço de oncologia realiza-se às quintas-feiras, e nela participam os médicos do serviço, a Enfª Chefe e a Psicóloga, e a ordem de trabalhos poderá ser de variada, sendo a segunda parte destinada á discussão de casos clínicos.

No espaço físico é constituído por **6** gabinetes de consultas médicas, arquivo, duas salas para administração de citostáticos com a lotação, de **8** cadeirões e **3** camas, sala de preparação, sala de reuniões e biblioteca, secretariado, sala de espera e sala de tratamentos e pensos, onde se realizam ainda as colheitas de produtos para análises clínicas.

Foram realizadas em 2006 mais de 9000 consultas de oncologia, das quais 460 corresponderam a novos doentes, 600 consultas de tratamento da dor e cerca de 6900 sessões de Hospital de Dia e técnicas de tratamento da dor. Foram internados cerca de 300 doentes, com uma demora média de 9,6 dias.

No que toca à taxa de mortalidade global da unidade, os números são baixos e rodam os 30-35%, sendo a taxa de sobrevivência global da doença em Portugal é de 50%. Ainda relativamente ao internamento a unidade tem 11 camas e duas para isolamento. Segundo o Sr. E. S., Médico e Director Clínico do serviço, *“a taxa de ocupação é de 90%, sendo que são internados cerca de 400 doentes por ano. E cada doente está internado, em média, oito dias e meio”*. Informou ainda que os cancros que requerem mais frequentemente internamento são o cancro da mama, do estômago, do pulmão e da próstata bem como as neoplasias hematológicas, sobretudo linfomas e mielomas.

São realizados todos os tipos de tratamentos anti-neoplásicos e algumas técnicas como por exemplo: os mielogramas, as toracocenteses, as paracenteses e as biopsias ósseas.

É importante referir que o serviço não tem lista de espera para as consultas, nem para qualquer acto terapêutico.

É de salientar a actividade de consultadoria em Oncologia que se desenvolve com os outros serviços do hospital.

### **Actividade Assistencial:**

A actividade assistencial na unidade oncológica clínica é personalizada relativamente á parte médica, pois cada doente tem um oncologista responsável pelo seu acompanhamento quer em ambulatório, quer em internamento. Já no que diz respeito á equipa de enfermagem o trabalho organiza-se de acordo com as tarefas.

### **Motivos de Internamento**

Em situações específicas existe a necessidade de internamento destes doentes, das quais se destacam as seguintes:

- Realização de quimioterapia, particularmente de protocolos com perfusão prolongadas de citostáticos e/ou com esquemas de hidratação e/ou condições que necessitassem de vigilância clínica mais apertada, só possível em internamento.
- Tratamento de complicações secundárias à quimioterapia, graves, cujo controlo ou tratamento de quadros clínicos por elas desencadeados exigisse internamento. As mais frequentes são:
  - Quadros infecciosos, associados ou não, a neutropénia.
  - Toxicidade gastrointestinal grave, nomeadamente a diarreia e/ou vómitos associados a desidratação.
  - Alteração do equilíbrio hidro-electrolítico.
  - Insuficiência renal.
- Tratamento de complicações secundárias à patologia oncológica de base. As complicações mais frequentes são:
  - Alterações do comportamento ou do estado de consciência (por metastização cerebral, hipocalcémia, falência hepática).
  - Síndrome de compressão medular.
  - Trombose venosa profunda.
  - Oclusão intestinal.
  - Queixas algicas descontroladas.
  - Caquexia neoplásica.
  - Doença terminal.
- Tratamento que exijam procedimentos técnicos, cuja sua manutenção exija internamento (CPRE; colocação de próteses, biopsias dirigidas por imagem...).
- Investigação diagnóstica de novas lesões;
- Queixas algicas ósseas por metastização;
- Quadros infecciosos, associados ou não a neutropénia;
- Hemorragia digestiva.

### **Consulta Médica de Oncologia**

Esta funciona em todos os dias úteis. São observados:

- Todos os doentes em terapêutica oncológica e que têm tratamento programado para esse dia. Estes doentes deverão ser portadores de avaliação analítica recente (realizada na véspera ou no próprio dia).

- Doentes que vão ser observados pela primeira vez por esta especialidade, referenciados pelos centros de saúde, por outras especialidades ou pela consulta de senologia.

- Doentes em vigilância, incluindo os que se encontram a realizar terapêutica oncológica e os que não têm indicação para terapêutica, mas têm indicação para vigilância.

O tratamento do cancro poderá ser considerado de acordo com o estadió da doença. Assim estes poderão ser examinados como primários, como adjuvantes, como curativos ou como paliativos.

Existem tratamentos neoadjuvante e adjuvante. A terapêutica adjuvante consiste em apenas quimioterapia, em apenas hormonoterapia (aditiva, inibitória, competitiva e ablativa) ou na associação sequencial das duas. Os esquemas de quimioterapia mais utilizados em cenários adjuvante são os que contém antraciclina, seguidas de taxanos. Em contexto paliativo são considerados na decisão terapêutica: os tratamentos efectuados em contexto adjuvante, a extensão da doença e o estado clínico global do doente. Incluem a capacitabina, vinorelbina e a gencitabina. Doentes com metastização óssea documentada efectuam terapêutica com bifosfonatos e radioterapia. A quimioterapia poderá ainda ser instituída como terapêutica de 2ª linha. Na bioterapia podem ser incluídos os interferons, interleucinas, anticorpos monoclonais, factores de necrose tumoral e retinóides.

### **Atendimento não programado**

Este atendimento funcione diariamente e destina-se a todos os doentes inscritos na unidade que necessitam de avaliação urgente.

Os doentes são observados preferencialmente pelo seu oncologista, na ausência deste há um oncologista que prolonga o seu horário até às 20h de acordo com uma escala semanal.

A observação médica realiza-se após uma triagem realizada pela equipa de enfermagem. Das observações clínicas que se observam com maior frequência destaca-se:

- Os síndromes febris;

- As toxicidades relacionadas com a quimioterapia, nomeadamente náuseas, vómitos e as diarreias.

- As queixas algicas descontroladas;

Em função da avaliação clínica este pode ter alta, ser internado ou orientado para uma consulta programada com o seu médico oncologista.

### **SERVIÇO DE RADIOTERAPIA**

Este serviço foi criado em 2005 com o objectivo de completar as soluções de tratamento disponíveis na área de oncologia. Trata-se de um serviço recente estando do ponto de vista tecnológico muito actualizado. Segundo o Sr. Paulo Costa, Médico e Director do serviço, “o

*número de tratamentos efectuados por dia, são para cima de uma centena, embora dependam do tipo de complexidade que cada doente exige”.*

Os doentes que utilizam este serviço, poderão ser encaminhados, quer por outros hospitais, quer por indicação de outros médicos, quer ainda por referência interna das consultas de oncologia ou da cirurgia, do próprio hospital.

A equipa deste serviço é composta por: três médicos especialistas em radioterapia e sete profissionais do sector da física, mais especificamente, quatro engenheiros físicos e três dosimetristas. O serviço possui ainda dez terapeutas, três assistentes operacionais e quatro assistentes técnicos administrativos.

Os tratamentos efectuados poderão ser curativos, profilácticos, adjuvantes e paliativos.

### **NÚCLEO DE SENOLOGIA**

Este núcleo é composto por um grupo multidisciplinar dedicado ao tratamento das doenças da mama, com especial enfoque na patologia oncológica. Funciona desde Abril de 2000. Tem como objectivo tratar o doente com cancro da mama numa visão integradora onde, para além do diagnóstico rápido e uma estratégia terapêutica adequada, assegura no plano cirúrgico toda a vertente oncoplástica e reconstrutiva.

Compete á equipa que integra este núcleo a realização da consulta multidisciplinar do grupo oncológico. Esta equipa é formada por: médicos de cirurgia geral, médico ginecologista, médico de cirurgia plástica e reconstrutiva, médicos oncologistas, médico de anatomia patológica, médico de radioterapia, uma psicóloga, técnico de medicina física e reabilitação, duas enfermeiras, uma assistente social e uma administrativa.

Segundo o Director do Núcleo *“o tratamento oncológico do cancro da mama nesta instituição segue os guidelines mais actualizadas e tem os recursos humanos e técnicos adequados para um tratamento completo da doença”*

São referenciados a esta consulta:

- Doentes com diagnóstico médico inicial de patologia oncológica, para elaboração em contexto multidisciplinar de um plano terapêutico adequado;
- Doentes com recidiva ou em progressão da doença, para a qual possa estar indicado tratamento multidisciplinar;
- Doentes cujo caso clínico seja considerado particularmente complexo e para o qual possa estar indicada uma abordagem terapêutica multidisciplinar

## **CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO RELACIONAL NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA – AMBULATÓRIO.**

Para caracterizar o contexto relacional, será útil lembrar a constituição da equipa multidisciplinar do serviço de oncologia ambulatório, anteriormente mencionada.

O primeiro contacto com o doente, no serviço de oncologia, é realizado por umas das 5 secretárias do serviço. Estas são responsáveis por marcações de exames complementares de diagnóstico, confirmação das consultas marcadas pelos médicos, transportes para outros hospitais e para os domicílios dos doentes, entre outros.

O horário de funcionamento do serviço de oncologia ambulatório é das 8h às 20h de segunda a sexta-feira. O número de tratamentos efectuados diariamente é aproximadamente de **50**. Porém este número não inclui os tratamentos não programados.

Os doentes chegam a este serviço referenciados pelo médico de família, ou outro. Será então efectuada uma consulta médica na qual é definido o tratamento a efectuar, que pode não incluir quimioterapia.

Posteriormente dirige-se á enfermeira para realizar tratamento prescrito pelo médico. Quando chega á enfermeira trás muitas dúvidas e medos. Assim a enfermeira realiza a primeira entrevista na qual esclarece algumas dúvidas e dá informações relacionadas com o tratamento de quimioterapia. Esta interacção decorre no corredor ou na sala de quimioterapia, onde estão presentes outras pessoas.

Estando a sala de tratamentos de quimioterapia em pleno funcionamento, encontram-se na sala 8 doentes, 2 a 3 enfermeiras e 1 auxiliar. Os doentes escolhem o cadeirão de acordo com a disponibilidade e certos tratamentos obrigam a uma permanência de 3h/6h nesta sala. Durante o tratamento as interacções estabelecidas são várias, quer entre os doentes, quer entre as enfermeiras e ainda entre os doentes e as enfermeiras. Na interacção enfermeiro doente observam-se diferentes de relações, sendo que algumas demonstram maior proximidade. Relativamente aos doentes, estes apresentam relações preferenciais com certas enfermeiras. As interacções realizam-se quer a nível grupal quer individual, mas ambas em contexto público. Por vezes notam-se algumas conversas entre a enfermeira e o doente de carácter mais privado, em tom de voz baixa e exigindo maior aproximação física, podendo estas ter alguma finalidade terapêutica. Todavia é posta em causa a globalidade dos cuidados, pois este tipo de doentes exige um elevado grau de atenção, rigor técnico e cuidados individualizados. Apesar da enfermeira, ao dirigir-se a outro doente, alterar o seu registo de interacção, não consegue atingir o grau de disponibilidade e privacidade exigida, pois a sua atenção tem de ser distribuída pelos 8 doentes que estão na sala. Porém observam-se muitas interacções mais próximas.

As intervenções grupais exigem da enfermeira um grande conhecimento do grupo para que a mensagem tenha o impacto desejado junto dos seus elementos. Também se nota uma grande atenção da parte da enfermeira relativamente às interacções que recorrem entre os doentes,

pois por vezes estas exigem a sua intervenção no sentido de esclarecer algumas ideias mal formadas.

A interacção com o médico nesta sala é muito rara, ocorre apenas por solicitação da parte da enfermeira, e nota-se alguma inibição dos doentes perante os médicos.

APÊNDICE II  
PSIQUIATRIA CONSILIAR DE LIGAÇÃO E OS CUIDADOS DE  
SAÚDE

## PSIQUIATRIA CONSILIAR E DE LIGAÇÃO E OS CUIDADOS DE SAÚDE

### Psiquiatria de Ligação

O grande marco histórico da psiquiatria de ligação remonta aos anos 30, tendo surgido nos Estados Unidos, numa altura de grandes mudanças, fundamentalmente ligadas ao avanço tecnológico da medicina e da sua formação a nível hospitalar (CARVALHO, 2010, p. 36).

A primeira unidade de psiquiatria num hospital geral foi criada em 1902 em Nova York no Albany Hospital. Em 1913, Adolf Meyer, defensor acérrimo da integração entre a psiquiatria e a medicina em geral, funda a Clínica Psiquiátrica do Hospital John Hopkins. A ele se deve o desenvolvimento da psiquiatria de ligação e da medicina psicossomática (CARVALHO, 2010, p. 36).

DUNBAR e cols (1936), cit. por MOTA (2000, p. 239) deram o seu contributo para o progresso da psiquiatria de ligação escreveu, “...*não deve vir longe o momento em que a colaboração dos psiquiatras seja requerida em todas as enfermarias médicas e cirúrgicas*”.

Edward Billings foi o fundador do primeiro serviço de psiquiatria de ligação, em 1934, no Colorado General Hospital. Tratava-se de um serviço sem camas, cujo modelo de intervenção era dar assistência aos outros serviços (CARVALHO, 2010, p. 36).

Alguns anos mais tarde (1949) este modelo foi ampliado M. RALPH KAUFMAN, cit. por MOTA (2000, 240), referia que o psiquiatra deve ser elemento integrante da equipa médica, exercendo actividades clínicas e de consultadoria.

Nos anos 60 a psiquiatria de ligação foi alvo de grandes avanços, em termos de prática clínica, ensino e investigação, não só nos EUA e Canadá mas também na Europa. Em 1989 a Psiquiatria de Ligação foi formalmente designada como sub-especialidade da Psiquiatria (CARVALHO, 2010, p. 37).

Em 1995 foi criada a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria de Ligação que, segundo CARDOSO (2006, p. 410), tem por objectivo ser o fórum nacional de comunicação entre técnicos desta área e representá-los a nível nacional e internacional.

Segundo BARBOSA & GAGO (1997, p. 933) é exemplo desta evolução o número crescente de psiquiatras contratados para trabalharem em Psiquiatria de Ligação, em hospitais gerais, e de internos de psiquiatria a realizarem um estágio de três meses em tempo completo, neste domínio.

Verifica-se, assim, que a psiquiatria de ligação é uma área da prática clínica e da investigação psiquiátrica em franco desenvolvimento, cujo processo evolutivo é um reflexo das tendências futuras da saúde mental.

Na diversa literatura existente, podemos encontrar o termo interconsulta psiquiátrica em vez de psiquiatria de consultoria e ligação, é uma questão de terminologia de diferentes países, que serve para indicar o conjunto de actividades desempenhadas por profissionais de saúde mental junto dos outros serviços de um hospital geral.

Segundo LIPOWSKI (1986) cit. por NASCIMENTO [et al] (2006, p. 103), “A *interconsulta psiquiátrica* pode ser definida como uma sub-especialidade da psiquiatria que se ocupa de assistência, ensino e pesquisa na interface entre psiquiatria e medicina”.

QUERQUES e STERN (2004) referenciam ainda que a psiquiatria de ligação “...*difere da prática psiquiátrica no tipo de abordagem ao paciente, no ambiente em que ocorre e pela intensa interação com outras especialidades*” NASCIMENTO [et al] (2006, p. 103).

Para NASCIMENTO (2006, p. 103), existem dois modelos de interconsulta psiquiátrica: a psiquiatria de ligação e a consultadoria psiquiátrica.

No modelo de ligação o psiquiatra faz parte de um serviço ou departamento, estando integrado na equipe. “ O *psiquiatra não espera que os doentes lhe sejam referenciados, intervém ao identificar a necessidade de cuidados psiquiátricos, (...) e intervém também, junto da equipa médica e de enfermagem, quando surgem problemas inter-relacionais entre estas e o doente*” MOTA (2000, p. 244).

Neste modelo, a comunicação entre médicos é feita, frequentemente, através de pedidos de pareceres. Fundamentalmente este parecer consiste no “...*registro da história, dos achados do exame e da impressão do psiquiatra acerca do paciente*” NASCIMENTO (2006, p. 103).

A função do psiquiatra de consultadoria “...*ultrapassa a condição assistencial, pois o parecer psiquiátrico também contribui para a educação e o treinamento dos profissionais que o solicitaram*” ALEXANDER e BLOCK (2002) cit. por NASCIMENTO (2006, p. 103).

BARBOSA & GAGO (1997, p. 935), descrevem os aspectos mais relevantes do processo de «*Consultadoria e Ligação*», da seguinte forma:

*Compreender e responder às necessidades do profissional de saúde que pede apoio, mesmo que não haja perturbação psiquiátrica.*

*Envolver-se em interações eficazes com diferentes especialistas e técnicos de saúde, nomeadamente na identificação das questões postas, na transmissão dos dados de observação, na formulação simples e directa das recomendações e no suporte e estímulo aos membros da equipa terapêutica.*

*Obter dados das fontes apropriadas, nomeadamente dos registos clínicos, dos membros da equipa, da família e de outros informadores relevantes.*

*Redigir um registo de observação pertinente e útil.*

*Monitorizar a evolução do doente durante a hospitalização, fornecendo continuamente as informações necessárias.*

Apesar dos vários modelos existentes importa referir que cada hospital ou serviço deve adoptar o que for mais conveniente.

O diagnóstico psiquiátrico é fundamental para o psiquiatra de ligação. Há doenças psiquiátricas que, especialmente em doentes internados, podem dificultar o tratamento da doença orgânica.

Na fase inicial é feita formulação do diagnóstico. Depois de ter sido apresentado ao doente pelo médico assistente ou por um enfermeiro conhecido, é a realização da entrevista. Esta deve ser adequada ao estado do doente e para MOTA (2000) é importante ter em atenção alguns aspectos tais como: abordar os sentimentos do doente sobre o pedido da consulta; facilitar a expressão de ideias; questionar sobre os sintomas físicos, história da doença e curso; detectar aspectos da comunicação verbal e não verbal; utilizar um estilo empático; pesquisar os sintomas psicológicos; estabelecer elos sobre as queixas físicas e psicológicas.

Existem situações de adaptação à doença orgânica que se manifestam por sintomas de ansiedade e medo e que muitas vezes se alteram com pequenas modificações no relacionamento entre os técnicos e o doente. É da competência do psiquiatra de ligação a sugestão destas alterações aquando da formulação do plano terapêutico que deve ser transmitido ao médico assistente.

O psiquiatra de consultoria e ligação pode recomendar uma terapia específica, sugerir áreas de investigação médica adicional, informar médicos e enfermeiras sobre o seu papel no tratamento psicossocial do doente, recomendar a transferência para um serviço de psiquiatria, sugerir ou assumir uma terapia breve.

As orientações do psiquiatra são extremamente importantes para o sucesso da observação, tendo em atenção “...o que o psiquiatra comunica, como o faz e a quem o faz, tendo em conta quatro critérios: **relevância** (o que é dito tem de dar luz ao problema), **valor explicativo**, **inteligibilidade** e **praticabilidade**” MOORE (1978, 413-419) cit. por MOTA (2000).

### **Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação, e a sua Prática**

Analogamente aos contextos anteriormente referidos existem vários autores que referenciam em que consiste a enfermagem de consultadoria e ligação e quais os seus benefícios. LEVY (1998) cit. por RAMOS (1999, p. 35) refere que a mesma surge como uma sub-especialidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, fornecendo um suporte de conhecimentos especializados cujo objectivo consiste em dar resposta a um pedido de um prestador de cuidados directos. E este autor explica a aplicação da enfermagem de consultadoria e ligação em quatro fases: a solicitação, que tanto pode ser feita pelo utente, no caso da consulta externa, ou pela comunidade, pelo enfermeiro, pelo médico, por um familiar ou por um técnico do serviço social; avaliação e aplicabilidade; identificação dos problemas; por fim a prestação de cuidados directos e indirectos, conforme o estado do utente e o modo como o consultante adere.

Serão cuidados directos se o problema não for muito claro e o consultor tiver necessidade de fazer uma observação mais completa para clarificar o problema e melhor definir o diagnóstico de enfermagem. No caso de a situação ser perfeitamente clara para consultor e consultante optar-se-á pela prestação de cuidados indirectos. Neste caso há a pretensão de alterar o comportamento do utente propondo mudanças no comportamento do enfermeiro consultante; ou seja, “*melhorar os aspectos terapêuticos da relação enfermeiro-utente como meio de melhorar os cuidados de enfermagem*” (TUNMORE, 1990, p. 15).

Em alguns dos estudos consultados, principalmente, o realizado por SHERER [et al] (2002, p. 12), verifica-se que, apesar de não compreenderem a função do Consultor em Enfermagem de Ligação, ou mesmo desconhecerem a sua existência, alguns enfermeiros de outros serviços consideram que este é uma mais-valia para o hospital. Este desconhecimento, em parte, pode ser atribuído ao facto das escolas de enfermagem não incluírem nos seus programas de formação a Enfermagem de CL e nem englobarem um estágio estruturado obrigatório sobre esta área.

Para a *American Nurses Association* a prática da interconsulta de enfermagem psiquiátrica baseia-se “...em teorias de estresse, enfrentamento e adaptação, com uma integração de perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas” SCHERER [et al] (2002, p. 11).

CUADRA [et al] (1991), considerou a definição do papel de consultor de enfermagem dada pela Nursing Consultants Association (NCA) como sendo “...um enfermeiro que utiliza seus conhecimentos de enfermagem e sua experiência para promover cuidados de saúde através de meios distintos ao cuidado directo do paciente” SCHERER [et al] (2002, p. 9).

Para CUADRA (1991) cit. por SCHERER (2002, p. 11), existiram, essencialmente, três tipos de interconsulta na prática da enfermagem de saúde mental: Consulta centrada no cliente – visa a resolução dos problemas imediatos, confirmando o diagnóstico de enfermagem e desenvolvendo planos de cuidados, com base não só nos conflitos detectados, mas também na prevenção de problemas futuros. Consulta centrada em problemas administrativos – de forma indirecta são planeados programas, seminários e grupos, com vista a detectar áreas stressantes, de forma a melhorar a prestação de cuidados. Consulta centrada no enfermeiro e na equipa assistencial – tem como objectivo principal um melhor funcionamento da equipa, ajudando-a a compreender os factores psicológicos da doença, clarificando e dando apoio aos enfermeiros para criar estratégias de forma a fazer face aos conflitos que possam surgir, utilizando os seus próprios recursos pessoais.

Este tipo de apoio poderá ser utilizado não só com os beneficiários dos cuidados de enfermagem, mas também com os próprios enfermeiros que experienciam situações de esgotamento profissional associadas a determinados factores que PHANEUF (2005, p. 600) realçou, entre outros, “a tensão emotiva causada pelo contacto com o sofrimento e a morte”.

Faz todo o sentido que as intervenções de enfermagem, neste contexto sejam “...da responsabilidade do enfermeiro com a especialidade em saúde mental e psiquiátrica, inserido numa equipa multiprofissional” RAMOS (1999, p.33). Esta ligação permite facilitar a relação entre o doente e a família, a doença, os consultantes e o internamento. “O trabalho de consultadoria é concebido como o apoio dado por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor) a outro enfermeiro (como consultante), responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultantes do actual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença” LOPES E VIEGAS (1997, p. 36).

Assim, o Parecer de Enfermagem de Consultadoria e Ligação resulta de uma entrevista de colheita de dados que inclui a recolha de informação prévia, do processo clínico e/ou através dos técnicos, da história do doente, do exame objectivo e da avaliação do estado mental. Após a recolha dos dados, deverão ser elaborados diagnósticos de enfermagem com base nos fenómenos apresentados na CIPE e planeadas as adequadas intervenções terapêuticas de enfermagem.

Quanto às acções desenvolvidas pelo enfermeiro neste contexto poder-se-á apreciar o que referiu LOPES (2005, p. 223) relativamente aos aspectos terapêuticos, considerando toda a intervenção com intencionalidade terapêutica, dirigida ao doente e á família. Neste

encadeamento poderão ser utilizadas técnicas tais como: escuta activa, disponibilizar presença, relação de ajuda, reestruturação cognitiva, suporte emocional, terapia pela reminiscência e outras. No entanto devem ser utilizadas, pelo enfermeiro, com criatividade, mas nunca sem terem sido submetidos à sua experimentação pessoal ou quando não se sente confortável com os mesmos, quer devido à falta de habilidade no seu manejo ou à dificuldade em gerir os efeitos que deles decorrem (CHALIFOUR, 2009,p. 45).

Em última análise, poderá dizer-se que o Parecer de ECL consiste numa Avaliação Diagnóstica, na Elaboração de Diagnósticos de Enfermagem e no Planeamento de Intervenções Terapêuticas, directas ou indirectas. Não dizendo respeito apenas a questões directamente relacionadas ao paciente, mas também a problemas que envolvem a equipa e o relacionamento entre ambos. Nesta minha experiência prática, a Avaliação Diagnóstica, referida anteriormente, tem por base o Processo de Avaliação Diagnóstica descrito por LOPES (2006, p. 154), em que a entrevista de colheita de dados, assim como a descrita por este autor, corresponde ao primeiro encontro entre o enfermeiro consultor e o doente e/ou familiar, após a solicitação do pedido de parecer. Assim, tal como refere, a avaliação diagnóstica orienta-se em três sentidos diferentes mas complementares, que o autor caracteriza pormenorizadamente: o que o doente sabe; o que preocupa o doente; estratégias/capacidades do doente. Sob este prisma, o Parecer de Enfermagem CL poderia esquematizar-se conforme se apresenta na figura 1:

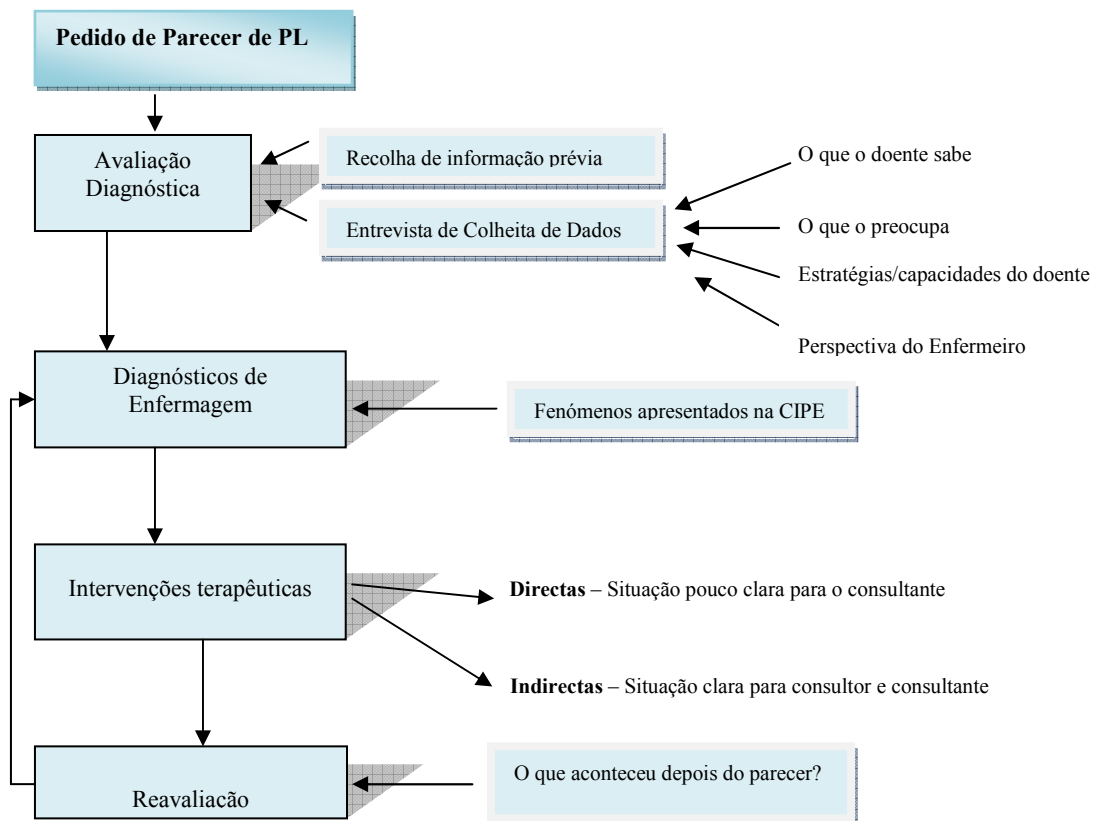


Figura 1 – Esquematização do “Parecer de Enfermagem de Consultadoria e Ligação”

Porém o enfermeiro consultor, pode ainda contribuir para a formação dos enfermeiros dos outros serviços aos quais se encontra vinculado, de forma a promover a mudança de atitudes e comportamentos do cliente perante o hospital, os técnicos e a doença (CARVALHO, 2010, p. 40).

As situações que não requerem internamento hospitalar, permitem que o enfermeiro consultor desenvolva uma prática centrada na comunidade. Nestes processos é actualmente também reconhecido o papel da família como principal cuidador, considerando as novas respostas delineadas para os efectivos problemas de saúde mental nomeadamente as descritas no Decreto-Lei nº 8/2010, para a qual terá de ser dirigida uma atenção específica pois como considerou MARTINS [et al] "*A situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social*" FERREIRA (2009, p. 74).

Também LOURO (2010, p. 60) ponderou que no contexto actual onde as políticas enfatizam a manutenção da pessoa com dependência no domicílio, além da articulação entre os serviços formais e informais, deverá ser reconhecido o papel central do cuidador (familiar ou amigo). Todavia, em determinadas situações existe a necessidade de aliviar as experiências mais duras pelas quais passa a família, não só apostando na sua resiliência, mas também em outras formas de enfrentamento do *Burden* familiar. Nesta perspectiva são imprescindíveis as intervenções que o enfermeiro de saúde mental, numa óptica de ligação, que desenvolve no contexto domiciliário considerando as intervenções que têm como finalidade, a melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e o pleno bem-estar do doente.

APÊNDICE III  
ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA

## ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA

Esta entrevista foi realizada na segunda semana de Maio de 2010 e a aplicação do **guião** elaborado motivou as respostas que se transcrevem a itálico:

“A intervenção da Enfermagem de Consultadoria e Ligação, realizada por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, poderá passar pela responsabilização de um enfermeiro do Núcleo de Psiquiatria de Ligação, com um vínculo mais efectivo ao seu serviço, ou por um acompanhamento em regime de solicitação feito por um grupo de enfermeiros desse núcleo.”

1. Que vantagens/ desvantagens vê em cada uma destas hipóteses? Considera haver outras formas de organização a propor?

*“- A hipótese de vincular um enfermeiro do N.P.L. ao serviço garante um melhor acompanhamento regular é o mais indicado. Este enfermeiro está mais disponível e pode prestar uma assistência mais assídua.”*

2. Na sua opinião quais são os conhecimentos da generalidade dos enfermeiros do seu serviço sobre saúde mental e psiquiatria?

*“- São poucos, embora, a maior dificuldade se situe nas intervenções com esses doentes, e na falta de disponibilidade.”*

3. Considera que os enfermeiros do seu serviço têm, ainda que não as expressem, dificuldades em cuidar os clientes com problemas do foro psicológico? Se sim quais?

*“- As dificuldades situam-se ao nível do relacionamento adequado e conseqüente e são expressas sem reservas pelos enfermeiros. Sabem identificá-los não lhe dão é seguimento.”*

4. O que pensa sobre os cuidados que no seu serviço são prestados pelos enfermeiros aos clientes com alterações emocionais derivadas da doença física e ou tratamento?

*“- Este tipo de cuidados podem e devem melhorar significativamente na proporção conseqüente da aquisição de melhores conhecimentos sobre como agir, mas para isso também preciso de mais enfermeiros. Além da falta de disponibilidade, as enfermeiras utilizam as suas defesas.”*

5. Como considera a possibilidade da Enfermagem de Consultadoria e Ligação participar no programa de formação do seu serviço? Quais os temas de maior pertinência?

*“- Um enfermeiro do N.P.L que esteja efectivamente ligado ao serviço é, sem dúvida, uma mais-valia, importante também ao nível da formação sobre temáticas desta área.”*

APÊNDICE IV  
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE  
FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA

## **ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO**

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Sintra. No período de 19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010, irei realizar um ensino clínico no seu serviço, com a implementação de um Projecto de Enfermagem - “Cuidar a Pessoa com Doença Crónica: Do Hospital para o Domicílio sob o Olhar da Enfermagem Consiliar e de Ligação”.

Este questionário tem o objectivo de conhecer melhor o serviço e a sua percepção sobre a Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação. Servirá, também, para me dar a conhecer o modo como percebe a existência de alterações emocionais nos doentes a quem presta cuidados, no seu dia-a-dia, e as dificuldades que sente em lidar com essas situações.

Não existem respostas certas ou erradas, espero apenas conhecer a sua visão pessoal sobre os assuntos abordados nestas questões. Não demore muito tempo a pensar sobre cada questão, as primeiras reacções são sempre as melhores.

As respostas são confidenciais e em nenhuma situação os seus dados individuais serão fornecidos a alguém.

**Obrigado pela sua colaboração**

## QUESTIONÁRIO

1. Idade \_\_\_\_\_ anos
  
2. Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_
  
3. Há quanto tempo é enfermeiro? \_\_\_\_\_
  
4. Qual o seu grau académico? \_\_\_\_\_
  
5. Trabalha neste Hospital há quantos anos? \_\_\_\_\_
  
6. Há quanto tempo trabalha neste serviço? \_\_\_\_\_
  
7. Que funções desempenha na equipa? \_\_\_\_\_
  
8. Tem alguma especialização? Qual? \_\_\_\_\_
  
9. Na prestação de cuidados ao doente oncológico, as situações inerentes a alterações psicológicas motivadas pela doença e ou tratamento são sentidas por si como difíceis?  
Sim  Não  Especifique: \_\_\_\_\_

---

10. Se respondeu afirmativamente, as maiores dificuldades ocorreram perante algumas destas perturbações emocionais? Quais?  
Hostilidade  Labilidade Emocional  Tristeza  Ansiedade  Outras
  
11. Alguma vez sentiu vontade de pedir ajuda a algum colega ou outro profissional em situações semelhantes às mencionadas anteriormente?  
Sim  Não
  
12. Se sim, em quem pensou na altura?  
Médico  Enfermeiro  Psicólogo  Outro Profissional

13. Já ouviu falar em Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação?

---

---

14. O que entende por Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação?

---

---

15. Acha que o Enfermeiro Consultor de Psiquiatria e Saúde Mental o/a poderia ajudar de alguma forma nas situações que pensou na pergunta 11?

---

---

16. Se tivesse oportunidade de participar em acções de formação relacionadas com Saúde Mental e Psiquiatria que temas gostaria de ver abordados?

---

---

---

APÊNDICE V  
DIAPOSITIVOS - APRESENTAÇÃO DO PROJECTO À EQUIPA

1

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE ENFERMAGEM

ENSINOS CLÍNICOS III

Serviço de Oncologia – ambulatório, do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Hospital N.º Sr.º do Rosário

**CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA: DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM CONSILIAR E DE LIGAÇÃO**

Autor: En.ª Cláudia Silva

SUPERVISOR CLÍNICO: En.ª Angela Viegas 2010

2

**PLANO DA SESSÃO**

<b>TEMA</b>	CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM CONSILIAR E DE LIGAÇÃO		
<b>LOCAL</b>	Sala de Formação do Serviço de Oncologia		
<b>DATA</b>	27 de Abril 2010		
<b>DURAÇÃO</b>	40 minutos		
<b>GRUPO ALVO</b>	Enfermeiras do Serviço de Oncologia		
<b>OBJETIVOS</b>			
<b>GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o Projeto do Ensino Clínico III</li> </ul>		
<b>ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar a equipa para a participação no projeto em curso;</li> <li>Transmitir noções gerais sobre Psiquiatria Consiliar e de Ligação;</li> <li>Melhorar conhecimentos da equipa sobre Enfermagem de Consultadoria e Ligação</li> </ul>		
<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>TEMPO DE APRESENTAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do Projeto :</li> <li>Objetivos</li> <li>Estratégias de Intervenção</li> <li>Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositivo com recurso a PowerPoint</li> <li>Data-show</li> </ul>	minutos (10)
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perspetiva Histórica da Psiquiatria de Ligação</li> <li>A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde</li> <li>Enfermagem de Consultadoria e Ligação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositivo</li> <li>PowerPoint</li> <li>Data-show</li> </ul>	minutos (20)
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão Final</li> <li>Referências Bibliográficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositivo</li> <li>PowerPoint</li> <li>Data-show</li> </ul>	minutos (10)

3

**Objectivo Geral:**

Prestar cuidados profissionais competentes ao doente, no serviço de oncologia – ambulatório de um hospital geral, afecto de alterações emocionais resultantes da doença e/ou do tratamento, com base numa perspectiva de Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação.

4


**Objectivos Específicos:**

- Integrar a equipa prestadora de cuidados do serviço de oncologia – ambulatório, do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E. – Hospital N.º Sr.º do Rosário – Barreiro, como enfermeiro consultor de saúde mental e psiquiatria.
- Efectuar avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapéutica com o doente oncológico afecto de alterações emocionais resultantes da doença e/ou do tratamento, referenciado pelo enfermeiro consultante.



5

**A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde**

- 1902 – Mosher - 1ª unidade de Psiquiatria no Albany Hospital – Nova York




- 1913 – Adolf Meyer – Clínica Psiquiátrica do Hospital John Hopkins

6

**A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde**

- 1934 – Edward Billings cria o 1º serviço de Psiquiatria de Ligação no Colorado General Hospital



1936 – HELEN F. DUNBAR escrevia: *“... Não deve vir longe o momento em que a colaboração dos psiquiatras seja requerida em todas as enfermarias médicas e cirúrgicas”*

Helen F. Dunbar 1902–1959

7

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde

- 1939 - ↓ ↓ ↓  
Tempo de internamento  
Exames complementares de diagnóstico

#### Psiquiatria de Ligação

*“Trata-se de um modelo organizativo que implica a colaboração de psiquiatras com médicos não psiquiatras e também com outros profissionais nos Hospitais Gerais”*

Edward Billings  
Fonte: Figueira (2006)

8

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde

1949 – M. RALPH KAUFMAN – *“...o psiquiatra deve ser elemento integrante da equipa médica, exercendo actividades clínicas e de consultadoria”.*

Fonte: Mota (2000)

- Portugal - Anos 50 – Integração da psiquiatria nos Hospitais Gerais Universitários – Hosp. Stª Maria
- Anos 70 – Integração da Psiquiatria nos cuidados primários
- 1989 – PCL - Designada formalmente sub-especialidade da Psiquiatria

9

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde

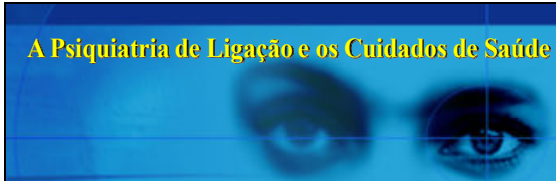
#### PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO

*“A área da psiquiatria clínica que inclui todas as actividades do psiquiatra: diagnóstico, terapia, ensino e pesquisa, nas áreas não psiquiátricas de um hospital geral”*

Lipowski citado por Kaplan & Saddock, 1999

10

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde



Conjunto de actividades desempenhadas por profissionais de saúde mental junto dos outros serviços de um hospital geral

*“difere da prática psiquiátrica no tipo de abordagem ao paciente, no ambiente em que ocorre e pela intensa interação com outras especialidades.”*

Querques e Stern(2004)

11

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde

- Modelo de Ligação** – O técnico de saúde mental faz parte do serviço estando integrado na equipa
  - “... não espera que os doentes lhe sejam referenciados, intervém ao identificar a necessidade de cuidados psiquiátricos...”*  
Mota (2000)
- Modelo de Consultadoria** - Refere-se a avaliações e recomendações quanto a pacientes ou programas específicos que o psiquiatra e/ou o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria fazem, a pedido de outro serviço.
- “...ultrapassa a condição assistencial, pois o parecer psiquiátrico também contribui para a educação e o treinamento dos profissionais que o solicitaram”*  
Alexander e Block (2002)

Fonte: Nascimento, 2006

12

### A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde

#### Parecer Psiquiátrico

- “...registo da história, dos achados do exame e da impressão do psiquiatra acerca do paciente...”*

1. Quem é o paciente?
2. Porque foi solicitado um parecer psiquiátrico para este paciente?
3. O que encontramos ao examiná-lo?
4. Como é a família do paciente e seus suportes?
5. O que nós concluímos a partir do exame?
6. O que recomendamos para o tratamento?
7. O que recomendamos no acompanhamento psicossocial?
8. O que aconteceu depois do parecer?

Fonte: Nascimento, 2006

13

**A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde**

**Diagnóstico**

- “...identificar distúrbios psiquiátricos e respostas psicológicas à doença física, a fim de recomendar a intervenção terapêutica mais apropriada...”  
Kaplan, 1990

**Apresentação – Pelo médico ou enfermeiro**

**Entrevista** - Sentimentos do doente sobre o pedido da consulta

Facilitar a expressão de ideias	Questionar sobre sintomas físicos
História e curso da doença	Aspectos da comunicação
Pesquisar sintomas psicológicos	Utilizar um estilo empático
Estabelecer elos sobre as queixas físicas e psicológicas	

14

**A Psiquiatria de Ligação e os Cuidados de Saúde**

**Plano Terapêutico**

- Recomendação de terapia específica
- Investigação médica adicional
- Transferência para serviço de psiquiatria
- Sugerir ou assumir terapia breve

Kaplan, 1990

15

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

- Baseia-se “em teorias de stress, confrontação e adaptação, com uma integração de perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas”  
American Nurses Association
- “O enfermeiro consultor é um enfermeiro que utiliza os seus conhecimentos de enfermagem e sua experiência para promover cuidados de saúde através de meios distintos ao cuidado directo ao paciente”  
Nursing Consultants Association

Fonte: Sherer, 2002

16

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

- Síndromes depressivo
- Perturbações afectivas
- Ansiedade
- Alcoolismo
- Isolamento social
- Situações gerontopsiquiátricas

**HOSPITAL GERAL** ↑

“No cuidar destas pessoas, o enfermeiro vê-se confrontado com situações clínicas diversas que geram, em si mesmas, grandes momentos de stress”  
RAMOS (1999)

17

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

- Sub-especialidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dotada de um suporte de conhecimentos especializados, que tem por objectivo dar respostas específicas, a um pedido de um prestador de cuidados directos.
- “O trabalho de consultadoria é concebido, como o apoio dado por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor), a outro enfermeiro (como consultante), responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultantes do actual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença”  
Lopes e Viegas (1997)

18

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

**Fases de desenvolvimento da ECL**

1. Solicitação (pelo utente, pela família, médico, enfermeiro, assistente social)
2. Avaliação e aplicabilidade
3. Identificação dos problemas
4. Prestação de cuidados (Directos ou Indirectos)

Fonte: Ramos, 1999

19

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

**Tipo de Cuidados**

- **Directos** – se o problema não for muito claro
- **Indirectos** – se a situação for perfeitamente clara

Há a pretensão de alterar o comportamento do Doente propondo mudanças no comportamento do Enfermeiro

*“...melhorar os aspectos terapêuticos da relação Enfermeiro-Doente como meio de melhorar os cuidados de enfermagem”*

Tunmore (1990)

20

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

**Tipos de Interconsulta de Enfermagem CL**

1. **Consulta centrada no cliente** – visa a resolução de problemas imediatos, confirmando o diagnóstico, desenvolvendo planos de cuidados, com base nos problemas detectados e na prevenção de problemas futuros.
2. **Consulta centrada em problemas administrativos** – de forma indirecta são planeados programas, seminários e grupos, com vista a detectar áreas stressantes.
3. **Consulta centrada no enfermeiro e na equipa assistencial** – tem como objectivo principal um melhor funcionamento da equipa, ajudando-a a compreender os problemas psicológicos da doença, clarificando e dando apoio aos enfermeiros para criar estratégias que permitam fazer face aos conflitos que possam surgir.

21

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

**Características da Interconsulta de Enfermagem:**

- Orientação e formação à equipa
- Apoio emocional especializado directo a doentes e famílias
- Ligação entre as diferentes especialidades



- ◆ Conhecimento das respostas à doença
- ◆ Compreensão da inter-relação entre estados físicos psicológicos
- ◆ Conhecimento da teoria de sistemas e processos de grupo

22

**Enfermagem de Consultadoria e Ligação**

Médico → Tratamento Terapêutica → Patologia

Enfermeiro → Suporte Emocional e orientação: Doente, Família, Equipa → Adaptação

23

**Justificação**

**Criação de serviços de Psiquiatria CL**

1. Diagnosticar as perturbações psiquiátricas existentes nos serviços e consultas médicas;
2. Organizar um plano terapêutico a ser continuado depois da alta;
3. Referenciar os doentes que o exijam às consultas de psiquiatria;
4. Aumentar a capacidade de detecção e tratamento por parte dos técnicos desses serviços, na área da saúde mental;
5. Estimular a prevenção da morbilidade psiquiátrica desencadeada pelo contacto com os serviços de saúde.

CARDOSO (2005)

24

**Justificação (cont.)**

Equipas **multiprofissionais**, com membros permanentes a tempo completo.

**Dec. Lei 437/91**

- a) o enfermeiro especialista presta cuidados gerais e especiais de acordo com a sua especialidade em situações de crise ou risco, ao indivíduo, família ou grupo.
- d) responsável pela área de enfermagem numa equipa multiprofissional, competindo-lhe estabelecer o diagnóstico de saúde da comunidade e a execução das intervenções de enfermagem

25

## Justificação (cont.)

✳ A participação do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é fundamental na avaliação, planeamento de cuidados e orientação dos profissionais, no que diz respeito aos factores bio-psicossociais que incidem nas respostas do indivíduo face à doença física e à hospitalização.

✳ Ao enfermeiro especialista é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”.

Dec. Lei 161/96, nº3 art. 4º e Dec. Lei 104/98, nº 2 art. 7º

26

## Estratégias de Intervenção

- Reuniões com o Supervisor Clínico;
- Conhecer a equipa, estrutura física e funcionamento do serviço;
- Entrevistas com os técnicos;
- Dar a conhecer projecto em curso;
- Avaliar necessidades de formação dos enfermeiros na área de saúde mental e psiquiátrica;
- Planear, apresentar e avaliar Sessões de Formação.

27

## Estratégias de Intervenção

- ❖ Planear intervenção com o enfermeiro consultante;
- ❖ Planear e Realizar entrevistas diagnósticas;
- ❖ Elaborar diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE;
- ❖ Elaborar planos terapêuticos;
- ❖ Executar e avaliar intervenções terapêuticas;
- ❖ Elaborar Parecer de Enfermagem C L;
- ❖ Encaminhar se necessário.

28

## Recursos

- **Físicos:**
  - ❖ Processo do doente;
  - ❖ Documentos relacionados com o funcionamento do serviço;
  - ❖ Espaço para intervenção individual;
  - ❖ Sala de formação;
- **Humanos:**
  - ❑ Doente/ Família; Equipa; Supervisor Clínico.

29

## Avaliação

- **Das intervenções:**
  - Análise da participação na dinâmica do serviço, como enfermeira consultora.
  - Análise da interacção Enfermeiro-Doente.
  - Análise da eficácia terapêutica tendo por base os resultados das acções de enfermagem enunciadas na CIPE.
  - Avaliação global da formação pelos participantes e pelo formador com recurso a um questionário.
- **Do Ensino Clínico:**
  - Portefólio

30

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDER-EGG, E.; IDÁÑEZ, M. – *Como Elaborar um Projeto*. 16ª Edição. Lisboa: Projecto Atlântida, 1998. ISBN 972-97498-1-7. p. 8.
- BENNER, Patricia – *De Iniciado A Perito*. 2ª Edição. Lisboa: Quarteto 2005. ISBN: 989-558-052-5, p. 57.
- CARDOSO, Graça – *Perturbações Psiquiátricas no Hospital Geral*. In: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Lisboa. 1.2 (2005) ISSN: 1646 – 091X, pp. 48-51.
- CARVALHO, Angelina; DIOGO, Fernando – *Projeto Educativo*. 4ª Edição. Porto: Edições Afimontamento. 2001. ISBN: 972-36-0349-7, p. 13.
- CHALFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, Vol. 1. 2008. ISBN 978-989-8075-05-5, p. 49, 29.
- CHALFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta, Vol. 11. 2009. ISBN 978-989-8075-21-5, pp. 66-81.
- CHÉRIE, HOWK – Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In: TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, p. 429.
- COLLIERE, Marie-Françoise – *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3, p. 244.
- CORDIGLI, A.; ZIMMERMANN, H.; KESSLER, F. – *Rotina de Avaliação do Estado Mental [S.L.]*. [Em linha]. [consulta 2.02.11]. Disp. em: <http://www.sp-ps.com/pdf/EPSID-II-2/maria-69-80.pdf>
- CORREIA, C.; DIAS, F.; COELHO, M.; PAGE, P.; VITORINO, P. – *Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático 2, 2001. Pp. 76. [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp. em: <http://www.cesps.pt/pt/pt/revista-portuguesa-de-saude-publica/volume-tematico-de-publicacoes-revista/2010-2006/pdf/14-07-2010.pdf>
- DECRETO-LEI nº 8/2010. D. R. I Série. 19 (2010-01-28) 257-263.
- DECRETO-LEI nº 36/1998. D. R. I Série – A. 169 (1998-07-24) 3544-3549. ISBN: 0870-9963.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DECRETO-LEI nº 101/2006. D. R. I Série – A. 109 (2006- 06- 06) 3856 - 3865. ISBN: 0870-9963.
- DECRETO-LEI nº 437/91. D. R. I Série. A.257 (1991-11-08) 5711-5723. ISBN: 0870-9963.
- FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – *Princípios de Administração para enfermeiros*. Lisboa: Formasau, 1999. ISBN: 972-8485-09-3, p. 193.
- FERREIRA, Maria de Fátima – *Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Palliativo do Doente Oncológico*. Lisboa: UCP, Cadernos de Saúde, Vol. 2, nº 1, ISSN: 1647-0559, pp. 67-88.
- HESBEEB, Walter – *Qualidade em enfermagem pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 1998. ISBN: 972 – 8383 – 20 – 7, p. 72.
- LOPES, J. VIEGAS, A – *Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação*. Enfermagem em Foco – Sindicato do Enfermeiros Portugueses. Lisboa. VII. 25 (Novembro/Janeiro 1997). ISSN 0871-8008, pp. 34-38, 36.
- LOPES, Manuel J. – *A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X, p. 37.
- LOURO, Maria Clárisse – *A Pessoa Doente e Dependente: Do Hospital ao Domicílio*. Revista Investigação em Enfermagem, Coimbra: Formasau. Nº 21 (Fev. 2010), ISSN: 0874-7695, p. 59-68.
- NETO, David; PAGLIUCA, Lúcia – *Abordagem Holística do Termo Pessoa em um Estudo Empírico: uma Análise Crítica*. Revista Latino-am Enfermagem. [S.L.] ISSN: 0104-1169. 10/6 (Nov.-Dez 2002), p. 827 [Em linha]. [consulta 2010-03-21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/1169a12.pdf>.
- MOTA, Ana – *Necessidades em Psiquiatria de Ligação no Hospital Geral* – in Revista Psiquiatria Clínica. Lisboa. 21.4. (2009) ISSN: 0101 – 6083, pp. 321-328.
- OLIVEIRA, C.; SILVA, R.; GORDANI, T. – *Doentes Terminais: A Enfermagem e o Cuidado Emocional*. 2007, pp. 1-11. [Em linha]. [consulta 2010-01-11]. Disp. em: [http://www.cunab.com.br/FIO\\_Arquivos/07.07.63.pdf](http://www.cunab.com.br/FIO_Arquivos/07.07.63.pdf).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Conselho de Enfermagem. Dezembro de 2009, pp.22-27.
- PHANELL, Margot – *Comunicação, entrevista, redação de ajuda e validação* 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 8383-84-3 p.4. 600.

OBRIGADO PELA VOSSA GENTIL ATENÇÃO !...

“Perspectivamos que possa não ser fácil, mas por ser o fundamento do que consideramos ser enfermeiro, estamos dispostos a tentar...  
... pelas pessoas tentar.  
E vós?...”

Lopes e Viegas, 1997

APÊNDICE VI  
ENTREVISTA CLINICA EM ENFERMAGEM

## ENTREVISTA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

No dia-a-dia, na abordagem ao doente mental verifica-se que cada técnico (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e outros) utiliza determinados instrumentos de colheita de dados que, embora diferentes na forma e conteúdo, todos poderão ter como objectivo fulcral e comum o atendimento e resolução dos problemas apresentados pelo doente e família.

Também o enfermeiro, pela sua relação de proximidade face ao doente, poderá socorrer-se de instrumentos próprios, que lhe permitam obter informações facilitadoras de uma comunicação eficaz com os doentes, com os seus pares e outros técnicos, não só com vista ao planeamento de intervenções terapêuticas mas, também, ao ensino e investigação. É urgente abandonar o reducionismo mecanicista de que a profissão é alvo e desenvolver espaços reflexivos que nos permitam explorar todo o conhecimento possível, promover a inovação e desempenho estabelecendo estratégias que levem ao desenvolvimento de competências, sem qualquer receio de tomar adequadas decisões.

A criação de instrumentos próprios de registo sistematizado com base nas teorias de enfermagem, de forma a especificar a sua intencionalidade e promover a sua adequação, poderá ser um passo adiante. Um exemplo disso será a criação de instrumentos de colheita de dados de apoio à entrevista clínica de enfermagem.

Neste contexto, será importante referir que cabe às instituições proporcionarem condições para o desenvolvimento das habilidades exigidas para este tipo de intervenções, e ao enfermeiro mantê-las e melhorá-las, principalmente através de actividades formativas contínuas em serviço, pelo seu treino na prática sendo que é uma fonte de aprendizagem inesgotável, e na valorização da supervisão dos cuidados que presta, pois este tipo de apoio deverá ser dispensado por *“quem estiver mais disponível, ou mais preparado para o fazer.”* LOPES (1997, p. 29)

A função da entrevista será, essencialmente, esclarecer a história dos problemas bio-psicossociais do doente, e aprender a entrevistar é basicamente aprender a ajudar o doente a contar-nos a sua história e a tirar proveito disso. Segundo BENJAMIN (1993, p. 14) *“Ajudar é um acto de capacitação”* o objectivo é habilitar o entrevistado a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar. Esta prática dos cuidados que se desenvolve em ambiente terapêutico adquire uma nova dimensão, onde as intervenções passam a ser desenvolvidas conjuntamente com a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (LOPES, 1999, p. 40).

Para CHALIFOUR (2008, p. 36), o termo “entrevista” designa *“um tipo particular de interações verbais e não verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo dos quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objectivos esperados e do tempo que acordaram para esse fim”*.

A entrevista poderá ser de vários tipos e ter diferentes objectivos, consoante a finalidade da mesma. Segundo PHANEUF (2005, p. 252) a entrevista a realizar depende dos factores relacionados com o tipo de trabalho a desempenhar, com a personalidade do enfermeiro e com a sua experiência em entrevista. E apresenta-nos três formas de realizar uma entrevista:

**Entrevista estruturada ou directiva**, muito utilizada para recolher dados para a planificação de cuidados, podendo ser utilizada uma grelha precisa que ajude a cobrir o conjunto de aspectos a abordar. Neste tipo de entrevista a enfermeira já «conhece a natureza do problema», pelo diagnóstico médico, sabendo o que lhe falta conhecer. Contudo esta entrevista tem limites. Tal como refere a autora, a enfermeira deve conhecer bem o assunto sobre o qual questiona a pessoa e limitar-se aos aspectos necessários para atingir os seus objectivos. O ideal seria que utilizasse a grelha apenas como ponto de orientação.

**Entrevista não directiva**, a utilizar, essencialmente por enfermeiras experientes e que desenvolveu capacidades relacionais para recolher informações. A flexibilidade, deste tipo de entrevista, e o seu carácter natural fazem dela um instrumento privilegiado para qualquer intervenção de natureza relacional. Para a realizar, a enfermeira não utiliza grelha de análise, mas baseia-se sobre alguns aspectos gerais de um instrumento aberto ou sobre grandes orientações que a sua experiência lhe dita. Este tipo de entrevista, explorada em psiquiatria, desenrola-se com muita naturalidade, dando à pessoa a oportunidade de ela própria identificar o seu problema e de, muitas vezes, encontrar a solução.

**Entrevista semi-directiva**, tal como o nome indica difere das anteriores, comportando uma grelha estruturada onde figuram determinados aspectos estipulados anteriormente, reunindo, portanto, questões tiradas de um formulário e também grandes orientações abordadas de maneira informal. A entrevista semi-directiva é útil em numerosas situações, já que permite conhecer «o melhor de dois mundos», ou seja responde ao imperativo da eficácia dos cuidados e favorece contactos mais íntimos com a pessoa cuidada.

Ainda segundo a mesma autora (2005, p.250), a entrevista é um encontro planificado, num contexto de cuidados, mas sobretudo é um contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de criarem entre eles uma convivência terapêutica.

Estabelecida a relação, a etapa da exploração é a parte mais importante da entrevista, havendo formas de retirar o melhor partido da entrevista, *“...qualquer que seja a forma da entrevista, os principais procedimentos são escutar, questionar, aprofundar, analisar e interpretar o comportamento da pessoa, clarificar e validar as suas percepções e interpretações, e manifestar a sua compreensão pela reformulação”*, PHANEUF (2005, p. 258). Ainda segundo a mesma autora existem determinados comportamentos a evitar no desenrolar da entrevista, tais como:

- *“Interromper a pessoa;*
- *Dar-lhe conselhos, propor-lhe soluções rápidas;*
- *Tranquilizar levemente;*
- *Mudar o tema da conversa para evitar assuntos delicados ou dolorosos;*
- *Fazer julgamentos;*
- *Fazer juízos morais;*
- *Discutir com a pessoa, criticá-la;*

- *Procurar ter razão;*
- *Adoptar comportamentos defensivos”.*

No caso concreto deste momento académico, na entrevista de avaliação diagnóstica ou de colheita de dados pretende-se obter as informações necessárias, para estabelecer algumas hipóteses, acerca da natureza dos problemas de um doente, com vista à elaboração de diagnósticos de enfermagem baseados nos fenómenos apresentados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para posterior planeamento de intervenções individuais de índole terapêutica. A entrevista a utilizar, neste caso concreto, implica diferentes fases, a saber<sup>9</sup>:

#### **Preparação prévia:**

- Preparação pessoal;
- Tipo de Entrevista – Grau de directividade;
- Recolha de informação prévia;
- Local;
- Formas de registo de dados;
- Questões éticas.

#### **1ª FASE – Definição de papéis e espaços**

- Acolhimento;
- Apresentação pessoal;
- Posicionamento dos actores;
- Clarificação de papéis, objectivos e aspectos pragmáticos da entrevista.

#### **2ª FASE – Avaliação diagnóstica**

Perspectiva do doente

- O que o doente sabe, pensa e sente;
- O que preocupa o doente;
- Estratégias/ capacidades do doente.

Perspectiva do Enfermeiro

- História pessoal e familiar;
- Apresentação e postura;
- Mímica expressão e motricidade;
- Contacto e linguagem;
- O estado da consciência – flexibilidade, clareza e orientação;
- A consciência de si;
- A consciência do corpo;
- Os impulsos e a vontade;
- O humor;
- Os afectos;
- As emoções;
- A forma do pensamento;
- Conteúdos do pensamento;

<sup>9</sup> Adaptado de PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

<b>Perspectiva do Enfermeiro</b>		- Representação e memória;
		- Sensopercepção.
	✓	Observação física
		○ Capacidade funcional
		○ Dados fisiológicos
		○ Integridade da pele e mucosas
		○ Controle de esfíncteres
	✓	Medicação prescrita
	✓	Efeitos dos comportamentos/ sintomas sobre:
	<b>Vivências</b>	○ A performance no trabalho
	○ A performance na escola	
	○ Relação e interacção com os outros	
	○ Envolvimento na família	
	○ Envolvimento nas actividades	

### 3ª FASE – Avaliação diagnóstica

<b>Encerramento</b>	- Explicações
	- Continuidade
	- Compromisso
	- Síntese

### 4ª FASE – Avaliação diagnóstica

<b>Análise e diagnóstico</b>	- Análise da interacção;
	- Análise dos dados;
	- Diagnósticos de Enfermagem (CIPE).

Porém este tipo de entrevista quando realizada com pessoas que apresentam comportamentos difíceis, implica determinadas atitudes do entrevistador de acordo com a situação que o entrevistado está a vivenciar, assim perante a **pessoa ansiosa** o enfermeiro deve<sup>10</sup>:

- Reconhecer a sua ansiedade e levá-la e exprimir-se sobre o que a perturba, sobre os seus medos;
- Manifestar-lhe compreensão;
- Tocar-lhe na mão ou no ombro;
- Explicar-lhe bem o objectivo da colheita de dados;
- Colocar questões claras e simples;
- Proceder lentamente sem a apressar. O stress prejudica a concentração;
- Se certos assuntos parecem perturba-la, tomar o tempo necessário para os esclarecer com a ajuda de questões de clarificação e validação;
- Se a pessoa Chora, deixar-lhe o tempo de entrar em contacto com as suas emoções, deixa-la exprimir-se
- Oferecer-lhe frequentes reforços positivos;
- Se necessário, sugerir-lhe um breve relaxamento.

<sup>10</sup> Adaptado de PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**.1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

**Perante a pessoa agressiva:**

- Não tornar a nível pessoal comentários desatenciosos;
- Aceitar a pessoa tal como ela é;
- Pensar que uma pessoa exigente e difícil está muitas vezes a sofrer, ansiosa, solitária e assustada;
- Reconhecer a dificuldade da pessoa;
- Continuar calma para a levar a baixar a agressividade;
- Se a pessoa manifesta violência verbal, fazer-lhe saber que o seu comportamento é inaceitável;
- Não a apressar, dar-lhe tempo para se exprimir, e mesmo para verbalizar o seu negativismo;
- Colocar-se à sua escuta e tomar atenção aos sentimentos expressos;
- Diminuir os estímulos ambientais;
- Se for necessário, fazer-lhe executar respiração abdominal para a acalmar

**Perante a pessoa desconfiada:**

- Explicar os objectivos da entrevista;
- Dizer-lhe o que se fará das informações recolhidas;
- Clarificar a resistência;
- Tranquilizá-la, explicando que só os profissionais envolvidos nos cuidados e obrigados ao sigilo profissional poderão tomar conhecimento das informações que ela deu;
- Utilizar a sincronização para a colocar à vontade
- Evitar a insistência nos pontos em que se mostra mais reticente
- Responder claramente às questões
- Mostrar-lhe que respeitamos o seu ponto de vista
- Agradecer-lhe a sua colaboração

**Perante a pessoa depressiva:**

- Não se mostrar muito alegre, estimulante e entusiasta;
- Explicar à pessoa a necessidade da entrevista;
- Reconhecer a sua dificuldade;
- Sossegá-la quanto ao tamanho da entrevista; dizendo-lhe que se poderá adiar se estiver muito cansada, retomando-a mais tarde;
- Permitir-lhe exprimir as suas emoções;
- Mostrar muito interesse pelo que ela diz e manifestar-lhe compreensão no que diz respeito às suas dificuldades
- Fazer frequentes reforços positivos para a encorajar
- Perante o seu negativismo, utilizar o reenquadramento para fazer ressaltar pontos positivos
- Agradecer-lhe a sua colaboração e esforço

**Perante a pessoa pouco motivada:**

- Falar à pessoa dela própria e incitá-la a exprimir-se sobre a sua percepção da doença e do tratamento. Se necessário, rectificar as falsas percepções;
- Verificar delicadamente o seu nível de motivação. Se este se mostrar muito baixo, procurar as razões;
- Confrontar suavemente os paradoxos e as contradições que aparecem no que ela enuncia;
- Procurar os elementos da sua vida que poderão dar um sentido aos seus esforços e tornarem-se motivadores (família, trabalho, outras actividades e interesses)
- Quando ela responde de forma pertinente, oferecer frequentes reforços positivos
- Felicitá-la pelos seus esforços

Além do que já foi referido anteriormente é importante salientar ainda outros aspectos por exemplo: O acolhimento é dos momentos mais importantes no contacto entre duas pessoas. É o primeiro passo para o estabelecimento de uma boa comunicação. Estes dois processos,

acolhimento e comunicação, encontram-se intimamente ligados, sendo elementares para a interação enfermeiro/doente. *“A primeira impressão/percepção é extremamente importante, e a comunicação é uma peça fundamental no processo de acolhimento”* GOMES [et al] (2006, p.23). A simpatia, a boa educação e o respeito devem estar presentes desde o primeiro momento que temos contacto com o outro.

Também o local escolhido é um dos factores a ter em conta, *“Uma atmosfera que encoraje o comportamento espontâneo tem vantagens, tanto físicas como emocionais. Sempre que possível, deve existir conforto e privacidade”* ENELOW [et al] (1999, p. 25).

Relativamente aos aspectos éticos é necessário ter sempre em consideração a necessidade de solicitar a colaboração e informar o doente dos objectivos da entrevista, e ainda comunicar que serão mantidas a confidencialidade das informações recolhidas, apenas podendo ser utilizadas em contexto clínico e para elaboração do seu plano terapêutico.

Tal como o modo de se apresentar e saudar o doente no início, também o resumo final ou desfecho é fundamental. O completar da entrevista, a sensibilidade posta do decurso da mesma e a empatia colocada ao dispor da compreensão dos problemas do doente, assim como um bom planeamento das intervenções a realizar são o êxito da relação terapêutica.

APÊNDICE VII  
DIAPOSITIVOS – “ENTREVISTA CLINICA EM ENFERMAGEM”

1

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE DE LISBOA

## Entrevista Clínica em Enfermagem

Trabalho Realizado por:  
En.ª Cláudia Silva

2010

2

PLANO DA SESSÃO			
TEMA	ENTREVISTA DE ENFERMAGEM		
LUGAR	Sala de formação do Serviço de Oncologia		
DATA	21 de Maio 2010		
DURAÇÃO	50 minutos		
GRUPO ALVO	Enfermeiros do Serviço de Oncologia		
OBJETIVOS			
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do Tema "Entrevista de Enfermagem"</li> </ul>		
EXPECTATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mobilizar a equipa para a importância da técnica de entrevista ao estabelecer da relação terapêutica enfermeiro/doente;</li> <li>Refletir sobre a importância da técnica de entrevista na prevenção da doença mental e na promoção da saúde mental;</li> <li>Promover a utilização da entrevista como instrumento de avaliação e intervenção</li> </ul>		
ETAPAS	CONTEUDOS	MÉTODOS	TEMPO DE APRESENTAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema</li> <li>Objetivos (gerais e específicos)</li> </ul>	Expositivo com recurso a Power Point Data-show	minutos (7)
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Particularidade da entrevista de Enfermagem</li> <li>Classificação das entrevistas</li> <li>Fases da entrevista</li> <li>Diferentes tipos de entrevista</li> <li>Avaliação diagnóstica da entrevista de enfermagem</li> <li>Comportamentos a evitar</li> <li>Entrevista de coleta de dados a pessoas com comportamentos difíceis</li> </ul>	Expositivo Power Point Data-show	minutos (40)
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão final</li> <li>Referências Bibliográficas</li> </ul>	Expositivo Power Point Data-show	minutos (3)

3

### ■ Objectivo Geral

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.
- Permitir o aperfeiçoamento de estratégias de intervenção na entrevista de enfermagem.

4

### ■ Objectivos específicos

- Definir o conceito de entrevista de enfermagem;
- Enumerar objectivos da entrevista ;
- Descrever os diferentes tipos de entrevista;
- Descrever as diferentes fases de uma entrevista;
- Identificar / reconhecer diferentes técnicas de entrevista;
- Enumerar as condições para a realização da entrevista;
- Promover / simulação treino da entrevista;
- Reflectir sobre a acção na prática.

5

## Entrevista de enfermagem

- Encontro ou conversa de carácter profissional previsto e planificado
- Pode incluir mais do que duas pessoas
- Avaliar o doente com fim a proporcionar formas e meios de melhorar a resolução dos seus problemas
- Elaborar um plano de cuidados

6

## Classificação

<h3>Entrevista estruturada ou directiva</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilizada uma grelha ou guião;</li> <li>■ Questões são fechadas, directas ao assunto;</li> <li>■ Base muito estruturada e pode ser utilizada por enfermeiros com pouca experiência;</li> <li>■ Mais objectiva;</li> <li>■ Útil quando o tempo é reduzido.</li> </ul>	<h3>Inconvenientes</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ O risco de negligenciar informações importantes</li> <li>■ A falta de naturalidade e de espontaneidade ligada à utilização de uma grelha já construída;</li> <li>■ A dificuldade de falar de problemas afectivos e de exprimir sentimentos e emoções no decurso de uma tal entrevista.</li> </ul>
--	--

7

**Classificação**

**Entrevista não directiva**

- Muito flexível;
- Estrutura informal;
- Questões abertas ou indirectas, foca-se assuntos gerais.

**Inconvenientes**

- Um grande consumo de tempo;
- Uma dificuldade de adaptação e uma insegurança ainda maior se a enfermeira é pouco experiente.

8

**Classificação**

**Entrevista semi-directiva**

- Grelha estruturada com algumas questões abertas;
- Utiliza linhas orientadoras para questões precisas.

**Inconvenientes**

- Exige que o entrevistador tenha uma grande experiência para lidar com os dois processos.

9

**Fases de uma Entrevista**

**Preparação**

- Preparação pessoal
- Tipo de entrevista – grau de directividade
- Regras da entrevista
- Recolha de informação prévia (Processo clínico, informação informal)
- Local (silencioso, sem estímulos, tranquilo, confortável, sem interrupções, privacidade)
- Formas de registo de dados
- Questões éticas (Garantir a confidencialidade)

10

**Características do entrevistador**

- Mostrar interesse, disponibilidade
- Escutar o doente e entendê-lo
- Estabelecer um “rapport” (Relação, especialmente única de confiança mútua ou afinidade emocional)
- Ser imparcial
- Empático
- Preocupado
- Amável
- Cordial
- Usar linguagem simples
- Espontâneo
- Ser pontual

11

**Regras da entrevista**

- Não fazer promessas
- Tranquilizar o doente
- Não tomar o partido do doente
- Não influenciar o discurso do doente
- Não dar conselhos



12

**Fases de uma Entrevista**

- Fase de Orientação;
- Fase de Exploração;
- Fase de conclusão ou de separação.

13

**Fases de uma Entrevista**

**Fase de Orientação**

- Apresentação do Enfermeiro;
- O Enfermeiro deve zelar por uma aparência física conveniente;
- Promover ambiente adequado e tranquilo;
- Adotar uma atitude de escuta e de aceitação de forma a permitir a expressão de sentimentos da pessoa cuidada;
- Explicar os objectivos da entrevista (delimitar o tempo).

14

**Fases de uma Entrevista**

**Fase de Exploração**

- Relação encontra-se estabelecida;
- Técnicas de comunicação:
  - Escutar (activa)
  - Questionar
  - Aprofundar (conte-me mais sobre...)
  - Clarificar (segundo percebi bem...)
  - Facilitação (Uh... huh...)
  - Reforço positivo (bom, isso ajuda-me a entendê-lo...)
  - Validar (confirme-me por favor, está-me a dizer que...)
  - Síntese (análise e a interpretação)

15

**Fases de uma Entrevista**

**Fase de Exploração**

- Identificar de forma clara o problema;
- Existe:
  - Uma melhor compreensão das dificuldades;
  - Uma identificação mais clara do comportamento que constitui problema;
  - Uma avaliação mais justa das suas proporções;
  - Uma tomada de consciência das suas responsabilidades;
- Fazer emergir pistas de soluções.

16

**Fases de uma Entrevista**

**Fases de Conclusão ou Separação**

- Discutidas e analisadas as estratégias utilizadas para atingir os objectivos;
- Objectivos que foram atingidos;
- Avaliar a eficácia das estratégias;
- Fazer uma síntese da entrevista/do encontro.

17

**Diferentes tipos de Entrevista**

**Entrevista de Colheita de Dados**

- Recolher informações precisas
- História Pessoal (internamentos anteriores, lares ou outras instituições, dificuldades vividas)
- Avaliação do estado mental (orientação, alterações da percepção, do pensamento, comportamento, Linguagem, memória)
- Avaliação da Capacidade funcional

18

**Diferentes tipos de Entrevista**

**Entrevista de Colheita de Dados (cont...)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Aparência Física:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestuário;</li> <li>• Higiene;</li> <li>• postura;</li> <li>• Marcha;</li> <li>• Contacto visual;</li> <li>• Expressão facial;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Problemas físicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades respiratórias;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Emagrecimento;</li> <li>• Alta de apetite;</li> <li>• Problemas digestivos;</li> <li>• Insónia;</li> <li>• Obstipação;</li> <li>• Problemas de mobilização</li> </ul> </li> </ul>
--	--

19

**Diferentes tipos de Entrevista**

**Entrevista de Informação**

- Enfermeiro papel de educador;
- Preparação prévia: recolha de dados relativamente aos conhecimentos que a pessoa tem sobre a patologia, os tratamentos, os cuidados de enfermagem;
- Fornecer informações respeitantes à prevenção da doença, à promoção da saúde e à explicação dos problemas e tratamentos;
- Esclarecer a pessoa antes de ser realizada qualquer intervenção;
- Ter em conta a motivação da pessoa;
- Usar uma linguagem adequada e simples, ter em conta aspectos relacionados com a capacidade de compreensão, factores culturais e religiosos.

20

**Diferentes tipos de Entrevista**

**Entrevista de ajuda: Suporte / Apoio Psicológico**

- Relação terapêutica, pode ser estabelecida numa entrevistas estruturada ou directiva consoante a necessidade;
- Enfermeiro tem papel de suporte com o objectivo de ajudar a pessoa a enfrentar as dificuldades inerentes às necessidades especiais face às vivências no processo de doença, do tratamento;
- A pessoa cuidada deve ser um interveniente activo neste processo de ajuda; onde são delineadas estratégias de intervenção;
- Pode ser a base para o desenvolvimento de uma relação de ajuda.

21

**Tipos de Entrevista**

**Entrevista de Ajuda: Suporte/apoio psicológico**

<p><b>A Entrevista de Ajuda Informal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ O enfermeiro estabelece um processo de ajuda rápido;</li> <li>■ A sua necessidade surge do imprevisto;</li> <li>■ Os objectivos são implícitos e definidos pelas circunstâncias (diminuir a ansiedade, restabelecer confiança).</li> </ul>	<p><b>A Entrevista de Ajuda formal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ O enfermeiro estabelece um plano estruturado e planeado com diversos encontros;</li> <li>■ Os objectivos são previamente definidos, com a colaboração da pessoa;</li> <li>■ Os objectivos são de longo prazo e as mudanças que o determinam são progressivas.</li> </ul>
--	--

22

**Avaliação Diagnóstica na Entrevista de Enfermagem**

**Perspectiva do doente**

- O que o doente sabe, pensa e sente
- O que o preocupa
- Estratégias/capacidades do doente

23

**Avaliação Diagnóstica na Entrevista de Enfermagem**

**Perspectiva do Enfermeiro**

- História pessoa e familiar
- Apresentação e postura
- Mímica, expressão e motricidade
- Contacto e linguagem
- Avaliação do estado mental
- Observação física
- Medicação prescrita

24

**Avaliação Diagnóstica na entrevista de enfermagem**

**Perspectiva do Enfermeiro**

Efeitos dos comportamentos/sintomas sobre:

- O trabalho
- A relação e interacção com os outros
- Envolvimento na família
- Envolvimento nas actividades

## Comportamentos a evitar

- Interromper a pessoa;
- Dar-lhe conselhos, propor-lhe soluções rápidas;
- Tranquilizar levemente;
- Mudar o tema da conversa para evitar assuntos delicados ou dolorosos;
- Fazer julgamentos;
- Fazer juízos morais;
- Discutir com a pessoa, criticá-la;
- Procurar ter razão;
- Adoptar comportamentos defensivos.

## Entrevista de Colheita de dados a pessoas com comportamentos difíceis

### A pessoa ansiosa

- Reconhecer a sua ansiedade e levá-la e exprimir-se sobre o que a perturba, sobre os seus medos;
- Manifestar-lhe compreensão;
- Tocar-lhe na mão ou no ombro;
- Explicar-lhe bem o objectivo da colheita de dados;
- Colocar questões claras e simples;

## Entrevista de Colheita de dados a pessoas com comportamentos difíceis

### A pessoa ansiosa (cont...)

- Proceder lentamente sem a apressar. O stress prejudica a concentração;
- Se certos assuntos parecem perturbá-la, tomar o tempo necessário para os esclarecer com a ajuda de questões de clarificação e validação;
- Se a pessoa Chora, deixar-lhe o tempo de entrar em contacto com as suas emoções, deixa-la exprimir-se
- Oferecer-lhe frequentes reforços positivos;
- Se necessário, sugerir-lhe um breve relaxamento.

## Entrevista de Colheita de dados a pessoas com comportamentos difíceis

### A pessoa depressiva

- Não se mostrar muito alegre, estimulante e entusiasta
- Explicar à pessoa a necessidade da entrevista
- Reconhecer a sua dificuldade
- Sossegå-la quanto ao tamanho da entrevista; dizendo-lhe que se poderá adiar se estiver muito cansada, retomando-a mais tarde
- Permitir-lhe exprimir as suas emoções

## Entrevista de Colheita de dados a pessoas com comportamentos difíceis

### A pessoa depressiva (cont...)

- Mostrar muito interesse pelo que ela diz e manifestar-lhe compreensão no que diz respeito às suas dificuldades
- Fazer frequentes reforços positivos para a encorajar
- Perante o seu negativismo, utilizar o reenquadramento para fazer ressaltar pontos positivos
- Agradecer-lhe a sua colaboração e esforço

## Bibliografia

BENJAMIN, Allred – *A Entrevista de Ajuda*. 6ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. ISBN 85-336-0168-9.

BRIMMEL-SMITH, Kenneth; FORDE, Douglas; ENELOW, Allen – *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Climep: Lisboa 1999. ISBN: 972-99308-9-3.

CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

CYSSAUL, Catherine – *A entrevista em clínica*. Lisboa: Climep91, 2005. ISBN 972-796-168-1.

ESTANQUEIRO, António – *Saber Lidar com as Pessoas - Princípios da comunicação interpessoal*. Lisboa: Editorial Presença, 1993. ISBN: 972223-3528. p. 60-61.

LEAL, Isabel – *A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica. Fim de Século – Edições*. Lisboa, 2008. ISBN: 978-972-754-255-0.

LOPES, Manuel J. – *A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

NUNES, José – *Comunicação em contexto clínico*. Bayer HealthCare: Lisboa, 2007.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. 1ª Ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

O' TOOLE, A., WELT, S. – *Teoria Interpessoal en la Prática de la Enfermería: Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson, 1996. 473p. ISBN: 9788445803899.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.

SALOMÉ, Jacques; GALLAND, Sylvie – *A Arte da Comunicação Humana*. 1ª Ed. Lisboa: Esquilo, 2004. ISBN 972-8605-31-5.

SILVA, Valdeci, G. – *A Entrevista Psicológica e suas Nuanças*. [em linha] disp. em: [http://www.alfasolbre.com.br/conten/vico/7205/09/Consulta\\_07-04-10\\_20.00\\_](http://www.alfasolbre.com.br/conten/vico/7205/09/Consulta_07-04-10_20.00_)

APÊNDICE VIII  
PEDIDO DE PARECER DE ECL



## PARECER DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

Identificação

Serviço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parecer solicitado por: \_\_\_\_\_

Motivo do pedido:

---

---

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

Avaliação Diagnóstica:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Recomendações/ Sugestões:

---

---

---

APÊNDICE IX  
ESTUDOS DE CASO

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** F. F.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 1**

**Idade:** 65 Anos

**Processo:**

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Auxiliar de Acção Médica/ Reformada

**D. Médico:** Carcinoma da Mama Metastizado

**Morada:** Quinta da Lomba – Barreiro

com fractura do úmero esq.

**Pessoa Significativa:** Marido

**Parecer solicitado por:** Enfª C.

**Motivo do pedido:** “*Acho que devias avaliar esta senhora*”

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 11:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 11:30 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. F. está bastante preocupada com a sua situação de doença. Tem receio do futuro, refere que necessita de ajuda do marido para realizar grande parte das suas AVD's. Tem tido muitas dores desde que aconteceu a fractura, e o colete que tem de usar por indicação do ortopedista não é cómodo. Tem conhecimentos sobre a sua doença e pensa que vai conseguir ultrapassar esta fase da doença. Manifesta alguma ansiedade e grande tristeza “*Por vezes vou-me a baixo*” “*Desta vez isolei-me*” “*Tenho apoio do meu marido mas por vezes não chega*” sic. Refere sentir-se angustiada e atribui a sua fractura á falta de atenção da médica “*pois não mudou o tratamento, na altura certa*” sic.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada em sala de tratamentos junto da cama onde se encontrava a doente, sem qualquer tipo de interrupção. A D. F. é uma doente à qual foi diagnosticada, no Hospital dos Capuchos, Neoplasia da mama esquerda em Maio de 2008, sem critério para cirurgia. Realizou poliquimioterapia. Em Outubro de 2009 apresentou dor na anca esquerda e a cintigrafia revelou, múltiplas metastases ósseas (vértebras dorsais e lombares, esterno, úmero esquerdo, ossos da bacia e terço proximal de ambos os fémuros, Em 24/01/2010 apresenta metastização ganglionar, pulmonar e hepática. A 15/02/2010 inicia tratamento de quimioterapia com Taxol semanal que ainda mantém e em 10/03/2010 radioterapia paliativa. Tem duas filhas e duas netas, que a visitam algumas vezes, ao que acrescenta “*elas têm a vida delas*” sic.

À observação a D. F. apresenta-se calma, mas com fâcies pouco expressivo. Palidez acentuada. Esteve cooperante e colaborante. Aparência pouco cuidada, consciente e orientada em todas as referências. Linguagem fluente, com pensamento e discurso organizado em tom baixo. Memória mantida, sem alterações da percepção. Tem capacidade de síntese, e manifesta vontade de ultrapassar esta situação embora não saiba como, nem como será o futuro. Apura-se grande tristeza, ansiedade e humor depressivo. No final referiu ainda “*sabe passo os dias na cama, não me apetece ver ninguém*”. Tem esperança que esta semana vai correr melhor pois “*o Dr. passou-me uns selos para as dores do braço*”

Foram explicados os objectivos desta intervenção, a D. F. aceitou e concordou com o proposto. Com autorização da senhora apliquei escala de avaliação. Foi marcada nova entrevista para o dia do próximo tratamento.

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)<sup>11</sup>

**Nome:** F. F. **Idade:** 65 Anos **Data:** 20/04/2010

**Serviço:** *Oncologia Ambulatório*

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?	<b>X</b>	
5) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	<b>X</b>	
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		<b>X</b>
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?	<b>X</b>	
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?	<b>X</b>	
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
26) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?		<b>X</b>
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?		<b>X</b>

**Score: 23**

### Tradução para português:

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral<sup>12</sup>

<sup>11</sup> SPAR, James; LA RUE, Asenath – **Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-139-8, p. 265-266.

<sup>12</sup> *O autor considera que a escala é do domínio público.*

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 20/04/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau moderado.
- Interação social diminuída.
- Dor [no braço esq.] presente em grau elevado [nível 7].

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 5 sessões.
- ✓ Entrevistar o marido [avaliação diagnóstica].
- ✓ Motorizar dor [aplicação da escala numérica da dor], na próxima entrevista.

## Objectivos

**Que no final das intervenções a doente apresente:**

**- Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua dependência do marido; não verbalize tristeza; não verbalize angustia; não apresente tom de voz baixo; não exiba desleixo no auto-cuidado; não apresente isolamento/solidão.)

**- Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nas situações que anteriormente eram prazerosas dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia; demonstre interesse por aspectos da sua vida.)

**- Interação social adequada.**

(que a D. F. não apresenta isolamento social, melhore a sua interacção com a família, participe em actividades com os amigos, melhore a proximidade dos outros e não apresente sentimentos de rejeição.)

**- Ausência de Dor.**

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 27/04/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. F. estava no corredor em cadeira de rodas, a aguardar consulta médica. Quando me viu referiu *“ouvi a sua voz e fiquei contente”* sic, apresentando um ligeiro sorriso. Dirigimo-nos à sala para realização da intervenção planeada, e demonstrei que estava pronta e desejosa de ouvi-la. A D. F. apresenta fâcies ligeiramente mais expressivo, humor depressivo, labilidade emocional mais diluída e sem choro, sem sinais marcados de angústia ou desespero. Apresenta uma aparência mais cuidada. Refere ainda sentir dor mas em menor grau *“os selos são bons”* sic. Relativamente à sua preocupação com a situação de doença refere que esta semana *“as dores abrandaram, mas tenho tido uma impressão ao urinar, que incomoda muito”*. Foram validadas com a Sr<sup>a</sup> as queixas urinárias e colocada a hipótese de ter de fazer uma análise à urina e iniciar antibioterapia. Foram realizados outros ensinamentos nomeadamente sobre o aumento de ingestão hídrica. A D. F. concluiu que ia informar o médico, mas que não sabia bem o que dizer. Tentei perceber se apresentava alguma dificuldade em falar com o médico sobre alguns aspectos da sua intimidade e concluímos que apenas havia dificuldade em especificar a sintomatologia presente, tendo sido reforçado positivamente a forma como me apresentou a suas queixas físicas.

A senhora questionou-me ainda sobre a necessidade de ir a uma consulta de psiquiatria, sobre a qual não dei opinião limitando-me apenas a dar a conhecer os benefícios de determinados fármacos, nomeadamente os antidepressivos e os ansiolíticos.

No final fizemos uma síntese do conteúdo da entrevista e marcamos próxima entrevista para o dia do próximo tratamento.

Não foi realizada avaliação da dor, pois a doente não apresentava fâcies sugestivo de dor.

Mais tarde o marido veio-me dizer que a esposa já tinha feito a análise à urina e já tinha receita do antibiótico.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 04/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista foi realizada na sala de tratamentos junto da cama onde se encontrava a doente, sem qualquer tipo de interrupção. Foi feito uma clarificação dos objectivos e um resumo da última sessão para que a senhora se situasse. Ela lembrava-se de tudo, assim foi feito incentivo para continuar a verbalizar as suas preocupações, tendo em vista a sua orientação, no sentido de procurar estratégias para atingir os seus objectivos.

Apresenta-se mais expressiva, sorrindo com alguma facilidade, não se tendo observado alterações ao nível da labilidade emocional em nenhuma fase da entrevista. Refere que a semana correu mal, pois teve diarreia durante dois dias. Perguntou-me se nessas situações pode tomar imodium, ao que respondi afirmativamente. Foi ainda sugerido que falasse com as enfermeiras do serviço para pedirem a receita ao médico.

No recorrer da entrevista referiu ainda que não tem tido dores no braço, porém tem a expectativa que na próxima consulta com o médico oncologista lhe resolva o problema, tendo referido “*o colete é tão incómodo*”.

Mantém ainda queixas urinárias, embora mais atenuadas e informou “*sabe Sr<sup>a</sup> enfermeira a análise á urina veio negativa e as enfermeiras disseram-se que isto era da quimioterapia*” e “*vai passar se eu beber muita água*”.

No final informou que tinha ido a uma consulta de psiquiatria e acrescentou “*estava á espera de mais conversa, mas ele disse pouca coisa*”. Mostrou em seguida os medicamentos prescritos, que consistiam em medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, e apresentou uma questão “*será que não fazem mal com a quimioterapia? O psiquiatra também tinha essa dúvida*”. Nessa altura pediu-me para falar com o seu médico sobre esta questão o que aceitei.

Por último perguntei se queria ainda acrescentar mais alguma questão, ao que respondeu “*só tenho a agradecer-lhe a sua ajuda*”.

Despedimo-nos e marcámos novo encontro para dia 11/05/2010.

Após ter falado com médico, falei com a senhora, pois ainda se encontrava a fazer o tratamento, tendo-a informado que não existe qualquer contra-indicação para tomar os psicofarmacos.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 07/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista foi realizada em gabinete com privacidade. A senhora veio hoje ao serviço de oncologia, não para realizar tratamento, mas por manter queixas urinárias. Apesar não ser o dia que combinamos para a nossa entrevista, a D. F. demonstrou interesse em falar comigo, o que não recusei.

Assim que me viu esboçou um sorriso e referiu que *“estava tão aflita que tive de vir”*. Já tinha sido observada pelo médico e aguardava que a chamassem para realizar uma ecografia pélvica.

Apresentava fâcies triste e tenso. Quando a cumprimentei verifiquei que tinha a mão suada e notava-se alguma inquietação. Comecei por perguntar como se sentia, respondeu que *“tenho andado muito ansiosa a pensar se vou voltar a ser como era dantes”* e continuou *“sei que vou ter sempre algumas limitações, mas presentemente só me apetece ir para a cama”* e *“os outros não me compreendem, o meu marido está sempre a mandar-me para a varanda apanhar sol”*.

Neste encontro limitei-me praticamente a ouvir a senhora. Contudo, no final apresentava-se mais tranquila.

Despedimo-nos e combinamos novo encontro para dia 11/05/2010 às 10:30.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 11/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda.

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não foi realizada pois a D. F. realizou análises no dia anterior, cujo valores não eram compatíveis para a realização de quimioterapia.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 18/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. F. já se encontrava a realizar o tratamento, tendo referido assim que me viu *“ainda bem que veio hoje”*. Coloquei-me numa posição de atenção e disponibilidade, com inclinação para a doente, mostrando estar pronta para a ouvir.

Da minha primeira observação, verifiquei que a senhora apresentava mais iniciativa e expressividade no contacto. Porém mantém ainda fâcies triste. A aparência é cuidada, mas fisicamente mantém-se debilitada.

Comecei por perguntar, o que é que a preocupava mais. Contou que a semana correu bem, e que foi á consulta de ortopedia tendo referido *“o médico foi muito atencioso. Fiz RX, mas tenho de manter o colete, por mais algum tempo”* e continuou *“mas não tenho tido dores”*.

A certa altura da entrevista validei com a D. F. como gostava de ocupar os seus tempos livres antes de estar doente. A senhora explicou que vendia tupperwares, e referiu *“fazia muitas reuniões”*. Aprovei então para perguntar se não gostava de voltar a realizar uma dessas reuniões? A D. F. ficou em silêncio durante algum tempo, acabando por referir *“as minhas amigas estão sempre a pedir, mas não tenho saúde”*

Hoje passou grande parte da entrevista segurando a minha mão. Acho que esta atitude é uma procura de segurança e como tal fui permitindo porque considero que assim estava a ajudar a senhora, fazendo uso do toque. Mais do que uma entrevista de ajuda foi também um disponibilizar presença, um escutar activamente, enfim, ajudar.

No final pedi autorização para falar com o marido, tendo a senhora respondido *“fale, pois ele também precisa”*.

A próxima entrevista foi agendada para o dia do próximo tratamento, tendo a D. F. concordado.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

## Avaliação Diagnóstica da Família

**Data:** 18/05/2010 **Hora** 11:00 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de escuta activa.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Nome:** F. F. **Idade:** 63 Anos **Grau de Parentesco:** Marido

**Perspectiva do familiar:** o Sr. F. está muito preocupado com a doença da esposa. Tem muito medo de a perder. Tem conhecimentos sobre a doença da esposa e está informado do prognóstico.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista decorreu em sala privada, tendo decorrido sem qualquer interrupção. Apresentava-se vestido adequadamente, com aparência cuidada. Postura adequada. Após as apresentações foram explicados os objectivos da entrevista, o que Sr. F. aceitou e concordou. Principiou por referir que se sente triste com a situação da esposa, tendo começado a chorar quase de imediato. Foi dado o devido espaço, fazendo uso adequado do silêncio. Posteriormente agradeceu o que tenho feito pela esposa. E continuou *“sabe ela passa os dia na cama, e eu estou sempre a dizer-lhe para ir para a varanda apanhar sol!...”* e acrescentou *“por vezes até fica zangada comigo, mas eu entendo-a”*.

O Sr. F. desde que a esposa está mais debilitada assumiu grande parte das tarefas domésticas e expressa orgulho nesta situação. Refere que passa a maior parte do tempo com a D. F. mas ainda vai todos os dias ao café estar com os amigos.

À observação não se apuram alterações do humor. O fâcies é expressivo embora por vezes apresente alguma tensão. Não apresenta alterações do comportamento ou do discurso.

**Planeamento de intervenções:** Apesar de ter cumprido com todos os requisitos para uma entrevista de avaliação diagnóstica e ter recolhido a informação que necessitava, não apurei, da minha observação, que houvesse alguma situação problemática iminente, de carácter emocional, que necessitasse da minha intervenção. Contudo mantém-se o objectivo de iniciar qualquer intervenção caso seja necessário.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 25/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se antes da consulta médica, em gabinete com privacidade.

A D. F. mantém bom contacto quando abordada. Discurso lógico e coerente. Mantém aparência cuidada, apesar de hoje não ter colocado a prótese dentária, tendo apresentado como justificativa o facto de ter “*uma inflamação nas gengivas*”.

Apresenta fâcies expressivo, e sorri quando estimulada. Mantém humor de tonalidade depressiva.

Aparentemente está mais debilitada. Comecei por perguntar como passou a última semana, ao que respondeu “*bem*” com alguma indiferença, ficando em silêncio, e posteriormente chorou durante algum tempo, e continuou “*estou sem forças nas pernas*”. Neste momento direccionou o olhar para mim como se aguardasse uma resposta. Perante a referida situação mantive-me em silêncio, mas demonstrei disponibilidade para que esta partilhasse o que estava a sentir. A Senhora continuou a verbalizar os seus medos, a certa altura reflectimos sobre as várias fases da sua doença, tendo a D. F. concluído que “*sempre existiram altos e baixos*”.

Como acordado com a D. F. foi realizada avaliação da sintomatologia depressiva com aplicação da escala, tendo obtido um resultado de 19 pontos – depressão ligeira, o que confirma a minha observação.

No final estava mais calma, e terminamos após a D. F. ter reformulado as questões que queria colocar ao médico.

Agendámos nova entrevista para o dia do próximo tratamento.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale  
J. Psychiatric Res. 17:37-49

**Nome:** F.F. **Idade:** 65 Anos **Data:** 25/05/2010

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?	<b>X</b>	
5) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?		<b>X</b>
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?	<b>X</b>	
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?		<b>X</b>
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?	<b>X</b>	
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
26) Tem dificuldade em se concentrar?	<b>X</b>	
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?		<b>X</b>
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?		<b>X</b>

Score: 19

### **Tradução para português:**

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 01/06/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Aplicação da técnica de Relação de Ajuda.

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não se realizou pois a D. F. não compareceu ao tratamento. As enfermeiras do serviço desconheciam o motivo.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

A minha observação e a aplicação da escala de depressão geriátrica confirmam que a D. F. está melhorada, tendo em conta os objectivos definidos inicialmente. Embora reconheça a eficácia das minhas intervenções, e verifique que a senhora adquiriu algumas estratégias para superar algumas das vicissitudes da sua situação, ainda mantém alterações da interacção social permanecendo grande parte dos seus dias isolada no quarto.

Este foi uns dos casos importantes para mim, uma vez que foi o primeiro, o que me ajudou a perceber a necessidade de reformular alguns aspectos, nomeadamente no planeamento de outro tipo de intervenções.

Contudo, penso ter recolhido a informação necessária inicialmente, ter sido suficientemente empática e disponível para que o desenvolvimento de uma relação de confiança, que, tenho a certeza, poderá ser mais frutífera. Pelo que me permito afirmar que consegui iniciar uma relação terapêutica, embora seja necessária a sua continuidade para o alcance de resultados mais significativos.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** M. F.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 2**

**Idade:** 59 Anos

**Processo:**

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Quinta da Lomba – Barreiro

**D. Médico:** Carcinoma Ductal invasivo da Mama Esq.

**Parecer solicitado por:** Enfª P.

**Motivo do pedido:** “*esta senhora tem uma situação física complicada*”

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 10:00Horas

### Avaliação Diagnóstica da Doente

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 10:00 Horas

**Perspectiva do doente:** A D. M. F. sente-se bem, está preocupada com a sua situação de saúde. Sabe porque motivo está a fazer quimioterapia e conhece a sua doença.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada na sala de formação do serviço, com a privacidade necessária tendo decorrido sem interrupções. A Srª desloca-se pelo seu próprio pé, apresenta uma postura adequada, está vestida com roupa adequada para a época, sem adornos, unhas curtas, sem maquilhagem e um lenço na cabeça. Manifesta uma atitude amigável, o fâcies é expressivo, e a idade aparente coincidente com a idade real. Mantém contacto visual com a entrevistadora. Passou toda a entrevista a sorrir, mas dentro dos limites da adequação. Tendo-se mostrado cooperante e colaborante. Não apresenta alterações da fala nem do curso do pensamento. É casada, tem dois filhos. Em 2001 apresentou Carcinoma Ductal invasivo moderadamente diferenciado. Em 2003 foi reoperada por recidiva local. Tendo realizado quimioterapia por períodos. Em Janeiro de 2010 iniciou Taxol semanal. Nega qualquer episódio de ansiedade excessivo apenas o que considera normal para a situação que está a vivenciar. Segundo a doente, se estiver tudo bem, já lhe restam poucos tratamentos. Deu-se um feed-back da entrevista, utilizando alguma confrontação no sentido de clarificar as suas necessidades, expectativas e objectivos, reforçou-se a confidencialidade da interacção, dado que poderiam existir alguns receios, mas a resposta foi precisamente a mesma “*isto está tudo a correr bem, estou ansiosa mas é para voltar a trabalhar*” sic. Atendendo à vontade da senhora, respeitei, agradei a sua colaboração, despedi-me e acompanhei a senhora até à sala de perfusões.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 20/04/2010

- Face à avaliação diagnóstica não se levantam quaisquer diagnósticos.

### **Planeamento de Intervenções**

### **Objectivos**

**Que o doente apresente:**

- Não se estabelecem objectivos relativamente a diagnósticos. Contudo, mantém-se os objectivos de iniciar qualquer intervenção que seja necessária.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Apesar de ter cumprido com todos os requisitos para uma entrevista de avaliação diagnóstica e ter recolhido a informação que necessitava, não apurei, da minha observação, que houvesse alguma situação problemática iminente, de carácter emocional, que necessitasse da minha intervenção. Além de que a própria doente não reconheceu a necessidade deste tipo de intervenções, razão pela qual, não se deu prosseguimento.

Posteriormente a minha avaliação foi comunicada á enfermeira consultora, embora tenha havido algum

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** V. R.

**Idade:** 64

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Pessoa Significativa:** Marido

**Parecer solicitado por:** Enfª L.

**Motivo do pedido:** “*esta senhora nunca se relaciona com ninguém*”

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 14:00Horas

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Processo:**

**D. Médico:** Carcinoma da Mama com metastização

Óssea e Hepática

**Caso 3**

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 20/04/2010 **Hora:** 14:00 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. V. não mostrou inicialmente grande preocupação com o seu estado. Refere ter esta doença há já vinte anos.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada na sala de formação. A doente deambula sem dificuldade. À observação a D. V. apresenta-se vigil, consciente de si, orientada em todas as referências. Contacto reservado embora seja colaborante. Apresenta fâcies triste e pouco expressivo, humor depressivo. Apresenta um discurso coerente mas lento e hesitante, sem fugas do pensamento, embora a dada altura se note alguma dificuldade em organizar o pensamento, referindo que tem “*que pensar muito antes para depois falar*” sic. Memória mantida. Mantêm capacidade de síntese. Ao longo da entrevista foi demonstrando receio relativamente ao futuro, alguns pensamentos negativos em relação a si própria e ao que a rodeia. Está sentada no cadeirão, manifestando algum desconforto pelo posicionamento. Está vestida com roupa de cor preta adequada à época. Foge muito ao contacto visual.

Realizou cirurgia há 16 anos por Neoplasia da Mama esquerda. Em 17/01/2006 apresentou lesão óssea do arco costal direito tendo efectuado radioterapia. Iniciou a 12 de Abril de 2010 tratamento semanal com Taxol por agravamento das metástases.

Referiu que tem 2 filhas e duas netas, que a apoiam muito. Porém “*fico triste quando não consigo fazer as coisas*” sic. Contou ainda que se alimenta muito mal, “*hoje ao almoço só comi 4 colheres de sopa, mas o médico não me receita vitaminas*” sic.

Foi explicada o carácter destas intervenções e foi combinado novo encontro para o dia do próximo tratamento.

A Srª no final agradeceu por ter estado tanto tempo com ela.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 19 pontos – Depressão grave

Ansiedade: 18 pontos – Ansiedade elevada

Stress: 19 pontos – Stress elevado

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: V. R.

Idade: 64 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 20/04/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

### Nos últimos dias:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Senti que estava agitado.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 20/04/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau elevado.
- Ansiedade por auto-controle ineficaz.
- Stress disfuncional em grau elevado.
- Apetite diminuído presente em grau moderado.

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar depressão/ansiedade/stress [aplicar Escala de DASS-21] ao fim de 6 sessões.
- ✓ Requer serviço de enfermagem oncológica [As enfermeiras foram informadas da diminuição de apetite da doente.]

## Objectivos

**Que no final das intervenções o doente apresente:**

**Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. V. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua incapacidade funcional; não verbalize tristeza; não apresente angustia; não apresente tom de voz baixo; não apresente isolamento.)

**- Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. V. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nas situações de vida dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia.)

**- Ansiedade ausente.**

(Que a D. V. adquira capacidade para eliminar ou reduzir ansiedade, tenha capacidade para controlar a resposta à ansiedade, melhore a sua auto-segurança e não apresente sentimentos de ameaça).

**- Stress ausente**

(Que a D. V. não apresente sensação de perder o controlo e sentimentos de impotência).

## Intervenções com o Doente

**Data:** 27/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. V. apresenta-se sentada numa cadeira junto á sala de tratamentos, olhando para quem passa no corredor, com olhar vago. Quando abordada olha para mim e esboça um ligeiro sorriso, porém, durante toda a entrevista permaneceu triste e com humor depressivo, continuando a olhar para o vazio.

No início foram reforçados os objectivos da intervenção e clarificados os papéis dos intervenientes.

Comecei por falar de alguns aspectos banais do tempo. Questionei de seguida a senhora sobre como tinha passado a semana, ao que respondeu *“para além das náuseas e dos vómitos, o meu marido foi internado”* e *“sabe Sr<sup>a</sup> enfermeira eu sem ele não sou ninguém”* tendo ficado emotiva. Segundo a D. V. o marido foi operado á próstata e desde então apresenta uma sensibilidade aumentada dos vasos sanguíneos, por vezes ocorrem hemorragias, e há necessidade de ser internado quando as perdas são intensas.

Contou ainda que já está a tomar um estimulante do apetite que as enfermeiras pediram ao médico, mas continua a alimentar-se mal.

Ficamos em silêncio por alguns períodos durante o decorrer da entrevista, tendo a senhora apresentado ao longo da entrevista, pouca iniciativa na interacção.

Continua a verbalizar tristeza, demonstrando a prevalência de humor depressivo. O discurso mantém-se lento e excitante. Parecem existir algumas ideias de desesperança em relação ao marido. E durante o nosso encontro os pensamentos relativos a si própria não foram verbalizados.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova intervenção para dia 04.05.2010, tendo a doente adoptado uma atitude activa nesta decisão, tendo perguntado *“pode ser na mesma antes da consulta?”* ao que respondi afirmativamente.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 04/05/2010 **Hora** 09:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista foi realizada antes da consulta médica. A Sr<sup>a</sup> assim que chegou ao serviço veio ter comigo. Apresentava aparência cuidada, apresentando ao pescoço uma encharpe em tons de cinzento e prateado, condizente com a roupa. Expõe melhor contacto quando abordada, afável e por duas vezes acariciou-me as mãos. O fâcies estava mais expressivo e por vezes sorridente. Discurso mais fluido e apresenta mais iniciativa na interação.

Referiu que esta semana correu bem, pois não apresentou vômitos e nem náuseas, e já sente mais apetite, tendo referido *“parece, Sr<sup>a</sup> enfermeira, que o apetite voltou”*.

Contou ainda que o marido que estava internado *“devido ao seu problema da próstata”* já está em casa e está melhor e acrescentou *“agora já estou mais acompanhada”*.

Utilizei ainda a confrontação para perceber as suas necessidades, expectativas e objectivos, mas a resposta limitou-se a *“está tudo bem com o meu marido em casa é diferente”*. Despedi-me da senhora e marcamos nova entrevista para a semana.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova intervenção para dia 11.05.2010.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 11/05/2010 **Hora** 09:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista foi realizada junto ao cadeirão onde realizava o tratamento de quimioterapia. Mantém aparência cuidada. Apresenta contacto afável. O fâcies está pouco expressivo, esboçando muito esporadicamente um sorriso. Apresenta palidez mais acentuada. Aparentemente calma numa atitude colaborante.

Quando questionada sobre como correu a semana referiu com alguma indiferença, *“a semana correu como sempre, apesar das diarreias”* e continuou *“desde que fiz radioterapia tenho sempre diarreias, mas não têm remédio. Já disse várias vezes ao médico!...”*

Falou ainda do problema do marido sem aprofundar muito o referido assunto.

A certa altura da entrevista pedi-lhe que falasse um pouco sobre da forma como tem vivido este processo de doença tão prolongado, na sua resposta destaco o facto de referir *“às vezes estou farta, e não aguento...”*

Tentei que estratégias utilizava quando se sentia desta forma, ao que respondeu apenas, com voz um pouco trémula *“Vou vivendo!...”*

Tentei validar a opinião da senhora da necessidade de fazer uma medicação antidepressiva, tendo manifestado a sua opinião desfavoravelmente, referindo *“não vale a pena”* com alguma apatia, e completou *“não vejo necessidade, pois a minha doença continua cá”*.

No final referiu sentir-se melhor *“sabe quando desabafamos com alguém ficamos mais aliviadas”* e agradeceu.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova intervenção para dia 18.05.2010.

As enfermeiras do serviço foram informadas sobre as dejectões diarreicas que a doente mantém já algum tempo.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 18/05/2010. **Hora** 09:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. V. aguardava que a chamassem para efectuar tratamento de quimioterapia. Pareceu-me mais expressiva, e estava a falar com outra doente. Assim que me viu sorriu e deu-me um vigoroso “*Bom-dia*” Está sentada no cadeirão, sento-me de frente para ela e peço-lhe que me conte como se tem sentido. Encolhe os ombros e responde-me “*bem*”sic, mas continuou a falar sobre a sua situação referindo que “*esta semana correu melhor e , não tive náuseas, o meu marido tem passado melhor*” sic.

O contacto é afável e mantém uma atitude amigável. Apresente discurso organizado, mais espontâneo com verbalização mais rápida. A aparência é cuidada. Apresenta afecto apropriado em relação ao relatado. O humor está mais estável, apenas se nota uma leve tonalidade depressiva.

A certa altura referiu “*sabe?! Sr<sup>a</sup> Enfermeira, temos de viver a vida, um dia de cada vez*” e continuou “*tenho falado muito com o meu marido e até fomos passear os dois*” Após todas estas informações reforcei positivamente esta forma de estar e perguntei como se sentia, tendo respondido com iniciativa “*tenho de fazer mais vezes*”

A D. V. já apresenta algumas estratégias para melhorar a vivência do seu processo de doença. No final convidei-a a pensar em alternativas para ultrapassar as suas dificuldades.

**Planeamento de novas intervenções:** Convidei a senhora a planear comigo nova intervenção ao que me respondeu “*se for no dia do tratamento melhor*” sic. Considerarei isto um passo em frente e combinámos para dia 25/05/2010.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 25/05/2010 **Hora:** 9:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se antes de a senhora realizar o tratamento de quimioterapia. Da minha observação conclui que a D. V. está melhorada. Apresenta aparência cuidada, com um lenço de seda na cabeça que transmite uma imagem muito agradável. Discurso fluido e com iniciativa. Fácies expressivo, sorrindo com frequência. O Humor está levemente depressivo. Mostra um melhor estado geral, com maior vitalidade física, confirma que se sente melhor. Parece mais preocupada com a sua auto-estima e auto-imagem, verbalizando que terá de comprar roupas novas pois está mais magra, tendo referido “*agora pareço as modelos da TV*” embora ainda se verifique a existência de tristeza que tenta ocultar com algum uso de humor. Elogiei o seu aspecto geral, ao qual respondeu com um grande sorriso.

Falou das suas vivências no domicílio e focou alguns aspectos ligados com o marido. Continua a verbalizar algumas emoções e sentimentos, que me parecem importantes. Apresenta estratégias para fazer fase á sua situação de doença, assim programámos para o próximo dia o encerramento da intervenção terapêutica.

Despedi-me e disponibilizei-me para fornecer qualquer informação ou algo que considerasse necessário.

## **Intervenções com o Doente**

**Data:** 01/06/2010 **Hora:** 9:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda. Avaliação final

**Duração:** Cerca de 50 minutos.

**Avaliação:** Hoje decidi fazer uma sessão mais longa de forma a promover ajuda e a fazer a avaliação final e encerramento da actividade. Assim foi solicitado à doente que verbalizasse como se sentia, quais as dificuldades, medos ou preocupações que tinha relativamente à sua situação e também a sua opinião sobre a minha intervenção e sobre o final da relação. Assim referiu que apesar de se sentir melhor, continua com receio de um dia ficar pior, mas não apresenta sinais de angústia ou de ansiedade.

Relativamente ao final da relação confessa que teve alguma dificuldade em perceber qual a minha função ali *“pensava apenas que resolvendo a questão física todo o resto ficaria bem”* sic, tendo acabado por referir que no fundo gostou que alguém se tivesse preocupado com ela porque *“as outras enfermeiras falam pouco e estão sempre a perguntar a mesma coisa”* sic. Assim, mostrei-me disponível para em qualquer altura que necessitasse me procurar, ao que respondeu sorrindo *“Muito obrigado Sr<sup>a</sup> Enfermeira”* sic. Agradei igualmente e despedimo-nos.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 13 pontos – Depressão ligeira

Ansiedade: 5 pontos – Ansiedade reduzida

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: V. R.

Idade: 64 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 01/06/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

**Nos últimos dias:**

- |   |                                    |                                    |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0                                  | 1                                  | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 11. Senti que estava agitado .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)... | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | 0                                  | 1                                  | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |

Obrigado Pela sua Colaboração!

## ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO

Este foi o terceiro caso que acompanhei. Na realidade não foi um caso fácil para início das minhas intervenções. Porém, considero que consegui manter uma atitude de empatia e de respeito pelas decisões da doente, que me possibilitaram recolher as informações necessárias para a minha assistência, adequada obviamente, e para o estabelecimento de uma relação terapêutica que, ainda que não totalmente eficaz e, inicialmente, eficiente, me permitiram acompanhar a senhora durante este período com resultados que considero úteis.

Penso que a doente demorou a compreender qual o meu papel para a sua recuperação. Acho que por estar muito centrada na parte orgânica e na sua grande preocupação em tentar perceber porque é que isto lhe aconteceu mais uma vez, não tinha consciência das alterações psicológicas que estava a vivenciar. Houve alguns aspectos pouco explorados, talvez pela minha inexperiência mas também porque a doente se fechava e se defendia muito, nomeadamente o da sexualidade que foi um aspecto que a doente nunca abordou, estando descrito como um dos aspectos que poderá ter relevância nestes casos.

Contudo, independentemente dos resultados considero ter estabelecido uma relação terapêutica com a doente e ter utilizado a técnica de relação de ajuda de forma adequada ainda que a necessitar de “limar algumas arestas.”

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** J. M.

**Idade:** 80 Anos

**Estado Civil:** viúvo

**Profissão:** Tanoeiro/Reformado

**Morada:** Alhos Vedros

**Pessoa significativa:** Filha.

**Parecer solicitado por:** Enfª L.

**Motivo do pedido:** “O Sr. está muito triste”

**Data:** 21/04/2010 **Hora:** 10:30Horas

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 4**

**Processo:**

**D. Médico:** Carcinoma Espino-Celular da amígdala

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 21/04/2010 **Hora:** 10:45 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** O Sr. J. sabe o que lhe aconteceu, tem consciência da sua doença, embora desconheça as sequelas. Mostra-se preocupado com o seu futuro, pois depende dos outros para quase tudo. E diz que neste momento se sente muito triste.

**Perspectiva do Enfermeiro:** O Sr. chegou ao serviço em maca trazido pelos bombeiros e acompanhado pela filha. A entrevista foi realizada junto à cama do doente onde realizou o tratamento. Inicialmente foi explicado o contexto em que surgiu esta entrevista e que servirá para identificar alguma situação problemática para em conjunto com os enfermeiros do serviço planearmos alguma intervenção em que o pudessemos ajudar a ultrapassar o problema, com o que concordou.

Trata-se de um doente encaminhado pelo Centro de Saúde, por neoplasia da amígdala em 19/10/2007. Há cerca de 2 anos iniciou dor no ouvido direito com parastésias e agravamento progressivo da dor, tendo iniciado terapêutica com duogesic. Em 23/04/2008 iniciou quimioterapia. Actualmente mantém tratamento com Taxol semanal. É viúvo reside em casa da filha e tem ainda outro filho que apresenta uma doença mental.

O Sr. apresenta higiene cuidada, vestido com roupa um pouco quente para a época. Cabelo em pouco quantidade e em desalinho. Apresenta-se muito emagrecido. Refere diminuição do apetite e que “*apenas como laranja com gosto*”. Fácies inexpressivo, com sialorreia enquanto fala, limpando-se frequentemente com um guardanapo. O discurso é sintónico, embora por vezes pouco perceptível. À abordagem mostra-se cooperante e colaborante, embora disártrico e com lentificação da fala. Aparentemente sem alterações do pensamento. Tem diminuição da acuidade auditiva. Está consciente, vigil, orientado em todas as referências. Memória mantida. Com o decorrer da entrevista mostra-se lábil e choroso, emocionando-se facilmente.

Verifica-se, ao nível do humor, a presença de depressão. Ao nível motor apresenta dificuldade na marcha, foi trazido pelos bombeiros em maca, acompanhado pela filha. Refere ainda que se cansa com muita facilidade. Não se apuram alterações do sono. Aparentemente sem alterações cognitivas e sem irritabilidade. Antes de terminar a entrevista planeei com o Sr. a realização de entrevistas de ajuda, com o que concordou. Ao combinarmos o próximo encontro o doente pediu para ser mais tarde, por volta da 13:30, não percebi porquê, embora tenha concordado.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)

**Nome:** J. M. **Idade:** 80 Anos **Data:** 21/04/2010

**Serviço:** *Oncologia Ambulatório*

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
31) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
32) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
33) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
34) Fica muitas vezes aborrecido/a?	<b>X</b>	
35) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
36) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	<b>X</b>	
37) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		<b>X</b>
38) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
39) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
40) Sente-se muitas vezes desamparado/a?	<b>X</b>	
41) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
42) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
43) Preocupa-se muito com o futuro?	<b>X</b>	
44) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
45) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
46) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
47) Sente-se inútil?	<b>X</b>	
48) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
49) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
50) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
51) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
52) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
53) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
54) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
55) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
56) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
57) Gosta de se levantar de manhã?		<b>X</b>
58) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
59) Tem facilidade em decidir as coisas?		<b>X</b>
60) O seu pensamento é tão claro como era antes?		<b>X</b>

**Score: 25**

**Tradução para português:**

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 21/04/2010

- Humor depressivo em grau elevado.
- Tristeza presente em grau elevado.
- Apetite diminuído presente em grau moderado.

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 6 sessões.
- ✓ Requerer serviço de enfermagem oncológica [As enfermeiras foram informadas da diminuição de apetite da doente.]

## Objectivos

### **Que o doente apresente:**

#### **- Humor depressivo em grau muito ligeiro.**

(Que o Sr. J. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua dependência; não verbalize tristeza; não demonstre angustia; não apresente tom de voz baixo; apresente fâcies mais expressivo; não apresente labilidade emocional; não apresente isolamento.)

#### **- Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que o Sr. J. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer em algumas situações da sua vida, dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia; demonstre interesse por aspectos da sua vida; mantenha esperança adequada à sua situação de saúde.)

#### **. Apetite mantido**

### Intervenções com o Doente

**Data:** 28/04/2010 **Hora** 13:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 35 minutos

**Avaliação:** A entrevista foi realizada junto à cama. O doente encontrava-se semi-sentado e cabisbaixo. Ao meu cumprimento verbal levantou a cabeça e estendeu-me a mão para me cumprimentar. Está menos sialorreico mas continua a segurar um lenço com a mão direita e uma bola de massagem com a mão esquerda, sem contudo fazer qualquer movimento. Apresenta-se pouco expressivo, com ossos da face muito proeminentes.

Sentei-me numa cadeira na sua frente e iniciei a intervenção relembrando-lhe os objectivos da minha presença e a duração da entrevista. Assim comecei por lhe solicitar se gostaria de me falar um pouco das suas preocupações neste momento. Começou a chorar. Dei-lhe o espaço necessário, após o que começou a referir que sempre foi saudável e agora “*vejo-me assim*” sic. Depois começou a falar da filha e do seu casamento como algo de bom na sua vida. Sem qualquer interrupção deixei-o continuar, visto que me pareceu que estava a sentir-se bem em falar dos aspectos positivos da sua vida. Embora em algumas das situações o discurso seja pouco perceptível. Quando terminou tinham passado 35 minutos. Perguntei-lhe se pretendia continuar ao que me respondeu “*estou com sono*” sic. Combinamos então outra entrevista para o próximo dia do tratamento, e ajudei o senhor no posicionamento de forma a ficar mais confortável.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programam outro tipo de técnicas. Planeia-se nova intervenção para dia 05/05/2010.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 05/05/2010 **Hora** 13:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** Esta entrevista foi realizada junto á cama onde realizava o tratamento, foi interrompida 1 vez por uma enfermeira que veio mudar o soro. O Sr. J. estava sentado na cama, a tentar beber um frasco de Fortimel. Mantém-se muito emagrecido e com falta de apetite. Quando me viu, sorriu e disse algo que não consegui entender. Cumprimentei o senhor com um aperto de mão. Mantém sialorreia e apresenta-se um pouco lenificado devido á medicação que tem em curso. Está mais debilitado.

Fiz-lhe um resumo da última intervenção e perguntei-lhe como tinha passado a sua semana, ao que respondeu “*mais ou menos*” e perguntei de seguida se tinha tido dores, tendo negado com um acenar da cabeça. Demonstra ainda alguma labilidade emocional mas não chora. Apesar de quando fala na filha fica ligeiramente mais expressivo e com mais iniciativa no discurso. Durante toda a entrevista teve um discurso organizado, embora curto e com pouca iniciativa. Mantém-se triste, ficando várias vezes em silêncio. Por diversas vezes utilizei o toque terapêutico, que parece ter aumentado a tranquilidade do Sr. Júlio. A determinada altura evidenciou sinais de cansaço pelo que dei por terminada a entrevista. Combinamos que voltaríamos a encontrar-se no próximo dia 12/05/2010.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a utilização de outro tipo de metodologia.

A enfermeira responsável pelo senhor neste dia, realizou ensino á filha relativamente á necessidade de aumentar a ingestão hídrica, efectuar posicionamentos de 2/2h, efectuar massagem com creme hidratante, e a utilização de colchão anti-escaras, visto o Sr. J. apresentar algumas zonas de pressão. Realizou ainda pedido de apoio domiciliário dirigido ao centro de saúde da área de residência e encaminhou a filha para a liga dos amigos do hospital, para adquirir um colchão anti-escaras.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 05/05/2010 **Hora** 13:30 **Horas**

**Avaliação:** A entrevista não se realizou pois o Sr. Júlio não compareceu no serviço para realizar tratamento de quimioterapia. Posteriormente a Enf<sup>a</sup> Patrícia informou-me que a família tinha telefonado a comunicar que o doente tinha desistido do tratamento de quimioterapia e que ia passar a ter apoio das enfermeiras do centro de saúde, para colocação de adesivos de Fentanil e cuidados às feridas.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Dada a curta duração de contacto com o doente, reconheço que as intervenções foram muito poucas para se reconhecer a eficácia das mesmas. Porém, considero que não deixou de ser importante para mim, uma vez que me ajudou a perceber a necessidade de reformular alguns aspectos, nomeadamente no planeamento de outro tipo de intervenções, ainda que em contexto domiciliário, se fosse possível, ou mesmo, nas intervenções com a família, pedindo-lhe que se deslocasse ao hospital uma vez que poderia necessitar de apoio.

Contudo, penso ter recolhido a informação necessária, ter sido suficientemente empática e disponível para que o Sr. J. criasse uma relação de confiança, que, tenho a certeza, iria ser frutífera. Pelo que me permito afirmar que consegui iniciar uma relação terapêutica, embora, lamentavelmente, não lhe tenha dado continuidade.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** M. J.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 5**

**Idade:** 69 Anos

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Professora/Reformada

**Morada:** Setúbal

**Pessoa Significativa:** Marido

**Parecer solicitado por:** Enfª C.

**Motivo do pedido:** “A Sr.<sup>a</sup> é muito exigente, nada é do seu agrado”

**Data:** 21/04/2010 **Hora:** 12:00Horas

**Processo:**

**D. Médico:** Neoplasia da Mama  
Esquerda com múltiplas metástases  
ósseas.

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 21/04/2010 **Hora** 12:45 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica

**Perspectiva do doente:** A D. J tem conhecimento da sua doença, conhece bem os motivos pelos quais está a fazer quimioterapia. Sente-se muito incapacitada pois não consegue conduzir e nem sequer tratar das suas plantas.

**Perspectiva do Enfermeiro:** Foi realizado acolhimento á chegada ao serviço. A entrevista foi realizada junto à cama da doente, tendo sido mantida a privacidade exigida. A D. Judite reúne condições para realizar o seu tratamento sentada em cadeirão, mas prefere que seja efectuado na cama.

Trata-se de uma doente que foi submetida a mastectomia radical da mama esquerda em 2002. Em 2002 a cintigrafia indica múltiplas metástases ósseas. Hoje na consulta médica, na qual estive presente, referiu dor ao nível da cintura pélvica, estando medicada para o efeito. O médico reforçou o ensino relativamente á posologia dos analgésicos, já prescritos anteriormente, que a doente não estava a cumprir. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico, incluindo cintigrafia óssea e Rx dos ossos da bacia simples. A doente foi informada pelo médico que os valores analíticos relativos aos marcadores tumorais estavam mais baixos.

Apresenta aparência cuidada, sem maquilhagem, com peruca e vestida com cores condizentes. Idade aparente coincidente com a idade real. Actividade motora sem alterações. Está consciente, lúcida e vigil, orientada em todas as referências, sem alterações da fala ou do pensamento. Mostra-se cooperante e colaborante, numa atitude amigável. Apresenta um discurso emotivo, chorando várias vezes ao longo da entrevista, despertando-me sentimentos de desejo de ajudar. Apresenta fâcies triste, porém esboça sorrisos quando fala das filhas que estão no estrangeiro e que vêm duas vezes por ano visita-la. Segundo a mesma tem uma boa condição económica. Reside num condomínio privado, tendo uma empregada que se ocupa das lides domésticas e um jardineiro, visto ter um grande jardim.

Suspira frequentemente ao longo da entrevista e limpa as lágrimas. Referiu ainda que o marido é muito apoiante.

Aplicou-se a Escala da Depressão Geriátrica tendo sido obtido o resultado de 23 pontos – Depressão grave.

Planeou-se com a doente a aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem, com o que concordou.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)

**Nome:** M J.

**Idade:** 69 Anos

**Data:** 21/04/2010

**Serviço:** *Oncologia Ambulatório*

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?	<b>X</b>	
5) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	<b>X</b>	
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		<b>X</b>
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?	<b>X</b>	
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?	<b>X</b>	
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
26) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?		<b>X</b>
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?		<b>X</b>

**Score: 23**

**Tradução para português:**

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 21/04/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau elevado.
- Ansiedade presente em grau moderado.
- Dor [ao nível da cintura pélvica] presente em grau moderado [nível 4].

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicar Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicar Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicar Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Aplicar Técnica de relaxamento progressivo de Bernstein e Borkovec
- ✓ Motorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 5 sessões.
- ✓ Motorizar dor [aplicação da escala numérica da dor], na próxima entrevista.

## Objectivos

### Que o doente apresente:

#### - Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.

(Que a D. J. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua dependência do marido; não verbalize tristeza; não verbalize angustia; não apresente tom de voz baixo; não apresente isolamento.)

#### - Tristeza presente em grau muito ligeiro.

(Que a D. J. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nas situações que anteriormente eram prazerosas dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia; demonstre interesse por aspectos da sua vida; mantenha esperança adequada à sua situação.)

#### - Ansiedade ausente.

(Que a D. J. adquira capacidade para eliminar ou reduzir ansiedade, tenha capacidade para controlar a resposta à ansiedade, melhore a sua auto-segurança e não apresenta sentimentos de ameaça).

#### - Ausência de dor.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 28/04/2010 **Hora** 15:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda em Enfermagem

Técnica de relaxamento progressivo de Bernstein e Borkovec

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** Hoje a D. J. encontra-se sentada no cadeirão para o tratamento. Membros inferiores elevados posicionada com várias almofadas que trouxe de casa. Aparência cuidada, vestida com cores condizentes e perfumada.

A Sr.<sup>a</sup> mantém períodos de choro, principalmente quando abordada a temática sua doença. Discurso centrado nas suas incapacidades para o desempenho das actividades quotidianas. Continua a referir dor mas apenas em algumas posições. Tem feito medicação analgésica que surte efeito. Mantém um discurso fluente. Mostra alguns comportamentos de ansiedade, como esfregar as mãos com alguma frequência. Apresenta fâcias triste e humor depressivo a maior parte da entrevista.

Refere que por vezes acorda cerca das 2h da manhã e não volta a dormir. Conta ainda que já está a fazer medicação para o efeito, mas por vezes fica muito ansiosa. Foi colocada a hipótese da senhora pedir ao médico oncologista para rever a sua medicação hipnótica, o que aceitou.

Foi sugerida á D. J. uma entrevista com o marido, tendo esta referido não valer a pena, o que respeitei.

Neste momento do nosso encontro, com o consentimento da senhora, apliquei a Técnica de relaxamento progressivo de Bernstein e Borkovec.

No final a D. J. encontrava-se mais calma.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova sessão para dia 05/05/07, dia do próximo tratamento.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 05/05/2010 **Hora** 15:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. J. encontrava-se sentada no cadeirão para o tratamento. Como se encontrava outra senhora no cadeirão do lado ajudei-a a colocar-se noutra posição e sentei-me na sua frente acautelando a distância adequada, mas que permitisse conversar num tom de voz baixo.

Está revoltada com a questão das dores e refere “ *Sabe hoje de noite tive a pior dor da minha vida, desta vez foi na cabeça, acabou por passar*” e ajeitou a peruca em sinal de desespero. Apresenta períodos de choro menos frequentes, mas refere sentir-se muito triste. Confrontada com a necessidade de arranjar estratégias que permitissem ultrapassar esta situação, apresenta numa solução embora pouco aceitável: Fazer uma ressonância magnética, pois tem um médico seu amigo que lhe faz o pedido do referido exame. Foi confrontado com o facto do seu médico oncologista lhe ter passado vários exames na última consulta, que ainda não realizou. Dei tempo a senhora para que se reestruturasse, tendo acabado por concluir que “*o melhor é eu ir fazer esses exames primeiro e depois logo se vê*”.

Acrescentou ainda que está preocupada, pois a filha que está no estrangeiro vem para a semana e ela terá de passar um dia inteiro no hospital. Discutimos algumas hipóteses relativamente a esta situação, tendo a D. J. aceitado negociar com a enfermeira Rosa a realização do próximo tratamento para o início da manhã.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova sessão para dia 12/05/2010.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 12/05/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A D. J. hoje encontrava-se francamente melhorada. Quando me viu chegar esboçou um sorriso aberto e de franca satisfação. Estendeu-me a mão imediatamente.

Apresenta humor mais estável, sem crises de choro, embora, quando fala das dores que sente à mobilização, se mostre um pouco lamuriosa. Já não apresenta ideias de desesperança e não verbalizou nada em relação á sua incapacidade. Não refere alterações do sono, nem do apetite. Continua a apresentar um discurso coerente, sem alterações da fala ou do curso do pensamento.

Começou por me informar que tudo estava a correr bem, tendo referido “*Hoje comecei o tratamento mais cedo*” e continuou “*estão cá as minhas filhas, que vieram as duas para passarem esta semana comigo*”.

Falou da sua história pessoal com grande expressividade, tendo referido somente situações agradáveis desde a altura em que viviam com os pais em Beja até ao jantar de ontem na companhia das filhas.

No encerramento da entrevista de hoje perguntei-lhe se me queria fazer alguma pergunta ou dizer-me algo que ainda não tivesse dito, respondeu-me que “*estou desejosa de acabar o tratamento*”, sorrindo despediu-se.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 19/05/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** Antes da consulta o Dr. Nuno, oncologista da D. J., veio pedir informações acerca do estado emocional da doente, e solicitar-me mais uma vez que estivesse presente na consulta.

A entrevista decorreu, após a consulta médica, junto ao cadeirão onde a D. J. se encontrava a realizar o tratamento.

Relativamente à avaliação da sessão de hoje, a senhora mantém bom contacto quando abordada. O fâcias está mais expressivo. Mantém aparência cuidada, com roupas de cores condizentes. Aparentemente calma e cooperante. Está mais afectuosa, do que nas entrevistas anteriores. Refere alguns pormenores da estadia das filhas, em sua casa, com muito agrado. Fala com afectividade das filhas e também demonstra, de forma congruente, algum afecto pelos técnicos. Verifica-se uma maior estabilidade do humor, embora ainda predominem as variações depressivas. Ao nível da conduta não se apuram alterações, sendo os gestos condizentes com a expressão verbal.

Falou ainda de alguns assuntos relativos á consulta médica, e mostrou-se satisfeita com o facto de o médico ter solicitado vários exames, tendo concluído “*confio muito nele*”. Pedi que me falasse da forma como ocupa os seus dias. Enumerou algumas das actividades que realiza em casa, mas acrescentou ainda “*as minhas filhas aconselharam-me a sair mais!... E como gosto do mar, combinei com o meu marido, que vamos todas as semanas*” e continuou “*eu fico no carro, mas dá-me uma tranquilidade*”. Elogiei esta decisão e concluí que a D. Judite já consegue delinear algumas estratégias para promover o seu bem-estar.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeou-se nova entrevista de ajuda para dia 26.05.2010 às 14 horas.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 26/05/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Avaliação Final.

Aplicação da Escala da Depressão Geriátrica

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se antes da consulta médica, em gabinete com privacidade.

A D. J. apresentou-se cooperante e afável, Mantém discurso lógico, coerente, fluido e espontâneo, com débito normal.

Mantém insight para a sua situação de doença e já delineou algumas estratégias para promover o seu bem-estar. Apresenta fácies mais expressivo, embora mantenha humor levemente depressivo.

Apesar de emagrecida, apresenta melhor condição física, apresentando maior vitalidade na mobilização.

Não apresenta alteração do sono, do apetite, não há perda de libido, e apenas apresenta por vezes alguma fadiga que atribui à quimioterapia.

Da minha observação posso concluir que a senhora está melhor, tendo a própria confirmado *“já me sinto com outro ânimo”*

Apesar de não ter sido planeado na sessão anterior, e após ter consultado a D. Judite, dei por terminadas as minhas intervenções.

Verificando que os objectivos tinham sido atingidos, fiz o encerramento da entrevista, após uma reflexão conjunta sobre os nossos encontros, encorajando a senhora a exprimir o que sentia pela intervenção em si e pelo facto desta terminar. Respondeu-me *“Sr<sup>a</sup> enfermeira devia haver mais pessoas com tempo como a senhora, porque essas que andam aí, coitadas, não tem tempo para nada”* sic.

Fiz a aplicação da Escala da Depressão Geriátrica tendo obtido um resultado de 15 pontos – depressão ligeira, o que confirma a minha observação.

Despedi-me e disponibilizei-me para fornecer qualquer informação ou algo que considerasse necessário, e mostrei-me disponível para quando precisasse, vir ter comigo.

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale  
J. Psychiatric Res. 17:37-49

**Nome:** M. J.                              **Idade:** 69 Anos                      **Data:** 26/05/2010  
**Serviço:** Oncologia Ambulatório

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?	<b>X</b>	
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?	<b>X</b>	
5) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?		<b>X</b>
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?	<b>X</b>	
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?		<b>X</b>
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?		<b>X</b>
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
26) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		<b>X</b>
29) Tem facilidade em decidir as coisas?		<b>X</b>
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?		<b>X</b>

**Score: 15**

**Tradução para português:**

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*  
João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

## ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO

Relativamente ao início da relação considero que consegui fazer uma recolha de informação prévia que me permitiu evitar a realização de perguntas desnecessárias e demonstrar logo um certo interesse pela doente, o que considero importante para o estabelecimento de uma relação de confiança que permitirá estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

A relação estabelecida com esta doente foi uma relação terapêutica eficaz. O facto de utilizar a Relação de Ajuda em Enfermagem, como técnica de intervenção, permitiu estar disponível, ouvir, respeitar e ser empática, entre outras habilidades, o que favoreceu a relação de segurança necessária para que a doente verbalizasse os seus medos e receios e conseguisse encontrar por ela própria as estratégias para utilizar no enfrentamento da sua doença física.

Em algumas entrevistas o tempo inicialmente previsto foi ultrapassado, porém, por verificar que a doente demonstrava grande interesse em expor as suas problemáticas, só fazia o encerramento da sessão quando era, realmente, oportuno. Penso que este foi também um aspecto favorável à evolução do estado emocional da senhora.

A D. J. que no início era tida como uma pessoa difícil, quer pelos enfermeiros, quer pelo seu médico, tornou-se numa senhora simpática e agradável segundo os seus relatos. Neste caso foi necessário de alterar o comportamento da doente propondo mudanças no comportamento das enfermeiras e do médico.

Todavia, considero ter atingido os objectivos a que me propus ao iniciar esta intervenção terapêutica.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** F. B.

**Serviço:** Oncologia - Ambulatório

**Caso 6**

**Idade:** 85 Anos

**Estado Civil:** Viúva

**Profissão:** Doméstica/reformada

**Processo:**

**Morada:** Barreiro

**Pessoa Significativa:** Afilhada

**D. Médico:** Carcinoma Ductal Invasivo da Mama Direita com metástases ósseas e hepáticas.

**Parecer solicitado por:** Enfª M.

**Motivo do pedido:** *“parece-me tão triste e nervosa”*

**Data:** 23/04/2010 **Hora:** 18:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 23/04/2010 **Hora:** 18:30 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. F. conhece a sua doença, porém desconhece o seu estadio. Atribui a mesma a uma queda que deu. Apresenta grande expectativa relativamente aos tratamentos de quimioterapia. Refere, ainda que *“toda a vida estive deprimida, pois já perdi uma filha com cancro”*.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada na sala de tratamentos de quimioterapia, pois era a única doente que se encontrava na sala, e foi combinado com as enfermeiras que vigiaria o soro em curso evitando assim interrupções das mesmas. Apresentei-me, expliquei-lhe os objectivos da entrevista, a confidencialidade da intervenção e os aspectos pragmáticos. A doente é viúva, e já algum tempo a sua única filha faleceu vítima de cancro. Vive sozinha em casa própria e tem apoio de duas afilhadas.

Em 25/01/2010 recorre ao SU, deste hospital, por dor pré-cordial tendo sido detectado tumor da mama direita.

Actualmente apresenta metáteses ósseas a hepáticas. Iniciou hoje tratamento com Herceptin (Medicação Biológica) e Vinorelbina (Tratamento de quimioterapia).

No inicio apresentou uma postura de grande abertura, com contacto muito afável, tentando explicar-me toda a sua vida, não facilitando a introdução de questões. À medida que a entrevista foi avançando foi ficando mais calma permitindo a minha participação na interacção.

Não apresenta alterações da mobilidade, porém no hospital desloca-se em cadeira de rodas devido a ter *“problemas cardíacos, e fico cansada quando ando muito, pois os corredores são enormes”*.

Apresenta-se cuidada ao nível da higiene, e na totalidade da sua aparência, vestindo roupa adequada. Usa óculos. Não apresenta alterações da linguagem, mantém capacidade de atenção, clareza dos conteúdos da consciência, estando orientada em todas as referências. Sem alterações da memória.

Não se verifica a existência de afecto em relação a si mesma, mas demonstra-o em relação à filha, que já faleceu. Quando conta a história da filha emociona-se mas esforça-se por não chorar. Diz que sempre foi muito nervosa e ansiosa. Depois da morte do esposo este quadro agravou-se.

Sorriu sempre, tendo por algumas vezes acariciado a minhas mãos. Discurso lógico e coerente e bastante espontâneo.

Com autorização da D. F. foi aplicada a Escala da Depressão Geriátrica tendo-se obtido um resultado de Depressão grave. Planeou-se com a doente a realização de intervenções de ajuda, nos dias do tratamento. Mais tarde fui informada pela afilhada da doente, que esta tinha referido que tinha gostado muito de conversar com uma médica psiquiátrica que a ia ajudar. Desmistifiquei esta situação com a afilhada e posteriormente com a D. F.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)

**Nome:** F. B. **Idade:** 85 Anos

**Data:** 23/04/2010

**Serviço :** Oncologia ambulatório

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		X
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?		X
3) Sente a sua vida vazia?		X
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?	X	
5) Tem esperança no futuro?		X
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	X	
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		X
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	X	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		X
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		X
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	X	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	X	
13) Preocupa-se muito com o futuro?	X	
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	X	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	X	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	X	
17) Sente-se inútil?	X	
18) Preocupa-se muito com o passado?		X
19) Acha a sua vida interessante?		X
20) É difícil começar novas actividades?	X	
21) Sente-se cheio/a de energia?		X
22) Sente que para si não há esperança?	X	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	X	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	X	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	X	
26) Tem dificuldade em se concentrar?	X	
27) Gosta de se levantar de manhã?	X	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	X	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?		X
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?		X

Score: 26

### Tradução para português:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 23/04/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau moderado.
- Ansiedade presente em grau moderado.

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar depressão [aplicar da Escala da Depressão Geriátrica] no final de 5 sessões.
- ✓ Avaliar capacidade para reduzir a ansiedade.

## Objectivos

### **Que o doente apresente:**

#### **- Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua doença; não verbalize tristeza; não verbalize angustia; não apresente solidão).

#### **- Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nos aspectos da sua vida; demonstre interesse por aspectos da sua vida; mantenha esperança adequada à sua situação.)

#### **- Ansiedade ausente.**

(Que a D. F. adquira capacidade para eliminar ou reduzir ansiedade, tenha capacidade para controlar a resposta à ansiedade, melhore a sua auto-segurança e não apresenta sentimentos de ameaça).

## Intervenções com o Doente

**Data:** 30/04/2010 **Hora** 13:45 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A Sr<sup>a</sup> encontrava-se a dormir na sala de espera do serviço, em cadeira de rodas, na companhia da afilhada. Aguardava consulta com a médica oncologista e posteriormente iria realizar tratamento de quimioterapia. Após ter acordado, a entrevista realizou-se em gabinete com a privacidade exigida. Antes de eu dizer qualquer coisa a D. F. começou logo por referir que *“passei a pior semana de minha vida”*, tendo ficado emocionada. Durante esta semana teve vários episódios de vómitos e diarreia. Porém conta que estava informada pelas enfermeiras do serviço que estes poderiam ser alguns dos efeitos secundários do tratamento. Refere que se sente ansiosa e tem medo em relação aos tratamentos seguintes e á cirurgia que irá realizar posteriormente. Elucidei algumas situações pouco claras para a senhora, realizamos uma síntese de todas as suas dúvidas e elaborámos uma lista de questões para colocar á médica durante a consulta, pois a D. Fernanda referiu *“tenho medo de me esquecer de perguntar tudo o que preciso saber”*.

Relativamente à sua ansiedade informou que tem tomado diariamente 1 comp. de Lexotan 1,5 mg que o médico de família lhe receitou já há alguma tempo e acrescentou *“por vezes tomo um de manhã e outro à noite”*. Questionei a senhora sobre a necessidade de realizar nova consulta, para reavaliação da medicação, não tendo esta reconhecido essa necessidade.

Apresenta discurso fluido, lógico e coerente. O contacto é afável e agradável. O fácies é pouco expressivo e mantém humor depressivo. Apresenta aparência cuidada, tendo reforçado positivamente o facto de estar tão bem arranjada, ao que respondeu *“hoje foi o primeiro dia em que me apeteceu levar o pente ao cabelo”*.

Valorizou ainda todos os cuidados que as afilhadas têm consigo e acrescentou *“se não fossem elas não sei como seria”*.

Despedimo-nos e antes de marcar a próxima intervenção, a senhora perguntou *“para a semana pode vir falar comigo”*, respondi afirmativamente e marcamos a hora.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 07/05/2010 **Hora** 14 Horas

**Intervenção:**

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não foi realizada pois o dia do tratamento foi alterado pela médica.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 14/05/2010 **Hora** 14:00 Horas

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A D. F. aguardava consulta médica, na sala de espera do serviço. Quando me viu disse “*Olá minha querida*” sic. Recordei-lhe o meu nome e a entrevista realizou-se em gabinete, tendo sido interrompida uma vez por uma auxiliar. A senhora continua a manifestar as suas emoções e sentimentos, sendo o verbalizado coerente com o não-verbalizado. Refere ter estado internada dois dias, devido “*a umas diarreias*”. Mas o que a deixa satisfeita é que a médica lhe disse que “*os primeiros tratamentos são os piores*”. Continua a manifestar preocupações com o facto de dar muito trabalho às afilhadas. Diz sentir-se menos triste. Na realidade apresenta um fâcies mais expressivo. Olhar mantido na entrevistadora e actividade motora dos membros superiores adequada. Durante esta entrevista não chorou.

Referiu ainda que tem muito medo do futuro. Pedi á senhora que especificasse do que tem medo, ao que respondeu “*tenho medo que os tratamentos me façam sofrer muito*”. Verifiquei que dúvidas apresentava e esclareci, mais uma vez, os possíveis efeitos secundários da quimioterapia.

Relativamente á ansiedade a D. F. refere sentir-se mais calma “*o bromazepam ajuda*”

No encerramento da entrevista de hoje perguntei-lhe se me queria fazer alguma pergunta ou dizer-me algo que ainda não tivesse dito, respondeu-me que “*já tenho saudades de ter saúde*” sic e sorrindo despediu-se.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova sessão para quarta-feira, dia 21/05/2010.

## Intervenções com o Doente

**Data:** 21/05/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se junto á maca onde a senhora se encontrava a realizar tratamento. A D. F. está mais debilitada, tendo havido necessidade de ser transportada para o serviço em maca, tendo sido trazida pelos bombeiros.

A senhora assim que me viu, agarrou a minha mão com força e referiu “*não quero ficar internada, quero ir para a minha casa*”. Ficamos algum tempo em silêncio, ao mesmo tempo que lhe acariciava a mão. Após ter decorrido algum tempo, e da minha observação concluir que a senhora estava pronta para me ouvir, apresentando-se menos inquieta. Validei com a mesma o que estava a sentir e o que a preocupava.

A D. F. começou por referir “*sofri muito esta semana*” e continuou “*tenho tido dores, não tenho dormido e não tenho forças*”. A doente encontrava-se ansiosa, angustiada e muito assustada. O discurso é lógico, coerente e emotivo. O fâcies é pouco expressivo. Mantém humor depressivo. É predominante o sentimento de fragilidade e impotência, o que certamente agrava o seu equilíbrio geral. Não apresenta ânimo para enfrentar os seus medos.

Foram realizados alguns ensinamentos relativamente ao tratamento que está a realizar, o que implicou de minha parte uma certa gestão da informação a transmitir tendo por base uma comunicação aberta e honesta, de forma a diminuir a sua ansiedade. Por outro lado dentro do seu negativismo, fiz ressaltar alguns aspectos positivos, como por exemplo o apoio que lhe é dado pela família.

No final a D. F. estava mais calma, porém nesta fase da sua doença apresenta dificuldade em lidar com as alterações que vão surgindo relativamente á doença e ao tratamento.

Após a entrevista falei com a médica oncologista da senhora sobre a necessidade de a D. F. ser avaliada pela psiquiatra de ligação, pois estava muito ansiosa, deprimida e com alterações do padrão de sono.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeou-se nova intervenção para dia 04.05.2010, tendo sido explicado á D. F. que na próxima semana não estaria no serviço pois ia participar num evento científico em Viseu.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 04/06/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:**

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não se realizou pois segundo informou a afilhada da D. F. esta está internada por desidratação. Até final do ensino clínico a senhora não voltou a realizar tratamentos.

### **AVALIAÇÃO E ANÁLISE DA INTERACÇÃO**

Esta é outra das situações em que não foram atingidos resultados significativos pelas situações imprevistas atrás descritas. Porém mais uma vez pensei na necessidade deste ensino clínico englobar o serviço de especialidades médicas, onde estão destinadas 10 camas para doentes oncológicos, o que facilitaria a continuidade das minhas intervenções.

Porém nesta fase considero que estabeleci uma relação de confiança com esta senhora que possibilitará a continuidade das intervenções. Penso que a D. F. compreende qual é o meu papel e tem consciência das alterações psicológicas que está a vivenciar, embora ainda não consiga delinear estratégias para as ultrapassar. Planeio manter as intervenções com a D. F. quando esta regressar ao ambulatório.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** F. R.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 7**

**Idade:** 65 Anos

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Doméstica/Reformada

**Processo:**

**Morada:** Lavradio

**Pessoa Significativa:** Filho

**D. Médico:** Tumor do Pâncreas  
com infiltrações hepáticas.

**Parecer solicitado por:** Enf<sup>a</sup> L.

**Motivo do pedido:** *“A Sr<sup>a</sup> está muito triste. Trata-se de uma*

**Data:** 27/04/2010 **Hora:** 11:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 27/04/2010 **Hora:** 11:45 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. F. conhece a sua doença parcialmente. Não tem noção do seu estadió.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista decorreu na sala de administração de tratamentos de quimioterapia. Por se encontrarem poucos doentes na sala e nenhum próximo da D. F., e a existência de cortinas laterais permitiu a privacidade exigida.

A senhora apresenta uma aparência cuidada. Está vestida com roupa simples e limpa, sem adornos. O cabelo está um pouco desalinhado. Manifesta bom contacto quando abordada. Afável e simpática. Discurso fluído, lógico e coerente. Fácies triste mesmo quando fala do filho e das netas. Encontra-se sentada no cadeirão com uma postura tensa. A sua idade aparente coincide com a real, tendo estado cooperante e colaborante durante a entrevista. Não apresenta alterações do pensamento. Memória está mantida, e não se observam alterações da percepção. É casada e tem um filho que lhe dá muito apoio.

Foi admitida no serviço em 30/11/2009 com o diagnóstico médico de tumor do pâncreas. Em 22/12/2009 realizou biópsia hepática e RMN, que indicaram lesões hepáticas com tumor de origem pancreática com 35 mm, tendo iniciado tratamento sistémico com Gemox, com ciclos de 15/15 dias. Em 02/03/2010 na consulta de oncologia referiu queixas de astenia intensa, adinâmica e náuseas e vómitos de grau 2.

Actualmente refere estar mais tolerante relativamente aos efeitos secundários da quimioterapia, tendo contado embora com tristeza *“já me habituei a estes inchaços”*, e apontou para as mãos e para a cara.

Refere que por vezes se sente angustiada *“sem vontade para nada”*, apesar de ter *“um bom filho e duas lindas netas”*. Demonstra ter uma grande esperança no tratamento que está a fazer. Porém, chorou várias vezes durante a entrevista. Esta foi para mim, uma das entrevistas mais difíceis e quando dei por mim estava a chorar com a Sr<sup>a</sup>. Todavia, toda esta a situação despertou em mim um grande desejo de ajudar esta pessoa.

Validei ainda com a D. F. sua opinião sobre a mediação anti-depressiva, tendo esta reconhecido a necessidade, em conjunto com as minhas intervenções, deste tipo de tratamento.

No final a Sr<sup>a</sup> agradeceu-me e referiu *“parece-me que fiquei mais aliviada”*. Combinamos o próximo encontro.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)

**Nome:** F. R. **Idade:** 65 Anos **Data:** 27/04/2010

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?		<b>X</b>
5) Tem esperança no futuro?		<b>X</b>
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	<b>X</b>	
7) Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		<b>X</b>
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?	<b>X</b>	
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?	<b>X</b>	
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?	<b>X</b>	
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?	<b>X</b>	
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>X</b>	
26) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?	<b>X</b>	
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?	<b>X</b>	

Score:20

### Tradução para português:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 27/04/2010

- Humor depressivo presente em grau moderado.
- Tristeza presente em grau moderado.

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 5 sessões.
- ✓ Requerer serviço de enfermagem oncológica [A enfermeira foi informada da necessidade de solicitar observação pela psiquiatra de ligação]

### **Objectivos**

#### **Que o doente apresente:**

#### **- Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua doença; não verbalize tristeza; não verbalize angustia; não apresente tom de voz baixo; não apresente isolamento.)

#### **- Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. F. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nas situações que anteriormente eram prazerosas dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia; demonstre interesse por aspectos da sua vida; mantenha esperança adequada à sua situação.)

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 11/05/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda em Enfermagem

**Duração:**

**Avaliação:** A D. F. veio no dia anterior realizar análises cujos valores não são compatíveis com a realização do tratamento de quimioterapia.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeia-se nova sessão para quarta-feira, dia 25/05/2010.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 25/05/2010 **Hora** 15:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A D. F. hoje encontrava-se francamente melhorada. Quando me viu chegar esboçou um sorriso aberto e de franca satisfação. Estendeu-me a mão imediatamente.

Apresenta humor mais estável, quando fala dos efeitos secundários da quimioterapia, fica um pouco lamuriosa. Não refere alterações do sono, nem do apetite. Abordei a questão dos edemas tendo referido com iniciativa “*já passaram*”. Informou também que a médica oncologista, já lhe tinha receitado “*os tais comprimidos da psiquiatria*”. Continua a apresentar um discurso coerente, sem alterações da fala ou do curso do pensamento. Hoje não falou do filho e nem das netas, mas falou do marido e do sítio onde mora com grande satisfação, “*é uma grande casa, já era dos meus pais*” sic. Fala da sua história pessoal com grande expressividade.

No encerramento da entrevista de hoje perguntei-lhe se me queria fazer alguma pergunta ou dizer-me algo que ainda não tivesse dito, ao que respondeu “*por hoje não*” sic e sorrindo despediu-se.

**Planeamento de novas intervenções:** Planeou-se nova intervenção para dia 01/06/2010 às 11horas.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 01/06/2010 **Hora** 15:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A D. F. continua a referir que se sente nervosa e ansiosa, porém refere que já tolera melhor os efeitos secundários dos tratamentos. Nesta etapa demonstra melhoria na adaptação a alguns aspectos ligados à sua doença.

A senhora encontrava-se sentada no cadeirão com uma postura erecta, com higiene cuidada, cabelos alinhados e roupa adequada à época. Manteve durante a entrevista uma atitude amigável e cooperativa. Apresenta fâcies expressivo, humor de tonalidade depressiva, e ao longo da interação manteve de forma intensa o contacto visual. O discurso é lógico e coerente, fluido e rápido, com tom de voz alto. Mantém facilidade em contar as suas experiências.

A certa altura solicitei que falasse um pouco sobre as suas preocupações. Neste momento a D. F. ficou emotiva, tendo referido *“por vezes só tenho pensamentos negativos”*. Nesta altura reformulei a questão de forma a promover a verbalização do que a doente estava a sentir, tendo a senhora respondido às minhas perspectivas e afirmou *“vivo sempre com medo de morrer”* tendo ficado em silêncio. Após ter sido encorajado a prosseguir, continuou *“mas nisto tudo tenho de reconhecer que tenho muito apoio da minha família e acredito nestes tratamentos”*A D. F. dentro do seu negativismo já consegue fazer sobressair alguns aspectos positivos, porém ainda não delinea estratégias para ultrapassar com êxito esta etapa da sua vida.

No final despedimo-nos, tendo a doente solicitado autorização para se despedir com dois beijinhos, o que permiti e demonstrei agrado.

Combinámos nova entrevista para o próximo dia do tratamento.

## **Intervenções com o Doente**

**Data:** 15/06/2010 **Hora** 15:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda

**Duração:** Cerca de 40 minutos

**Avaliação:** A D. F. hoje apresenta-se mais tranquila. Continua a verbalizar espontaneamente aspectos da sua vida pessoal, demonstrando ter percebido a finalidade da minha intervenção. Sorri facilmente, humor mais estável. Não se apuram sentimentos de tristeza espontâneos. Demonstra alguma preocupação com a auto-imagem referindo *“tenho a impressão que tenho uma nódoa na camisa”* mostrando-se preocupada. O discurso é lógico e fluido. O fâcies é expressivo.

Apesar de apresentar insight parcial para a sua situação, não delineia estratégias que lhe permitam viver a sua vida com plenitude.

Verificando que os objectivos da intervenção não foram atingidos, não fiz ainda o encerramento da intervenção, encorajando a senhora a continuar a exprimir o que sente pela intervenção em si e pelo facto de ter demonstrado melhorar. Respondeu-me *“penso que devia haver mais pessoas como a senhora, para nos dar apoio”* sic.

No final fizemos uma síntese do conteúdo da entrevista e marcamos próxima entrevista para o dia do próximo tratamento.

No final foi efectuada uma reavaliação intermédia com aplicação da escala da depressão geriátrica.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale

J. Psychiatric Res. 17:37-49 (SPAR & LA RUE, 2005)

**Nome:** F. R. **Idade:** 65 Anos **Data:** 15/06/2010

**Serviço:** *Oncologia Ambulatório*

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1) Está satisfeito/a com a sua vida?		<b>X</b>
2) Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>X</b>	
3) Sente a sua vida vazia?	<b>X</b>	
4) Fica muitas vezes aborrecido/a?		<b>X</b>
5) Tem esperança no futuro?	<b>X</b>	
6) Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?	<b>X</b>	
7) Está bem-disposto/a a maior parte do tempo?		<b>X</b>
8) Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	<b>X</b>	
9) Sente-se feliz a maior parte do tempo?		<b>X</b>
10) Sente-se muitas vezes desamparado/a?		<b>X</b>
11) Fica muitas vezes inquieto/a e nervoso/a?		<b>X</b>
12) Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>X</b>	
13) Preocupa-se muito com o futuro?	<b>X</b>	
14) Acha que tem mais dificuldades na memória que as outras pessoas?		<b>X</b>
15) Pensa que é bom estar vivo/a?	<b>X</b>	
16) Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?	<b>X</b>	
17) Sente-se inútil?		<b>X</b>
18) Preocupa-se muito com o passado?		<b>X</b>
19) Acha a sua vida interessante?		<b>X</b>
20) É difícil começar novas actividades?	<b>X</b>	
21) Sente-se cheio/a de energia?		<b>X</b>
22) Sente que para si não há esperança?	<b>X</b>	
23) Sente que a maioria das pessoas passa melhor que o/a Senhor/a	<b>X</b>	
24) Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	<b>X</b>	
25) Sente muitas vezes vontade de chorar?		<b>X</b>
26) Tem dificuldade em se concentrar?		<b>X</b>
27) Gosta de se levantar de manhã?	<b>X</b>	
28) Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	<b>X</b>	
29) Tem facilidade em decidir as coisas?	<b>X</b>	
30) O seu pensamento é tão claro como era antes?	<b>X</b>	

**Score:15**

### Tradução para português:

*Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*

João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Relativamente ao início da relação considero que consegui fazer uma recolha de informação prévia adequada, sempre me mostrei disponível com interesse pela doente, o que considero importante para o estabelecimento de um relacionamento que permitirá estabelecer uma verdadeira relação de ajuda. Fui autêntica, assim como considerei os aspectos da privacidade e individualidade da senhora.

Embora mantenha com a D. F. um relacionamento profissional, por vezes permiti algumas demonstrações de afecto mais pessoais que em numa circunstância prejudicaram a nossa relação.

A relação estabelecida com esta doente tem potencial para atingir resultados eficazes, pois nesta fase já permitiu que a D. F. adquirisse um insight parcial. Finalmente, um aspecto negativo neste caso, o facto de não conseguir falar com a família, por indisponibilidade da mesma por questões profissionais, segundo a doente. Negativo porque, por um lado permitia-me recolher informações que pudessem complementar ou contrapor as da doente, por outro porque, poderiam existir situações de necessidade de apoio emocional que eventualmente iria ajudar a solucionar. Todavia, por não terem ainda sido alcançados os resultados planeados, este será mais um caso para continuar a seguir.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** D.N.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 8**

**Idade:** 34 Anos

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Secretária na Câmara

**Processo:**

**Morada:** Baixa da Banheira

**Pessoa Significativa:** Marido

**D. Médico:** Drepanocitose SS

**Parecer solicitado por:** Enf<sup>a</sup> Chefe

**Motivo do pedido:** “Penso que esta jovem devia ser seguida”

**Data:** 30/04/2010 **Hora:** 10:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 30/04/2010 **Hora:** 10:45 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. N. tem conhecimento da sua doença. Porém, sente-se limitada, entre outros, pelo facto da sua doença a obrigar a submeter-se semanalmente a um tratamento para baixar os níveis do ferro no sangue.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada junto da cama onde a D. N. se encontrava a realizar o tratamento, tendo sido mantida a privacidade exigida. Inicialmente apresentei-me e expliquei a finalidade da entrevista e os aspectos da confidencialidade.

Trata-se de uma senhora à qual foi diagnosticada Drepanocitose SS (anemia de células falciformes) aos 6 meses de idade, sucessivos internamentos, apresenta permanentemente valores anormalmente elevados de ferro no sangue devido às várias transfusões efectuadas. Era seguida nas consultas de hematologia no Hospital Garcia de Orta, mas desde que teve conhecimento da existência destas consultas no Hospital do Barreiro, passou a ser acompanhada no serviço de oncologia a partir de 25/07/2008. Semanalmente passa 6 horas, neste serviço para efectuar o tratamento endovenoso com Desferroxamina. No final de cada sessão, por vezes tem necessidade de voltar ao serviço de urgência, por dores musculares, para realizar analgesia.

Segundo a D. Neuza “*este tratamento obriga-me a faltar ao trabalho um dia por semana, e o meu desempenho por vezes é posto em causa.*” Refere ainda “*no dia do tratamento a minha vida familiar fica completamente transtornada, sem falar dos internamentos*” e “*por vezes falto às sessões, o que significa mais uma ida ao serviço de urgência ou um internamento na UIPA*”. É seguida ainda em consulta de psiquiatria há cerca de 3 anos. Actualmente parou a medicação antidepressiva e a sua médica tem conhecimento, tendo referido nesta altura da entrevista “*vou tentar sem medicação*”.

A D. Neuza é casada, tem um filho de 4 anos de idade, que foi muito desejado apesar da opinião médica ter excluído a possibilidade de a senhora ficar grávida.

Apresenta aparência cuidada e agradável, vestida com cores condizentes com alguns adornos adequados. A idade aparente coincide com a real. A actividade motora não apresenta alterações. Está orientada auto e alopsiquicamente, e sem alterações da fala ou do pensamento.

Esteve colaborante manifestando contacto afável. O discurso é lógico, coerente e espontâneo. Mostrou-se atenta, fornecendo mais dados e informações, a partir de menos perguntas.

O fâcies é triste, porém sorri quando fala do filho. Porém nota-se alguma culpa relativamente ao filho pelo facto de ter uma doença crónica *“até que ponto eu não sou egoísta, por ter tido um filho e ter de o submeter sempre a estas situações”*.

Ao longo da interacção várias lágrimas rolaram pela face. Toda a situação vivenciada durante o encontro despertou em mim um misto de sentimento de tristeza e de desejo de ajudar.

Dei por terminada a entrevista, pois a senhora apresentava sinais de cansaço. Marcámos nova sessão, tendo sido explicado o tipo de intervenção a realizar, para o dia do próximo tratamento.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 16 pontos – Depressão grave

Ansiedade: 0 pontos – Ansiedade ausente

Stress: 3 pontos – Stress mínimo

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: D.N.

Idade: 34 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 30/04/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

**Nos últimos dias:**

- |   |                                    |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | 0                                  | 1 | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 11. Senti que estava agitado .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0                                  | 1 | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)... | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 30/04/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau moderado.

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Motorizar depressão/ansiedade/stress [aplicar Escala de DASS-21] ao fim de 6 sessões.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.

### **Objectivos**

#### **Que o doente apresente:**

- **Humor depressivo presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. N. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a sua doença; não verbalize tristeza; não verbalize angustia.)

- **Tristeza presente em grau muito ligeiro.**

(Que a D. N. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; Não apresenta sentimento de culpa; sinta prazer nas situações que anteriormente eram prazerosas dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia; demonstre interesse por aspectos da sua vida; mantenha esperança adequada à sua situação.)

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 07/05/2010 **Hora** 10:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não se realizou pois a D. N. não compareceu nesse dia, nem mesmo para realizar tratamento

## Intervenções com o Doente

**Data:** 10/05/2010 **Hora** 10:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista de dia 07/05/2010 não se realizou pois a D. N. não compareceu nesse dia no serviço. Porém contactou a administrativa e pediu que me avisasse, pois não podia estar presente na nossa entrevista.

Hoje a D. N. encontra-se deitada na cama onde estava a realizar o seu tratamento endovenoso, vestida com roupa própria, higiene cuidada. Estava a ler um livro e assim que me viu acenou-me com a mão, pedindo que fosse junto a si. Começou por me pedir desculpa por ter faltado ao nosso último encontro.

Estava mais expressiva e com maior iniciativa no discurso. Manteve-se sorridente grande parte da entrevista.

Apresentou-se mais activa e participativa. Contacto agradável e atitude cooperante.

Começou por informar que tinha tomado uma grande decisão. No momento demonstrei estar desejosa por ouvi-la, tendo-me posicionado mais perto da senhora numa atitude de escuta. A D. N. inscreveu-se na Universidade Aberta para ingressar no curso de Assistente Social, tendo referido *“uma vez que não posso ser enfermeira devido ao meu problema de saúde”*. Tentei que clarificasse o motivo que a levou a inscrever-se no curso ao que respondeu *“esta também é uma profissão para ajudar os outros”* e continuou *“vou ter outro nível, vou falar melhor e ter outro reconhecimento no meu trabalho”*. Contou ainda que tem andado muito ocupada, pois está a estudar para as provas de selecção. Perante esta sua opção sente que a família a apoia muito apesar de por vezes a mãe exagerar na protecção. Todavia sente medo de não conseguir atingir o seu grande objectivo, devido aos seus problemas de saúde, tendo apresentado fâcias triste e olhar vago.

Esta foi uma entrevista na qual fui pouco interventiva, pois a D. N. falou durante quase todo o tempo com muita iniciativa, embora por vezes se mostre ansiosa.

No final despedi-me e sugeri á senhora que continuasse a ler o seu livro para se preparar para a avaliação e reforcei positivamente a sua decisão relativa ao curso.

**Planeamento de novas intervenções:** Agenda-se nova entrevista para dia 17/05/2010, com o que a doente concordou.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 17/05/2010 **Hora** 10:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:**

**Avaliação:** A entrevista não se realizou pois a D. N. não compareceu nesse dia.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 04/06/2010 **Hora** 10:00 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** 20 minutos

**Avaliação:** A D. N. compareceu hoje ao serviço para efectuar tratamento. Cumprimentou-me cordialmente e pediu desculpa por não ter comparecido nos dias das nossas entrevistas. Reforcei a ideia, que já tinha sido explicada á D. N., na primeira entrevista, de que este tipo de intervenções engloba um processo estruturado que exige assiduidade e regularidade. Esta concordou mas também informou que neste momento não tem disponibilidade para vir aos tratamentos nos dias marcados.

Atendendo à indisponibilidade da senhora, respeitei e agradei a sua colaboração, despedi-me e referi no final se alguma vez precisasse de mim saberia onde me encontrar.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Apesar de ter cumprido com todos os requisitos para na entrevista de avaliação diagnóstica e ter recolhido a informação que necessitava, ter efectuado as entrevistas de ajuda adequadamente e de reconhecer os seus benefícios com esta senhora, a própria não apresenta disponibilidade para comparecer no serviço nos dias programados para as minhas intervenções, razão pela qual, não se deu prosseguimento.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** C. N.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 9**

**Idade:** 37 anos

**Estado Civil:** Casada

**Processo:**

**Profissão:** Desempregada

**D. Médico:** Linfoma Hodgkin Esclerose Nodular

**Morada:** Barreiro

**Pessoa Significativa:** Marido

**Parecer solicitado por:** Enf<sup>a</sup> C.

**Motivo do pedido:** “*É tão nova e tem andado tão angustiada*”.

**Data:** 07/05/2010 **Hora:** 10:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 07/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** A D. C. inicialmente não compreendia a sua doença, mas ao longo das consultas o seu médico, com o qual tem uma boa relação, foi gerido a informação. Presentemente tem conhecimento parcial da sua doença, embora apresente necessidade de esclarecer ainda algumas situações que desconhece e que são um dos motivos da sua incerteza fase ao futuro.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada na sala de tratamentos, por se encontrarem poucos doentes na sala, o que permitiu o distanciamento necessário entre os outros doentes e a privacidade exigida. Trata-se de uma doente que foi encaminhada para este hospital em 18/01/2010, por apresentar adenomegalias cervicais e mediastínicas. As primeiras queixas terão tido no início em Outubro do ano passado, tendo notado “*um caroço no pescoço*”. Em Dezembro foi finalmente ao médico de família, tendo realizado análises e exames, que realizou o encaminhamento por suspeita de Linfoma Hodgkin. Em 8 de Março de 2010, após resultado da biopsia, foi confirmado o diagnóstico. Apresentava nessa data, cansaço fácil, intensa astenia e emagrecimento de 2 kg em 4 semanas. A 10 de Março iniciou quimioterapia, segundo protocolo ABVD de 15/15 dias, que mantém até á presente data.

Tem bom aspecto, e a sua idade aparente coincide com a real. Está consciente, lúcida e vigil. Orientada em todas as referências, não apresentando alterações da fala ou do pensamento. O seu discurso é lógico e coerente, mas emotivo, chorando várias vezes ao longo da entrevista. O fâcies é triste e o humor deprimido. É casada, tem dois filhos, um com 7 anos e outro com 15 anos. Refere ter muito apoio da sua família. Porém está revoltada com a sua situação de doença, sente-se angustiada e sente pouca vontade para funcionar nas actividades do dia-a-dia, tendo referido “*Sr<sup>a</sup> enfermeira inicialmente caiu-me tudo. E por vezes nem tenho vontade para as coisas da escola dos meus filhos*” e continuou “*no princípio, e ainda sinto!... Porque isto me aconteceu a mim?*”

Apesar da angústia apresentada pela senhora, foram ainda transmitidos os objectivos da minha intervenção, reforçando a ideia de que estava totalmente disponível para a ajudar a encontrar forma de ultrapassar a sua situação, certificando-me que esta concordava. Marcamos nova entrevista para o dia do próximo tratamento.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 17 pontos – Depressão grave

Ansiedade: 0 pontos – Ansiedade ausente

Stress: 3 pontos – Stress mínimo

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: C. N.

Idade: 37 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 07/05/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

### Nos últimos dias:

- |   |                                    |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 9. Preocupe-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | 0                                  | 1 | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |
| 11. Senti que estava agitado.....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)... | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1 | 2                                  | 3                                  |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....  | 0                                  | 1 | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |

Obrigado Pela sua Colaboração!

## Diagnósticos CIPE

**Data:** 07/05/2010

- Humor depressivo presente em grau elevado.
- Tristeza presente em grau elevado.
- Bem-estar psicológico alterado.

## Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da técnica de Disponibilizar Presença
- ✓ Motorizar depressão/ansiedade/stress [aplicar Escala de DASS-21] ao fim de 6 sessões.
- ✓ Requer serviço de enfermagem oncológica [As enfermeiras foram informadas da necessidade de informação sobre a sua doença.]

## Objectivos

### Que o doente apresente:

#### - Humor depressivo presente em grau ligeiro.

(Que a D. C. não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com a doença física; não verbalize tristeza; não apresente angustia; não apresente tom de voz baixo; não apresente isolamento e que sinta prazer com as situações boas da sua vida)

#### - Tristeza presente em grau ligeiro

(Que a D. C. apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afectos adequadamente; sinta prazer nas situações de vida dentro das suas limitações; melhore os seus níveis de energia.)

#### - Bem-estar psicológico alterado.

(Que a D. C. aceite a sua doença; não verbalize descontentamento relativamente a si; participe em actividades de grupo; aumente o nível de confiança; aumente expectativas sobre o seu futuro; descreva sucesso nas relações sociais; verbalize sentimentos de auto valorização; demonstre bem-estar psicológico

### Intervenções com o Doente

**Data:** 21/05/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos.

**Avaliação:** A D. C. esteve na consulta médica, mas segundo a mesma hoje não vai realizar tratamento pois “*o médico disse que as análises acusaram neutropénia*”. Após a consulta veio ter comigo. Apresentava aparência cuidada. O fâcies mantém-se triste e o humor depressivo. O discurso é lógico e coerente, emotivo e hesitante. Mantém contado visual. Postura um pouco encurvada e cabisbaixa, quando sozinha.

A D. C. começou por referir que durante esta semana, apresentou náuseas e vômitos durante 3 dias. Contou ainda que “*não consigo fazer nada em casa*” e continuou “*passo grande parte deitada*”.

Esta ainda não consegue delinear qualquer tipo de estratégia para ultrapassar ou minimizar a sua situação de doença. Durante a entrevista utilizei algumas vezes o toque, pela minha própria necessidade de transmitir o meu desejo de ajudar.

Foi feito reforço da necessidade de clarificação de necessidades, expectativas e objectivos, e incentivada a doente a verbalizar as suas preocupações, no sentido de poder explorar a sua vivência. A este respeito a D. C. referiu “*estou perdida e há tanta coisa que não sei da minha doença*”. Disponibilizei-me para esclarecer algumas situações sobre o diagnóstico, tratamento, possíveis efeitos secundários, e dei a conhecer outras situações vividas por outras pessoas.

No final despedimo-nos e a senhora agradeceu.

Agenda-se nova entrevista para dia 04/06/2010. A doente concorda, simplesmente e vai aceitando passivamente as minhas sugestões.

## Intervenções com o Doente

**Data:** 04/06/2010 **Hora** 10:30 **Horas**

**Intervenção:** Entrevista de Ajuda.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se enquanto a D. C. se encontrava a realizar o tratamento. A senhora está mais adaptada ao serviço, parece mais segura no modo como realiza os procedimentos inerente á realização do tratamento. Quando entrou na sala apresentou uma postura mais vigorosa embora mantenha uma atitude reservada, mas cooperante e amigável. Mantém fâcias triste e humor depressivo. O discurso é lógico e coerente, mas mais espontâneo. Não sendo necessário colocar um grande número de perguntas para a D. C. fornecer informações.

A certa altura perguntei quais a suas grandes preocupações ao que respondeu com certa labilidade *“Vencer a doença e dar o apoio que os meus filhos precisam”* tendo ficado em silêncio. Neste momento senti necessidade de dar algum encorajamento a esta pessoa, e referi que acreditava no seu potencial para atingir estes objectivos.

Posteriormente falou com agrado de alguns aspectos da sua vida, através dos quais me apercebi que já tinha outra forma de interacção familiar, não se isolando tanto. Em jeito de conclusão, no final, referiu *“os meus filhos é que dão força para continuar em frente”*

Agendou-se nova entrevista para o dia do próximo tratamento, com o que a D. C. concordou.

**Planeamento de novas intervenções:** Verificando-se operacionalidade e viabilidade desta técnica, não se programa a aplicação de outras técnicas.

Apesar do reduzido número de entrevistas realizadas, mas tendo em conta o tempo de realização do ensino clínico, foi realizada no final uma avaliação intermédia.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 11 pontos – Depressão grave

Ansiedade: 0 pontos – Ansiedade ausente

Stress: 3 pontos – Stress mínimo

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: C. N.

Idade: 37 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 07/05/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

**Nos últimos dias:**

- |   |                                    |                                    |   |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | 0                                  | 1                                  | 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2 | 3                                  |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 11. Senti que estava agitado .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0                                  | 1                                  | 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0                                  | 1                                  | 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0                                  | 1                                  | 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)... | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2 | 3                                  |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2 | 3                                  |

Obrigado Pela sua Colaboração!

## ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO

Penso que escutei, ouvindo esta senhora, tentei compreendê-la tanto quanto possível e descobrir o que é sentir como ela sente. Fui honesta e genuína, sendo que tal franqueza a encorajou a enfrentar a sua situação com mais vigor, embora ainda numa fase muito inicial.

Cumpri sempre o contacto programado para evitar que esta se sentisse abandonada.

Durante as entrevistas foram utilizadas sobretudo perguntas abertas de forma a estimular a participação da D. C. e sempre foram tidos em conta os aspectos da comunicação não verbal.

Os momentos que passei com a D. C. foram o início de uma experiência significativa que a poderá levar à mudança. Iniciei uma relação de confiança com a finalidade de uma aliança terapêutica.

A D. C. mantém-se na fase de identificação na qual começou a explorar as suas vivências, o que leva a pensar que é mais um caso com qual tenho de manter as intervenções de ajuda, com a finalidade de alcançar resultados com maior significado.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** A.M.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 10**

**Idade:** 57 Anos

**Estado Civil:** Casado

**Profissão:** Eng.º Informático

**Processo:**

**Morada:** Montijo

**D. Médico:** Carcinoma Epidermóide Nodular/diferenciado

**Parecer solicitado por:** Enfª L.

**Motivo do pedido:** “*este senhor tem uma neoplasia do pulmão. Vai hoje iniciar quimioterapia, mas não quer informar a família desta situação*”.

**Data:** 14/05/2010 **Hora:** 12:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 14/05/2010 **Hora** 12:00 **Horas**

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica.

**Perspectiva do doente:** Sr. M. sente-se bem, não tem qualquer preocupação com a sua situação de saúde, mostrando-se renitente em acompanhar-me ao gabinete.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada na sala de formação do serviço, com a privacidade necessária tendo decorrido sem interrupções. O Sr. desloca-se pelo seu próprio pé, apresenta uma postura adequada, e tem um bom estado geral. Apresenta-se cuidado ao nível da higiene, barbeado e penteado. Usa óculos. Está vestido com roupa adequada para a época. Apresenta uma atitude desconfiada, fâcies pouco expressivo, idade aparente coincidente com a idade real. Mantém o contacto visual com a entrevistadora. Passou toda a entrevista sem sorrir, tendo-se mostrado pouco cooperante. Não apresenta alterações da fala nem do curso do pensamento. É casado, tem um filho que reside em Inglaterra. Habita no Montijo com a esposa e com a sogra. No processo está registado que exerce a profissão de Eng.º Informático, mas na entrevista o Sr. referiu ser agente da polícia judiciária. Facto que confirmei mais tarde.

Foram explicados os objectivos da intervenção, o aspecto confidencial da mesma, bem como o contexto em que esta surgiu.

Refere que, na realidade, já vivenciou na família muitas situações terminais ligadas a neoplasias, não reconhecendo benefícios em partilhar a sua situação de doença com a família. Porém chega sempre ao serviço acompanhado por um colega de serviço. Nega qualquer episódio de ansiedade, a sua única preocupação é “*se os tratamentos não me deixam trabalhar*”.

Ao longo da entrevista o Sr. M. apresentou um contacto mais agradável e a certa altura referiu que “*apenas estou preocupado com os resultados dos exames, pois vamos ver se existem ramificações*” e nesse momento apresentou alguma emotividade. Porém até ao final da entrevista não reconheceu a necessidade deste tipo de intervenções. Segundo o doente, se estiver tudo bem, “*provavelmente é um ano de tratamentos*”

Dei feed-back da entrevista, utilizando alguma confrontação no sentido de clarificar as suas necessidades, expectativas e objectivos, reforçou-se a confidencialidade da interacção, dado que poderiam existir alguns receios, mas a resposta foi precisamente a mesma “*vou conseguir ultrapassar isto sozinho*” sic. Apesar desta renitência mostrei disponibilidade para tudo o que fosse preciso e se precisasse sabia onde me encontrar.

Atendendo à vontade do Sr. M., respeitei, agradei a sua colaboração, despedi-me e acompanhei o senhor até á porta.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 14/05/2010

- Ansiedade presente em grau moderado.

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Requer serviço de enfermagem oncológica [A enfermeira Luísa foi informada sobre a necessidade de realizar ensino sobre os efeitos secundários da quimioterapia.]

### **Objectivos**

**Que o doente apresente:**

- **Ansiedade ausente.**

(Que o Sr. M. adquira capacidade para eliminar ou reduzir ansiedade, tenha capacidade para controlar a resposta à ansiedade, melhore a sua auto-segurança e não apresenta sentimentos de ameaça).

.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Apesar da minha observação ter concluído que este senhor necessita de ajuda, o próprio doente não reconheceu a necessidade deste tipo de intervenções, razão pela qual, não se deu prosseguimento.

### **Intervenções com o Doente**

**Data:** 21/05/07 **Hora** 10:00 **Horas**

**Intervenção:** Disponibilizar presença e escuta activa.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** Durante o tratamento de quimioterapia cumprimentei o doente, e referi se precisasse de mim saberia onde me encontrar. Apesar de ter acreditado que não viria ter comigo, no final do tratamento, o senhor veio referir “*sabe Sr<sup>a</sup> enfermeira não é pelo apoio, só lhe queria dizer que...*”. Mostrei-me disponível, tendo encaminhado o Sr. para um dos gabinetes médicos livres. O Sr. M. começou por dizer que se sente melhor fisicamente e que os efeitos secundários do tratamento de quimioterapia foram pouco significativos. Informou ainda que a médica oncologista lhe receitou uns medicamentos para a ansiedade, que segundo este “*dão outra força*”.

Falou de acontecimentos relativos ao tempo que esteve em Moçambique com satisfação e referiu outros pormenores da sua actividade laboral.

Apresenta-se mais calmo e afável. O fâcies está ligeiramente mais expressivo. O discurso é lógico, coerente e espontâneo. Actividade psicomotora sem alterações. Apresenta uma postura de abertura, com maior iniciativa para contar as suas experiências pessoais. Na nossa interacção manteve sempre o contacto visual. Conserva aparência cuidada, com roupas adequadas á época.

O doente mantém a mesma ideia de não informar a família sobre o seu estado de saúde. Decisão que sempre tentei respeitar. Porém refere que tem utilizado algumas estratégias para “*não pensar tanto na doença*” como “*vou sempre jogar bilhar com os amigos*”. No final despedi-me do senhor e deixei bem clara a minha disponibilidade para o receber, sempre que necessário.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 02/06/07 **Hora** 10:00 **Horas**

O Sr. M. não compareceu no serviço, neste dia. As enfermeiras desconhecem o motivo. Fiquei preocupada com a sua ausência.

### Intervenções com o Doente

**Data:** 04/06/2010 **Hora** 14:00 **Horas**

**Intervenção:** Disponibilizar presença e escuta activa.

**Duração:** Cerca de 30 minutos

**Avaliação:** A entrevista realizou-se na sala de tratamentos de quimioterapia. O doente não realizou tratamento no passado dia 02/06/2010 por a médica se encontrar ausente.

O Sr. M. está mais expressivo. Mantém uma atitude cooperante e de abertura. Não se apresenta tão negativista e consegue realçar aspectos positivos da sua vida. Aparência cuidada com cheiro a água-de-colónia. Discurso lógico, coerente e espontâneo. Não se evidenciam sinais de ansiedade, apresentando uma postura descontraída.

Começou por referir que a semana correu bem, tendo referido *“hoje até vim de mota”*.

Durante a entrevista esteve muito bem-disposto, utilizando o humor de forma agradável.

Informou ainda que tinha tido consulta com a médica oncologista e que tinha recebido uma boa notícia, tendo contado *“a Dr.<sup>a</sup> viu os meus exames e disse-me que não tenho metástases”*.

O Sr. M. tem ainda de fazer mais 6 tratamentos de quimioterapia e posteriormente terá alta, após o que planeia passar umas férias, na sua terra, em Moçambique.

Nesta entrevista utilizei maioritariamente a escuta activa, pois o Sr. M. parecia desejoso de falar sobre as suas vivências.

Considerando o que observei, combinei com o Sr. M. darmos por terminados os nossos encontros, com o que este concordou. Porém disponibilizei-me para qualquer situação.

No final a Enf<sup>a</sup> L. veio elogiar o meu trabalho referindo *“quem o viu e quem o vê! Não parece o mesmo. Está bem melhor”*.

## ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO

Optei por fazer a avaliação e análise desta interacção alguns dias depois, no sentido de reflectir sobre este caso e tentar perceber o que realmente se passava “na cabeça” deste senhor. Na realidade, segundo as enfermeiras do serviço, este foi um caso um pouco diferente pelo facto de não reconhecer a necessidade de partilhar os aspectos da sua doença com a família. Todos temos as nossas dificuldades, e como enfermeiras temos de começar por saber aceitar as diferenças dos outros, esta é uma forma de respeito e de acolhimento para com a pessoa cuidada.

Respeitar a opinião do outro é um dos principais pontos de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança, sem a qual não se pode estabelecer um relacionamento terapêutico.

Nesta interacção utilizei a escuta activa adequadamente, considerando todas as suas exigências, a compreensão empática e a consideração positiva. Não me distanciei dos princípios de comunicação eficaz, sincera e aberta e focalizei-me completamente na interacção.

Consegui ouvir as preocupações do doente, estar fisicamente disponível para ajudar; proporcionar espaço adequado, tocar o doente exprimido interesse; proporcionar uma segurança optimista e ao mesmo tempo realista.

Não foram utilizadas escalas de avaliação, em primeiro lugar, porque inicialmente o Sr. M. não reconheceu a necessidade de ajuda e ainda porque os resultados foram tão evidentes que confiei apenas na minha observação.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

**Nome:** M. L.

**Serviço:** Oncologia Ambulatório

**Caso 11**

**Idade:** 60 Anos

**Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Doméstica

**Processo:**

**Morada:** Albufeira

**Pessoa Significativa:** Marido

**D. Médico:** Carcinoma da Mama Bilateral com recidiva ósseo-glanglionar

**Parecer solicitado por:** Enfª L.

**Motivo do pedido:** *“Esta Srª é do Algarve, preciso que avalies a necessidade de ser seguida lá, em psiquiatria, pois acho-a muito ansiosa!”*

**Data:** 14/05/2010 **Hora:** 11:00Horas

### Avaliação Diagnóstica do Doente

**Data:** 14/05/2010 **Hora** 11:00 **Horas**

**Meios utilizados:** Entrevista de Avaliação Diagnóstica.

Aplicação da DASS-21

**Perspectiva do doente:** A D. L. sente-se muito nervosa e ansiosa. Está preocupada com a sua situação de doença prolongada, mas pensa que isso seria minimizado se estivesse a fazer uma medicação psiquiátrica. Já falou nisso com o seu médico oncologista que, segundo a mesma, não valorizou.

**Perspectiva do Enfermeiro:** A entrevista foi realizada em gabinete com privacidade, no seguimento de um pedido de parecer. A D. L. tem 60 anos, é casada, tem 2 filhos (1♂, 1♀), que moram perto e lhe dão muito apoio.

Trata-se de uma senhora á qual foram detectadas microcalcificações na mama dtª, numa mamografia de rastreio realizada em Maio de 2001, não valorizadas pelo médico de família. Em Dezembro de 2001, nota a presença de um nódulo da mama esquerda, cuja caracterização citológica confirma a malignidade. Avaliada na consulta de senologia deste hospital, é confirmada a presença de outro tumor á direita, pelo que realiza mastectomia radical é esquerda em 7 de Março de 2002 e á direita em 28 de Março de 2002. Em Novembro de 2004, notou a presença de uma área nodular na cicatriz da mastectomia, cuja avaliação citológica confirma uma metástase na parede torácica e a TAC revelou ainda invasão do externo. Já realizou radioterapia em 22/03/2005 e presentemente cumpre tratamento de quimioterapia com periodicidade de 3/3 semanas.

A Srª apresenta-se vestida com roupa adequada para a época, higiene cuidada mas cabelos em desalinho, sem maquilhagem e sem adornos. Idade aparente superior à idade real. Contacto aberto, atitude amigável com a entrevistadora, cooperante e colaborante. Está lúcida, vigil, consciente e orientada em todas as referências.

Apresenta tristeza, refere sentir-se muito angustiada pelo facto da sua doença se arrastar há tanto tempo “*estou cansada, acho que cheguei ao meu limite*”. Refere irritabilidade fácil que inclui hostilidade hetero-dirigida. Refere crises de choro, porém, durante a entrevista não demonstrou nenhum quadro de choro. Apresenta alguns movimentos estereotipados como passar as mãos com frequência pelo cabelo e roer as unhas. Não sorri.

Apresenta fâcies triste e humor depressivo, sem labilidade emocional. Discurso lógico e coerente, por vezes emotivo. Não apresenta alterações da fala. Aparentemente sem alterações da sensopercepção, tem memória mantida. Faz crítica para a sua situação mas diz que não se consegue controlar. Sem alterações da linguagem ou da forma, curso e conteúdo do pensamento.

Refere diminuição do apetite.

No final realizei encaminhamento para a psiquiatria, com consentimento da senhora.

Apesar de não ter oportunidade de seguir esta doente, mostrei-me disponível para qualquer situação.

Foi aplicada a DASS-21, com os seguintes resultados:

Depressão: 18 pontos – Depressão grave

Ansiedade: 17 pontos – Ansiedade elevada

Stress: 19 pontos – Stress elevado

## Depression, Anxiety and Stress Scale - 21

Nome: M. L.

Idade: 60 Anos

Serviço: Oncologia Ambulatório

Data: 14/05/2010

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

### Nos últimos dias:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas) .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti-me muito nervoso.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas) .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Senti que estava agitado .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Senti dificuldades em relaxar.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Senti-me triste e deprimido .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estive perto de entrar em pânico .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Senti que andava muito irritável.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido   | 0 | 1 | 2 | 3 |

Obrigado Pela sua Colaboração!

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Sugere-se avaliação pelo Psiquiatra.
- ✓ Foi elaborada carta de encaminhamento com informação da avaliação diagnóstica.

### **ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERACÇÃO**

Apesar de ter cumprido com todos os requisitos para uma entrevista de avaliação diagnóstica, e com a minha observação ter concluído que esta senhora necessitava das minhas intervenções, não será possível o acompanhamento exigido, devido ao facto de a mesma residir em Albufeira. A D. L. apenas tem disponibilidade para vir ao serviço no dia do tratamento de quimioterapia, o que acontece de 3/3 semanas, não permitindo a continuidade e assiduidade exigida pelas intervenções.

APENDICE X  
A RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM

## A RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM

Conhecendo a importância da Relação de Ajuda como intervenção terapêutica, considera-se a pessoa como ser holístico, em que corpo e mente interagem entre si continuamente e, no total, com o ambiente externo. Assim, para poder ajudar de forma adequada, o enfermeiro deve saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.

Nesta perspectiva, a Relação de Ajuda terá como objectivo ajudar a pessoa a conhecer ou reconhecer os seus processos internos e a conseguir exprimir-se. Ou seja, o papel do enfermeiro 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”* LAZURE (1994, p.13).

Na realidade, a Relação de Ajuda é um processo e, portanto, algo que se constrói ao longo do tempo, que pressupõe uma intervenção em função de um diagnóstico, durante o qual se usa um conjunto de estratégias comunicacionais que lhe dão corpo. Sendo um processo estruturado prolonga-se no tempo tanto quanto se entenda necessário.

E, segundo PHANEUF (2005, p. 324), a Relação de Ajuda não é uma conversa amigável, tem características próprias de profundidade e abrangência onde são necessárias atitudes ou habilidades próprias. A pessoa que ajuda tem de estar completamente voltada para o outro, para as suas vivências, para o seu sofrimento, aceitando-o tal como é, sem impor qualquer condição nem exigência de mudança. O trabalho de ajuda exige respeito, aceitação, empatia e confrontação suave.

Na opinião de NEVES & PACHECO. (2004, p. 75), alguns dos contributos mais significativos, desta relação são:

- *“a sua importância para a visão unificadora da pessoa;*
- *a sua imprescindibilidade para a eficácia dos cuidados;*
- *a sua determinação para o clima da empatia, calor, respeito mútuo, cuidado e aceitação, e afectividade dos cuidados de enfermagem;*
- *a sua adopção de formas de estar e de comunicar em função dos objectivos que se pretendem atingir;*
- *o seu entendimento do ser humano compreensivelmente e não como objecto a ser manipulado ou tratado.”*

Já CHALIFOUR (2008, p.33), cujo modelo da relação se situa num contexto de ajuda profissional, examinou que *“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”*.

Todavia SEQUEIRA (2006, p. 156), apresentou a Relação de Ajuda como uma intervenção, na qual aquele que ajuda fornece ao outro condições de que ele necessita para a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais.

Para tal é necessário que a pessoa ajudada tenha uma participação activa em todo o processo, sem a qual a relação é inviabilizada, havendo apenas transmissão de informações e não uma relação terapêutica. Nesta perspectiva, o mesmo autor considerou a Relação de Ajuda uma intervenção psicoterapêutica, na qual a pessoa deve ter consciência do problema e vontade de o resolver e propõe o seguinte esquema para esta intervenção:

**Fase inicial: início da relação** (uma sessão) – Fase de Orientação

- ✓ Conhecer a pessoa e apresentar-se;
- ✓ Clarificar as necessidades, as expectativas e os objectivos da pessoa;
- ✓ Descrever o papel da pessoa e os objectivos da relação;
- ✓ Incentivar a pessoa a verbalizar o seu problema; ajudar a definir com clareza as circunstâncias do problema (causas, factores precipitantes, factores associados, etc.);
- ✓ Negociar um contrato com a pessoa;
- ✓ Avaliar a duração possível da relação.

**Fase intermediária: identificação e transição** (1 a 2 sessões) – Fase de exploração

- ✓ Permitir que a pessoa explore a sua vivência;
- ✓ Verificar as interpretações possíveis;
- ✓ Estabelecer prioridades;
- ✓ Orientar na procura de estratégias de intervenção de modo a atingir os seus objectivos.

**Fase terapêutica: trabalho e exploração** (nº de sessões variável de acordo com as capacidades/ necessidades da pessoa)

- ✓ Analisar os meios utilizados pela pessoa para resolver o problema;
- ✓ Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas;
- ✓ Discutir o impacto das estratégias delineadas (vantagens e desvantagens);
- ✓ Permitir a verbalização de medos, preocupações, indecisões e necessidades;
- ✓ Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objectivos propostos (ex: apoio familiar e comunitário.).

**Fase de manutenção: consolidação da relação** (nº de sessões variável de acordo com as capacidades/ necessidades da pessoa)

- ✓ Efectuar o treino das estratégias delineadas;
- ✓ Escolher actividades de partilha que visem responder às necessidades específicas;
- ✓ Avaliar capacidades da pessoa;
- ✓ Efectuar reforços positivos;
- ✓ Orientar a pessoa de acordo com as suas necessidades.

**Fase final: termo da relação** (uma sessão) – Fase da Conclusão ou Separação

- ✓ Encorajar a exprimir aquilo que sente relativamente ao final da relação;
- ✓ Verificar se todos os objectivos foram atingidos;
- ✓ Efectuar avaliação da interacção.

A Relação de Ajuda termina quando a pessoa apresentar possibilidades de resolução do problema de forma autónoma ou quando se verificar a ineficácia desta abordagem metodológica (idem, pp. 156-158).

É importante saber distinguir entre o que é a prestação de cuidados e o estabelecer de uma relação de ajuda, enquanto processo estruturado e com determinados objectivos terapêuticos. Para PHANEUF (2005, p.325), a enfermeira não está permanentemente em contexto de

relação de ajuda, ainda que queira imprimir aos seus cuidados um carácter humanista de escuta e compreensão, isso não constitui uma relação de ajuda. Porém, para esta autora, a relação de ajuda também se estabelece quando são prestados cuidados, desde que se reconheçam resultados terapêuticos para a pessoa.

SEQUEIRA (2006, p.156) considerou ainda que a Relação de Ajuda difere da ajuda esporádica e circunstancial, pelo que deve ser planeada com a pessoa, implementada através de várias sessões (mínimo de três), que correspondem à explicitação do problema; Procura orientada de “soluções” e avaliação das alternativas.

PHANEUF (2005), referiu também que a Relação de ajuda se estabelece no decurso de entrevistas de ajuda estruturadas ou informais, conforme as necessidades. “...*esta entrevista visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano*” (p. 324).

A autora apresenta-nos dois tipos de entrevista de ajuda: a entrevista de ajuda informal e a entrevista de ajuda formal, o que imprime à Relação de Ajuda a possibilidade de tomar dois aspectos: “*pode ser uma relação de ajuda formal, clássica, prevista, planificada antecipadamente e estruturada, e pode ser uma relação informal, espontânea, sem estrutura particular e que responde às necessidades do momento*” (p. 328).

Será ainda importante ter em conta o que escreveu CHALIFOUR (2008), que a relação de ajuda se manifesta através e na comunicação verbal e não verbal que se estabelece entre o interveniente e o cliente, assumindo estas formas diversificadas, cabendo ao interveniente assegurar-se da sua eficácia, precisando para tal de certificar-se que a mensagem comunicada é clara e compreensível, e favorecer uma estrutura de trocas adaptada em função de um determinado objectivo. Esta estrutura é inerente às características da entrevista. Assim, “*a entrevista constituirá um instrumento terapêutico eficaz desde que o interveniente saiba pô-la ao serviço da relação e adaptá-la às diferentes variáveis em presença*” (p. 37).

APÊNDICE XI  
RECONHECER EMOÇÕES E SENTIMENTOS PARA UMA RELAÇÃO  
TERAPÊUTICA EFICAZ

## RECONHECER EMOÇÕES E SENTIMENTOS PARA UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ

*“Ninguém pode transcender o que não conhece.  
Para ir além de si próprio é preciso o auto-conhecimento”*  
Sri Nasargadatta Maharaj

*“Considerando que a emoção é o que dá um sentido  
às nossas experiências, a enfermeira deve atribuir-  
lhe uma grande importância no seu trabalho junto  
das pessoas doentes”.*

Margot Phaneuf (2005)

Uma das habilidades para quem pretende desenvolver a Relação de Ajuda é a observação, e o rosto humano é a região de eleição para desenvolver essa perspicácia, relativamente às emoções. Segundo MAGALHÃES (2007, p.44), *“O rosto é parte mais visível que apresentamos ao mundo. Por isso é o palco da metacognição. Tudo o que se faz, no caso da tomada de uma decisão, tem reflexos na expressão facial da emoção. E tal se nota na configuração morfo-esquelética”.*

O sorriso poderá representar dualidade na expressão emocional. Segundo o mesmo autor (2007, p.59), *“O sorriso tanto pode expressar alegria como tristeza. Daí o carácter complexo quando se pretende identificá-lo e reconhecê-lo. O sorriso é uma resposta psicofisiológica que tem a sua génese em processos e estados mentais”.*

Mas ao observarmos também somos observados. Será importante considerar o que referiram NEVES & PACHECO (2004,p.71), *“Diz o povo que os olhos são o espelho da alma! Um olhar que não olha para algo, uma boca que fala com um olhar fixo em algo distinto, podem diminuir a qualidade da relação. O olhar pode acolher ou repudiar, amar ou odiar, compreender ou julgar; o olhar é uma das mais poderosas armas da comunicação com os doentes.”*

Quando olhamos o outro, não captamos simplesmente emoções, mas a sua totalidade. Contudo, as emoções têm um grande significado no desenvolvimento de uma personalidade saudável, e no dar sentido à interioridade da pessoa, daí ser importante, o seu reconhecimento. PHANEUF (2005, p.205), expôs que *“A emoção é um estado afectivo comportando sensações agradáveis ou desagradáveis, de curta duração, suscitadas interiormente por um pensamento, ou exteriormente por uma situação que nos marca.”*

Compreender e controlar as emoções é tarefa fundamental de quem pratica a Relação de Ajuda sendo fulcral para quem é ajudado. Ao reconhecer os seus sentimentos e emoções, o indivíduo que ajuda engrandece o seu desenvolvimento e as suas competências. Ao ajudado, este reconhecimento permite compreender as suas dificuldades e modificar atitudes, que permitem mais facilmente enfrentar e ultrapassar as vicissitudes diárias.

Razão lógica para afirmar então, que quem pretende estabelecer relações terapêuticas eficazes deve desenvolver a habilidade de reconhecer as emoções. Começando por reconhecer as suas próprias, para posteriormente conseguir identificar as dos outros.

Segundo GOLEMAN (2006, p. 367) o termo *emoção* continua a ser objecto de controvérsia entre a psicologia e a psiquiatria. Na sua opinião, *emoção* refere-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção.

Já MAIA & SANTOS (1988), cit. por CUNHA (2000, p. 10), definiram *emoção* “...como uma resposta comportamental aberta a estímulos exteriores reconhecendo a necessidade de grande envolvimento afectivo para que ocorra mudança”.

E LEVENSON (1994) cit. por SERRA (1999, p. 227) definiu as emoções como fenómenos psicofisiológicos de curta duração que representam modos eficientes de adaptação às exigências do meio ambiente.

Mas, para ABREU (1996, pp. 98-103), aquilo a que se chama emoções, ou em termos mais genéricos, sentimentos, resulta do desejo não consumado. O ódio traz latente uma agressão que pode ser fantasiada, mas cessa com a destruição do objecto odiado. O medo pode cessar temporariamente pela fuga, mas definitivamente ao enfrentar o perigo. A ansia cessa no dia ansiado, o desejo com o consumo e a culpa não patológica com o perdão. As emoções constituem assim, um mundo mágico e pessoal, que vive entre os sinais do mundo que não se alcança, e os significados que a nossa consciência lhes atribui. Assim, segundo este autor, neste diálogo entre consciência e corpo, a emoção autonomiza-se e faz perdurar na fantasia o acontecimento que lhe deu origem.

ABREU considerou que as emoções e o humor interagem de várias formas, apesar do humor poder ser mais duradouro, menos diferenciado e não intencional, sendo porém o pano de fundo de cada emoção. “Ao contrário do humor (que não tem objecto) e do afecto (que se relaciona com objectos do passado), a emoção relaciona-se com a situação presente ou futura” (2006, p. 118).

Este autor adiantou ainda que a emoção tem assim, algo a ver com a sensação, a percepção e a representação: acompanha-as e enriquece-as com aquilo a que chama “*ressonância emocional*”. Sendo esta uma ressonância que se faz com o corpo, que assim amplia e prolonga a efemeridade da simples percepção.

Mas qual a importância de reconhecer as emoções?

ABREU (1996, pp. 98-103) referiu que o homem maduro precisa de as conhecer, não só para conhecer as novas imposições do seu organismo, mas também para as mobilizar na contínua formação da sua vontade. Para este autor, reconhecê-las é também aceitar a sua pertença ao eu, integrando-as na identidade da pessoa emocionada. Ainda segundo este mesmo autor (2003), desde o nascimento, a criança começa por mostrar expressões de dor e tristeza e, depois, progressivamente, ela mostra o sorriso e o riso, a raiva, repugnância e medo. Mas a criança muda rapidamente de uma expressão para outra sem razão aparente, sendo difícil perceber se cada uma destas expressões está genuinamente ligada a um estímulo relevante ou se é apenas resultado da imitação. Talvez sejam as duas coisas, uma vez que a criança está envolvida num jogo emocional interactivo, já que a comunicação emocional entre a criança e a mãe é essencial para a organização da sua personalidade e dos laços afectivos.

“Todas as emoções são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós” GOLEMAN (2006, p.22). Assim considerou que cada emoção desempenha, no nosso repertório emocional, um papel único. Porém, reconheceu a existência de *estados de espírito*, que são mais atenuados e duram muito mais tempo que uma emoção, e os *temperamentos*, prontidão para evocar uma emoção ou um estado de espírito que torna uma pessoa melancólica, tímida ou alegre.

Já ABREU (2006, p. 122), apreciou que as emoções que ocorrem na vida diária são mais diferenciadas e de menor intensidade, apresentando nuances diversas, designadas por *aflição, ressentimento, desamparo, desalento, cólera, desespero, remorso, terror, excitação, beatitude, serenidade, felicidade, curiosidade e desejo*, sendo que algumas são mais elementares e primitivas e outras mais elaboradas e eventualmente decomponíveis nas primeiras.

Todavia, adiantou, embora se liguem a objectos do mundo, elas não os designam, antes definem a nossa relação total com eles, tornando-se um componente da intencionalidade, pelo que, conhecê-las, é conhecermo-nos, e melhor podermos orientar a nossa vida. Sem o seu reconhecimento, facilmente ocorreriam inadequados atropelos com as mais diversas consequências.

Sendo a emoção uma das experiências mais significativas do ser humano, acompanhando-o toda a sua vida, fornecendo-lhe modelos de adaptação nas interações entre o seu organismo e o meio ambiente, permito-me concluir que o reconhecimento das emoções passa por um estado psico-fisiológico importante e necessário, que permite estabelecer uma relação entre duas pessoas, numa determinada situação, neste caso concreto numa relação de ajuda, em que ajudado e quem ajuda se complementam compreendendo-se e respeitando-se mutuamente.

APÊNDICE XII  
IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO  
ENFERMEIRO/UTENTE

## IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO ENFERMEIRO/ UTENTE

A comunicação é um aspecto de fulcral importância nas relações que se estabelecem em qualquer momento da vida de uma pessoa. Ouvir e falar são as primeiras habilidades que têm por objectivo a comunicação.

O desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro é a pedra angular para um agir que lhe permita alcançar os objectivos desejados. É através da sua capacidade de comunicar que estabelece relações com os seus pares e com os clientes, promovendo o seu próprio crescimento pessoal e profissional. A nossa capacidade de ajuda depende da nossa capacidade empática, e esta, da forma como compreendemos os nossos sentimentos e como comunicamos ao outro que entendemos os seus pensamentos, ideias, emoções e sentimentos. O estabelecimento de relações terapêuticas é um processo complexo e interactivo, com características específicas e diferenciadas de qualquer outra relação que se possa estabelecer no meio social ou profissional, constituindo assim uma experiência de aprendizagem e crescimento do próprio enfermeiro.

Segundo FACHADA (2000), comunicar é uma manifestação do Homem, através da qual ele se une ao mundo e aos outros Homens, é sem dúvida um dos seus maiores “dons”, é a faculdade que ele tem de transmitir emoções, ideias e sensações.

A comunicação faz-se representar pela necessidade de dizer não à solidão, de partilhar, de obter satisfação a nível afectivo, intelectual, moral e social, ou seja ajudar e ser ajudado.

Comunicar é uma palavra que provém do Latim *comunicare* e que significa «pôr em comum», «entrar em relação com». DEAUX & NRIGHTSMAN (1984) cit. por DAVIES (1995), definiram comunicação como sendo uma interacção onde duas ou mais pessoas que enviam e recebem mensagens e, durante o processo, ambos se apresentam e interpretam uma à outra.

O primeiro papel, no processo de comunicação, cabe ao chamado *Autor*. É ele quem tem a ideia, que domina o conteúdo, que manifesta a intenção de comunicar. O que implica, um seleccionar do momento, da forma e da linguagem, adaptados àquele que pretendemos que receba a mensagem.

Emissor e fonte de comunicação nem sempre são coincidentes. A fonte representa a origem da comunicação, com ideias, intenções e necessidades de comunicar, contudo poderá não ser a fonte a emitir a mensagem.

Entre a fonte e a emissão encontramos intermediários, elos de uma cadeia de transmissão. Isto toma particular relevância, quando é necessário converter uma mensagem de uma língua para outra. Consequentemente isto terá sempre perdas ou ganhos associados.

O segundo papel é o do Receptor. É a este que se dirige a mensagem. Deve estar sempre em sintonia com o emissor, de forma a captar, compreender e aceitar a mensagem. O papel do receptor é um papel activo relativamente aos actos do emissor. Cabe-lhe a ele a tarefa de decodificar a mensagem recebida, procurando interpretar os conteúdos, isolar os elementos significativos, aceitando-os ou rejeitando-os de acordo com o seu significado, tendo ainda a seu cargo a articulação do novo conhecimento com os anteriormente adquiridos. Verifica-se,

então, que o processo da comunicação envolve três elementos principais: um emissor, uma mensagem e um receptor.

Comunicar não se finda, na banalidade de uma troca de palavras. NEVES & PACHECO (2004, p. 70), referiram que “*A comunicação em enfermagem é um processo de interação que consiste em fazer circular ou transmitir informações, um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do doente, antes do acto de comunicação. Inclui o estabelecimento de relações baseado nas suas percepções recíprocas*”, o que exige do enfermeiro, determinadas habilidades, nomeadamente, prestar atenção e compreender, o que lhe é transmitido.

Daqui se percebe que a comunicação é um processo de troca de informação, dinâmico, no qual estão implicados activamente, pelo menos, dois interlocutores, em que o receptor ao captar a mensagem, interpretando o seu sentido e demonstrando ao emissor que a compreendeu, se torna, também ele, em emissor.

O acto de comunicar envolve não só as pessoas, mas as suas características e tudo o que as rodeia. Daí que “*Quem diz Homem diz linguagem e quem diz linguagem diz sociedade*” GUEDES (1991, p.139).

A comunicação verbal é a mais utilizada e privilegiada nas relações interpessoais, e caracteriza-se pelo uso da palavra, tanto oral como escrita. A comunicação não verbal está associada à forma como cada ser humano influencia o outro, através de uma linguagem silenciosa. E comunicar é tão importante, que o provérbio popular «*a falar é que a gente se entende*», ou se desentende, se justifica tão bem. A palavra mal utilizada pode ser causadora de mal entendidos, daí que, ainda segundo a sabedoria popular, «*o silêncio é de ouro*».

A postura, a expressão facial e o gesto estão intimamente ligados à comunicação não verbal. O silêncio envolve profundos significados e revela emoções que não se conseguem traduzir por palavras, apesar de, muitas vezes, se tornar embaraçoso podendo criar um vazio que afecta a relação. Contudo, está associado à partilha de emoções, de sentimentos e de cumplicidade. “*Ser sensível aos silêncios e aprender a interpretá-los é uma exigência da comunicação*” FACHADA (2000, p.30).

Disponibilizar presença poderá ser uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro no sentido de criar as condições indispensáveis à confiança mútua necessária para estabelecimento de uma aliança terapêutica. Segundo SEQUEIRA (2006, p. 136) algumas das actividades para concretizar esta intervenção englobam:

*Usar o silêncio, quando apropriado; estabelecer confiança e atenção positiva; ouvir as preocupações do doente; estar fisicamente disponível para ajudar; tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado; proporcionar espaço para o doente e família, conforme necessário; mostrar disponibilidade, sem favorecer no entanto, comportamentos de dependência; ficar com o doente para promover segurança e reduzir o medo; oferecer contactos com outras pessoas de suporte (social, familiar...); proporcionar uma segurança optimista, mas simultaneamente realista; ficar com a pessoa proporcionando segurança e reduzindo o medo.*

A este propósito, LAZURE (1994), deu especial ênfase ao processo de **escuta**, na comunicação que se estabelece na Relação de Ajuda. “*Escutar é constatar através do sistema*

*auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas” ( p.15).*

Escutar activamente tem como objectivo ouvir as preocupações dos outros num contexto de participação e facilitação da sua expressão. Consiste numa escuta atenta, orientada para o problema. Segundo SEQUEIRA (2006, p. 136, 137) esta pode ser concretizada através das seguintes actividades:

*“Permitir a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos; estar atento ao tom, ritmo e volume de voz, mensagens verbais e não verbais; valorizar as emoções; evitar barreiras à comunicação (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, terminar prematuramente a conversa); focalizar-se completamente na interacção, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações; identificar os temas predominantes do discurso; ajudar a pessoa na identificação de situações geradoras de ansiedade; reflectir compreensão e recepção da mensagem no decurso da interacção.”*

*“É através da comunicação não verbal que transmitimos muitas das nossas emoções e dos nossos sentimentos”* FACHADA (2000, p. 26). Estando associada à comunicação verbal, transmite-lhe um significado mais profundo e verdadeiro, reforçando-a ou contradizendo-a. «*Os olhos não mentem*», diz o provérbio, significando que, ao dirigir a nossa observação para o contacto visual, complementa-se o processo da comunicação, tendo em conta, por vezes, a ambiguidade acrescentada.

A comunicação não verbal é particularmente importante na relação enfermeiro/ utente. Muitas vezes o olhar do enfermeiro é o único elo de ligação ao utente. Envolvendo acções, posturas, gestos e expressões, a comunicação não verbal torna-se reveladora de sentimentos: a forma como olhamos pode traduzir simpatia, confiança, hostilidade, pânico, etc. A postura do corpo é também uma fonte preciosa de informação. *“No contacto com os outros, a posição do corpo é determinante para a qualidade da comunicação”*, FACHADA (2000, p. 39).

Para CHALIFOUR (2008, p. 133) os aspectos a considerar na comunicação utilizada na relação profissional de ajuda são as seguintes:

*“Na comunicação não verbal: o toque, as distâncias e as posições, o olhar, o odor, a escuta, o silêncio e o convite a prosseguir.*

*Na comunicação verbal: os reflexos, a síntese, as questões, os feed-backs e a revelação de si, o conselho e a informação”*

Comunicar sempre foi, e continuará a ser, uma actividade primordial para os profissionais de saúde e fundamental em Enfermagem. É o suporte prático no relacionamento enfermeiro/utente. O desenvolvimento de competências comunicacionais exige do enfermeiro elevado empenho, direccionando as suas aprendizagens para habilidades assertivas, com constantes atitudes de reformulação e compreensão empática, mostrando disponibilidade e autenticidade.

Só pode considerar-se completo e perfeito o acto de comunicar, quando o receptor acedeu integralmente ao conteúdo e à intenção do autor. Da parte do emissor podem surgir uma quantidade de bloqueios à boa organização e transmissão da mensagem, mas igualmente da parte do receptor podem surgir obstáculos que perturbem a apreensão.

FACHADA (2000), dividiu estes obstáculos em **barreiras externas**, consideradas as barreiras físicas, como a temperatura, a iluminação e a distância; e as **barreiras internas**, mais complexas e que dependem de cada um de nós, como sendo a adequação da semântica, o emprego de palavras ambíguas, a audição selectiva, a resistência à mudança, a credibilidade do emissor, as experiências vividas, as diferenças de estatuto, e o estado de cansaço ou doença.

Considerando as barreiras da comunicação, associadas a processos tão complexos, dependentes de cada um de nós e interligados a determinados factores, aos quais o enfermeiro não pode ficar alheio, a aprendizagem de determinadas técnicas, e a aplicação das mesmas, permitir-lhe-á contornar esses obstáculos e tornar a comunicação mais eficaz. A forma como nos comportamos também é comunicação e pode afectar a relação com os outros. *“O comportamento corresponde a tudo aquilo que o indivíduo faz e diz”*, FACHADA (2000,p. 54). Gradualmente, partindo da experiência que vamos adquirindo através das vivências, devemos modificar e aprender a ajustar o nosso comportamento a cada situação, a cada pessoa, objectivando a excelência da comunicação e dos cuidados que prestamos.

## APÊNDICE XIII

POSTER: “ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E  
LIGAÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CONSULTOR”



APÊNDICE XIV  
ESTUDO DE CASO – RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO  
EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO

## RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO - ESTUDO DE CASO

**Autor:** Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva - Licenciada em Enfermagem e pós-graduada em Adição e Reabilitação Psicossocial pela ESS/IPS. Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP. DPSM, Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E.

✉ [claudiasilvaba@gmail.com](mailto:claudiasilvaba@gmail.com)

**RESUMO:** O presente estudo tem como alvo uma cliente do Serviço de Oncologia – Ambulatório de um hospital geral, com a qual se delineou e implementou um conjunto de intervenções psicoterapêuticas realizadas pela Enfermeira de Consultadoria e Ligação.

Os diagnósticos directamente relacionados com as alterações da saúde mental, foram elaborados com base na CIPE, assim como a gestão das intervenções terapêuticas efectuadas. Finalmente são apresentadas, a análise reflexiva da interacção e a avaliação da eficácia terapêutica tendo por base os resultados das acções de enfermagem enunciadas no referido sistema de informação.

O estudo de caso realizado demonstra a necessidade das intervenções da Enfermeira de Consultadoria e Ligação num serviço de oncologia – ambulatório e evidência ainda a eficácia das suas intervenções.

Mostra que as reacções psicológicas surgem com muita frequência como resultado de uma doença resiliente e persistente como o cancro e da interacção com o contexto hospitalar.

Denota-se na realidade observada a dificuldade dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos da doença.

Comprova que os cuidados psicoterapêuticos realizados pelos enfermeiros, com recurso à relação interpessoal estabelecida com a pessoa cuidada, podem permitir resultados significativos ao nível da saúde mental e consequentemente da saúde de um modo geral.

**Descritores:** Processos Psicoterapêuticos; Relações enfermeiro-paciente; Saúde Mental; Oncologia.

**ABSTRACT:** This study targets a customer of Oncology - Clinic of a general hospital, with whom he devised and implemented a range of psychotherapeutic interventions undertaken by the Nurse Consultancy and Liaison.

The diagnosis directly related to changes in mental health, were based on the ICNP as well as the management of interventions made. Finally are presented, the reflective analysis of interaction and assessment of therapeutic efficacy based on the results of the nursing practice described in the information system.

The case study demonstrates the need for interventions Nurse Advice and Liaison Service in oncology - still ambulatory and evidence the effectiveness of their interventions.

It shows that the psychological reactions occur very often as a result of a resilient and persistent disease as cancer and interaction with the hospital.

The reality observed denotes the difficulty of health professionals in the management of psychological aspects of illness.

It also highlights the effectiveness of the Nurse CL interventions as manifested in the therapeutic results achieved.

Proves that the psychotherapeutic care performed by nurses, using the interpersonal relationship established with the person cared for, may allow significant results in terms of

mental health and therefore health in general.

**Keywords:** Psychotherapeutic Processes; Relations nurse-patient; Mental Health; Oncology.

## **INTRODUÇÃO**

O cuidar, pedra angular da enfermagem/ profissão, na sua singularidade implica, no mínimo, sempre a intervenção de duas pessoas. Uma que cuida e outra que é cuidada.

LOPES (2006) apresenta os cuidados de enfermagem como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra com capacidades para lha oferecer. Identicamente CHALIFOUR (2008) considera ainda que as intervenções do enfermeiro são um processo intencional, que utiliza a interacção entre os presentes, orientado para a resolução de problemas.

Ora vejamos, esta intervenção pode ser considerada uma psicoterapia interpessoal que permite ajudar a pessoa a desenvolver novas estratégias, e ter suporte para implementá-las (CROWE & LUTY, 2005).

DZIOPA e AHERN (2009) identificaram, segundo a literatura, vários factores importantes para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade em enfermagem de saúde mental, composta por atributos, como a empatia (ROGERS, 1971; THORNE, 1992), o reconhecer a individualidade da pessoa ( JOHANSSON & EKLUND, 2003; O' BRIEN, 1999), o apoio (MOYLE, 2003), o ser autêntico e genuíno (SCANLON, 2006; WELCH, 2005), o aceitar incondicionalmente os clientes (ROGERS, 1951), o demonstrar respeito (JACKSON & STEVENSON, 2000; JOHANSSON & EKLUND, 2003), a manutenção dos limites de um contrato terapêutico (SCAFER & PETERNELJ – TAYLOR, 2003), e a congruência, que envolve a interacção terapêutica com o cliente num relacionamento igual de humano para humano (COREY, 1996).

Contudo, não nos podemos separar da ideia que a relação terapêutica se estabelece, essencialmente, através da comunicação terapêutica. Comunicar, envolve também a necessidade de manter a pessoa informada, para isso deve ser pesada a cordialidade e o positivismo, ajudando-a na gestão dos seus sentimentos e na gestão da informação necessária, no sentido de recuperar e promover a sua saúde.

Torna-se pois fundamental conhecer quais os sentimentos e emoções que as pessoas vivenciam e apresentam perante uma situação de alteração de saúde, sendo necessário, na interacção, ter presente que estas não possuem uma vida emocional plana. Ao experienciar um determinado acontecimento significativo, emergem um tumulto de comoções que além de darem sabor ao intelecto têm também um papel essencial no pensamento. Mas, se os sentimentos dão sabor à vida e estão na base do pensamento, então é necessário saber identificá-los e ajudar a geri-los de uma forma objectiva.

Também se pode pensar que as características desta relação dependem não só das particularidades dos intervenientes, como do contexto em que se desenvolve a interacção. Na tentativa de se reforçar esta ideia tomemos em consideração o que referiu LOPES (2006), citando MELEIS (1991, 1997), que as características de um doente psiquiátrico são obrigatoriamente diferentes das de um doente a quem foi diagnosticado uma neoplasia, tendo justificado que *“As razões para estas diferenças são muito diversas a começar pelas características da representação da doença e a acabar no contexto”*(p. 46/47).

Este conjunto de desigualdades é suficiente para introduzir características específicas no processo relacional, sendo que o apoio proporcionado pelo enfermeiro é fundamental quando a pessoa está a viver uma situação de doença orgânica, potencialmente stressante, da qual podem resultar graves alterações a nível psicológico e emocional.

Este tipo de cooperação poderá ser inevitável não só com os beneficiários dos cuidados de enfermagem, mas também com os próprios enfermeiros que experienciam situações de esgotamento profissional ou dificuldades no relacionamento terapêutico, associadas a determinados factores que PHANEUF (2005) realçou, entre outros, *“a tensão emotiva causada pelo contacto com o sofrimento e a morte”* (p. 600).

Neste encadeamento, podemos apreciar a intervenção do Enfermeiro Consultor que permite facilitar a relação entre o doente e a família, a doença, os consultantes e o internamento. LOPES e VIEGAS (1997) relativamente à Enfermagem de CL definiram que:

“O trabalho de consultadoria é concebido como o apoio dado por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor) a outro enfermeiro (como consultante), responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultantes do actual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença” (p. 36).

Este agir da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no papel de Consultor implica, segundo CARVALHO (2010), a elaboração de um parecer posterior à avaliação diagnóstica, à qual se segue o planeamento de intervenções psicoterapêuticas e avaliação dos resultados. Não dizendo respeito apenas a questões directamente relacionadas com o cliente, mas também a problemas que envolvem a equipa e o relacionamento entre ambos. Será pois uma interferência que implicará manter o relacionamento terapêutico na tríade Enfermeiro Consultante/Doente/Enfermeiro Consultor, numa perspectiva de prestação de cuidados directos e/ou indirectos.

Quanto às acções desenvolvidas pelo enfermeiro neste contexto poder-se-á ter em conta o que referiu LOPES (2005) relativamente aos aspectos terapêuticos, considerando que toda a intervenção deve ter intencionalidade terapêutica, dirigida ao doente e à família.

Considerando a Entrevista de Ajuda como uma das intervenções que podem ser utilizadas, PHANEUF (2005) apresenta-a como uma estratégia de comunicação profissional em que a enfermeira estabelece um processo de ajuda, quer seja rápido e espontâneo, ou

estruturado previamente com objectivos claramente definidos. Tem como finalidade ajudar a pessoa a exprimir as suas dificuldades, diminuir a sua ansiedade, apoiando-a na resolução dessas mesmas dificuldades; ou guiando a pessoa no seu percurso de mudança, para uma melhor adaptação.

Em suma, a Relação de Ajuda em Enfermagem é uma intervenção autónoma do enfermeiro, que enquanto processo estruturado deve ser planeado em conjunto com o cliente, programado para um determinado período de tempo, e implementado com o objectivo de promover o seu desenvolvimento, através do reconhecimento das suas potencialidades, cabendo ao enfermeiro essencialmente o papel de orientador, ou seja, não se objectiva fazer o caminho pelo cliente, mas sim, caminhar com ele, sendo uma actividade passível de ser executada pelo enfermeiro especialista em saúde mental a exercer funções de consultadoria e ligação.

Esta acção que deverá ser desenvolvida num contexto terapêutico, considerando o ambiente envolvente, porém, para além do espaço físico, deverão, também, ser consideradas *“todas as condições internas e externas, as circunstâncias e as influências que afectam a pessoa”* (WESLEY, 1997, p. 2).

Percebidos que estão os aspectos que dizem respeito á Enfermagem de Consultadoria e Ligação, não existem dúvidas de que esta será uma mais-valia para um serviço de oncologia, pois tal como expôs LOPES (2006), a área oncológica é uma das que *“mais desafios coloca aos prestadores de cuidados”* (p.37).

Convém salientar que o estigma associado a esta doença, a dificuldade em aceitar que os objectivos terapêuticos possam não ser a cura, as dificuldades associadas à administração dos citostáticos, o viver com a cronicidade e o enfrentar a morte, leva a uma luta permanente que poderá ser atenuada com as intervenções realizadas pelo Enfermeiro Consultor.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso clínico, apoiado na análise qualitativa, no qual foram considerados alguns pressupostos do Modelo Teórico Co-Activo (CARVALHO, 1996).

A colheita dos dados foi realizada através de entrevista por meio do exame clínico baseado na pesquisa de sinais e sintomas de alterações do funcionamento do estado mental.

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, tendo por base a CIPE, deu-se especial atenção aos fenómenos directamente relacionados com a saúde mental, utilizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico.

Destes, partindo da pesquisa efectuada e analisada com base na CIPE, Versão  $\beta_2$  (2002), foram apenas seleccionados os mais prováveis de acordo com as características das pessoas às quais é diagnosticada uma doença oncológica, considerando os seguintes

focos: **Humor, Tristeza, Vontade de Viver, Imagem Corporal, Auto-Estima, Ansiedade, Stress, Insónia, Interação Social, Bem-Estar Psicológico, Coping, Solidão e Esperança.**

Confirmada, na diversa literatura, a prevalência das perturbações depressivas em pessoas que vivenciam uma doença oncológica, considerando ainda a presença de sinais e sintomas observados e as diferenças existentes entre a depressão do idoso com a depressão em outras faixas etárias, como forma de complementar a monitorização dos resultados das intervenções foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE, BRINK, ROSE, LUM, HUANG & ADEY, 1983) versão completa de 30 itens.

Das técnicas psicoterapêuticas utilizadas deu-se primazia à Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem, utilizando como recursos, nomeadamente, a escuta activa, o disponibilizar presença, a reflexão partilhada, a empatia, a definição de limites, a informação e a clarificação.

O local da implementação do processo foi o Serviço de Oncologia – Ambulatório de um hospital geral na margem sul do Tejo, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, em conformidade com o aceite pela Administração da Instituição.

#### **APRESENTAÇÃO DO CASO CLINICO**

O sujeito da pesquisa é uma senhora de 69 anos, com duas filhas, casada, reformada a realizar tratamento de quimioterapia, num Serviço de Oncologia – Ambulatório de um hospital geral, para quem foi solicitado um Parecer da Enfermagem de Consultadoria e Ligação, efectuado pela enfermeira da oncologia. Trata-se de uma doente que foi submetida a mastectomia radical da mama esquerda em 2002. Ainda no mesmo ano, a cintigrafia indicou múltiplas metástases ósseas.

#### **AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA**

A análise dos dados colhidos permitiu a identificação das necessidades de saúde da participante no estudo, examinando os aspectos psicológicos, e o reconhecimento das dificuldades desencadeadas pela carência da sua satisfação.

Após efectuada uma ampla apreciação da situação clínica em estudo, foram delineados os diagnósticos, de acordo com os focos de atenção seleccionados.

#### **Diagnósticos de Enfermagem:**

- Humor depressivo presente em grau elevado;
- Tristeza presente em grau elevado;
- Ansiedade presente;
- Interação social alterada;
- Bem-estar Psicológico alterado;
- Coping ineficaz presente.

## **PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Definidos os diagnósticos, importa, então, organizar as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem, que foram delimitadas encarando os resultados que se pretendem alcançar, ou seja, o bem-estar da pessoa cuidada.

- ✓ Aplicar Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicar Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicar Técnica de Disponibilizar Presença.
- ✓ Aplicar Técnica de relaxamento progressivo de Bernstein e Borkovec
- ✓ Motorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 8 sessões.

## **CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS / ANÁLISE DA INTERACÇÃO**

Considerando todas as intervenções delineadas foi dada ênfase às entrevistas de ajuda, nas quais o cuidado psicoterapêutico assume importância através da função do relacionamento interpessoal entre os dois intervenientes. Estas foram estruturadas de acordo com a sequência proposta por SEQUEIRA (2006), servindo esta de orientação à intervenção psicoterapêutica, sendo que foram efectuadas 9 sessões com a duração aproximada de 45 min cada.

É de salientar, que todas as entrevistas foram alvo de um exame muito cuidadoso, permitindo uma análise compreensiva da interacção.

No caso concreto optou-se maioritariamente por um estilo de intervenção facilitadora, de suporte, por vezes informativa mas também de confrontação, com a finalidade de permitir a catarse e a intenção de ajudar esta pessoa a abordar as suas experiências, problemas e sentimentos de forma autêntica, não rejeitando em momento algum, as suas capacidades de enfrentar as suas incoerências e dando-lhe sempre feed-back do conteúdo e dos sentimentos que tinha expressado.

De salientar também, que as acções a desenvolver pelo Enfermeiro Consultor implicaram ainda algumas intervenções com o profissional que solicitou o pedido de parecer, no sentido de alterar o comportamento da cliente propondo alterações no relacionamento terapêutico entre Enfermeiro Consultante/Cliente.

## **AVALIAÇÃO**

A análise dos resultados foi efectuada de acordo com própria observação dos aspectos evolutivos do estado mental durante a interacção estabelecida, considerando as capacidades adquiridas para lidar de forma positiva com as adversidades sentidas, sendo que o alcance desta meta comprovou a eficácia terapêutica.

O processo interpessoal estabelecido, foi terapêutico e eficaz, favoreceu a segurança necessária para que a cliente verbalizasse os seus receios, e conseguisse encontrar, por ela própria, as estratégias para utilizar no pelejar da sua doença física.

Os aspectos observados relativos à sintomatologia depressiva foram confirmados com a monitorização efectuada através da aplicação da escala de avaliação já referida, que comprovou que a maior parte sofreu uma redução acentuada.

Também, a cliente, que no início era tida como uma pessoa difícil, quer pelos enfermeiros, quer por outros técnicos, tornou-se simpática e agradável, segundo os seus relatos, como resultado do aperfeiçoamento dos aspectos do relacionamento terapêutico do enfermeiro consultor com a mesma.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diariamente, no seu exercício profissional, o Enfermeiro de Consultadoria e Ligação estabelece interacções terapêuticas importantes, assentes nos pressupostos da Relação de Ajuda. Nesta relação, a parceria criada com a pessoa alvo dos cuidados, é um dos elementos essenciais para que as intervenções realizadas levem a bons resultados.

Neste sentido o presente estudo permitiu comprovar não só a indispensabilidade urgente de cuidados de enfermagem de CL no serviço onde foi desenvolvido, mas ir um pouco mais além e verificar que se justifica a presença de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica nesta equipa, pois só através de uma visão abrangente e claramente multidisciplinar é possível oferecer uma melhor qualidade de vida a estas pessoas.

Confirma igualmente, que a doença oncológica e respectivos tratamentos provocam, com muita frequência, alterações psicológicas e emocionais. Assim, tal como referenciado em estudos idênticos, não é errado certificar que a comorbilidade psiquiátrica num serviço de oncologia de um hospital geral é uma constante.

A realidade observada denuncia a grande dificuldade dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos desta doença. Porém, actualmente a maior parte dos enfermeiros a exercer neste serviço, apesar de conhecerem esta realidade, também reconhecem as suas próprias dificuldades e insuficiente preparação, tendo passado a valorizar mais os referidos aspectos.

Evidencia a eficácia das intervenções da Enfermeira de CL que se traduzem nos resultados descritos. E, neste sentido, demonstra o impacto que os cuidados psicoterapêuticos realizados pelos enfermeiros, com recurso à psicoterapia interpessoal estabelecida com a pessoa cuidada, podem permitir ao nível da saúde mental e consequentemente da saúde de um modo geral.

Por último, é importante referir que tal como a Psiquiatria de Ligação, a Enfermagem de Consultadoria e Ligação tem um papel importante na avaliação e no acompanhamento dos doentes oncológicos e suas famílias.

Finalmente, podemos afirmar que num serviço com características tão específicas como a Oncologia, o auto-conhecimento, a capacidade de cuidar de si, de reconhecer as suas

emoções e sentimentos, é fundamental para que a Enfermagem de Consultadoria e Ligação desenvolva e consolide as suas intervenções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, António C. (1996). Como chegar lá? Embrião de um Modelo de Enfermagem Co-Activo. In *Enfermagem em Foco*. SEP. Ano VI. Lisboa: nº 23. Maio/Julho. ISSN: 0871-8008.

CARVALHO, J. M. S. (2010) – Enfermagem psiquiátrica de consultadoria e ligação: competências do enfermeiro consultor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto, Nº 3, 36-41. ISSN: 1647-2160.

CHALIFOUR, Jacques (2008) – A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta. Vol. I. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CROWE, M., & LUTY, S. (2005, Jun.). Interpersonal psychotherapy: An effective psychotherapeutic intervention for mental health. *Int J Ment Health Nurs*:14(2):126-133. Review.PMID: 15896260 [PubMed - indexed for MEDLINE]

DZIOPA, F., & AHERN, K. (2009). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships. In *Mental Health Nursing*, 30: 14-22. [ consul. em 2010-02-14] em linha, disponível em: <http://www.informaworld.com/smpp/ftinterface>

LOPES, J., & VIEGAS, A. (1997, Novembro/Janeiro). Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação. *Enfermagem em Foco – Sindicato do Enfermeiros Portugueses*. Lisboa. VII: 25. ISSN 0871-8008.

LOPES, Manuel J.(2006). A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-X.

LOPES, Manuel José (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev. Escola enfermagem USP*. São Paulo. 39 (2): 220-8. ISSN: 0080-6234 [consul. em 2009-11-02] em linha, disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci_arttext&tIng=pt)

NUNES, Mendes (2007). Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa: Bayer HealthCare.

PHANEUF, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. 1ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

SEQUEIRA, Carlos (2006). Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-083-5.

SPAR, James, & LA RUE, Asenath (2005). Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-139-8.

WESLEY, Ruby (1997). Teorias y modelos de enfermaria. 2ª ed., México: McGraw – Hill. ISBN: 9789701014585.

YESAVAGE JA., BRINK TL., ROSE TL., LUM O., HUANG V., & ADEY M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* ;17(1):37-49.

## APÊNDICE XV

POSTER: “RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM  
ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO”



# Relacionamento Terapêutico em Enfermagem de Consultadoria e Ligação

Cláudia C. Guerrelro Silva<sup>1</sup>

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE - DPSM

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo, com recurso à metodologia do Estudo de Caso, fundamentado na análise qualitativa tem como alvo uma cliente do Serviço de Oncologia – Ambulatório de um hospital geral, com a qual se delineou e implementou um conjunto de intervenções psicoterapêuticas realizadas pela Enfermeira de Consultadoria e Ligação, considerando os transtornos inerentes às alterações emocionais resultantes da doença, do tratamento, e/ou do relacionamento com os técnicos.

**CASO CLÍNICO:** O sujeito da pesquisa é uma senhora de 69 anos, com duas filhas, casada, reformada a realizar tratamento de quimioterapia, para quem foi solicitado um Parecer da Enfermagem de Consultadoria e Ligação. Trata-se de uma doente que foi submetida a mastectomia radical da mama esquerda em 2002. Ainda no mesmo ano, a cintigrafia indicou múltiplas metástases ósseas.



<http://www.google.pt/imgs7/1npg>

*“O trabalho de consultadoria é concebido como o apoio dado por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor) a outro enfermeiro (como consultante), responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultantes do actual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença”.*  
(LOPES and VIEGAS 1997, p. 36).

**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:** A análise dos dados, colhidos a partir da entrevista não directiva, permitiu a identificação das necessidades de saúde da participante no estudo, examinando os aspectos psicológicos. Na avaliação diagnóstica e monitorização dos resultados das intervenções foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE, BRINK, ROSE, LUM, HUANG & ADEY, 1983) versão completa de 30 itens, e a própria avaliação breve do estado mental. Os diagnósticos foram elaborados com base na CIPE, Versão  $\beta_2$  (2002), assim como o planeamento e gestão das intervenções terapêuticas a efectuar.  
**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:** Humor depressivo presente em grau elevado; Tristeza presente em grau elevado; Ansiedade presente; Interação social alterada; Bem-estar Psicológico alterado e Coping ineficaz presente.

## INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS:

**Planeamento das Intervenções:** Aplicar Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem; Aplicar Técnica de Relaxamento Progressivo de Bemstein e Borkovec e Monitorizar depressão [aplicar Escala de Depressão Geriátrica] ao fim de 8 sessões. Das intervenções delineadas foi dado ênfase às Entrevistas de Ajuda, nas quais o cuidado terapêutico assume especial importância através da função do relacionamento interpessoal entre os dois intervenientes. As Entrevistas de Ajuda foram estruturadas de acordo com a sequência proposta por SEQUEIRA (2006), servindo esta de orientação à intervenção psicoterapêutica, sendo que foram efectuadas 9 sessões com a duração aproximada de 45 min cada. As acções a desenvolver pelo Enfermeiro Consultor estiveram ainda relacionadas com o profissional que solicitou o pedido de parecer, havendo a necessidade de alterar o comportamento da Cliente propondo alterações no comportamento do Enfermeiro Consultante.

**AVALIAÇÃO:** Os aspectos observados relativos ao estado mental foram confirmados com a monitorização efectuada através da aplicação da escala, já referida, que comprovou que a maior parte dos sinais/sintomas que evidenciam as alterações da saúde mental sofreram redução. As intervenções de enfermagem de CL realizadas, permitiram o alcance de todas as metas terapêuticas delineadas para esta cliente, e como consequência possibilitaram que atingisse uma melhoria do seu bem-estar físico e mental.



<http://www.google.pt/imgs7/1npg>

**CONCLUSÃO:** O presente estudo permitiu comprovar não só a indispensabilidade urgente de cuidados de enfermagem de CL no serviço onde foi desenvolvido, mas ir um pouco mais além e verificar que se justifica a presença de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental nesta equipa, pois só através de uma visão abrangente e claramente multidisciplinar é possível oferecer uma melhor qualidade de vida a estas pessoas. Confirma igualmente, que a doença oncológica e respectivos tratamentos provocam, com muita frequência, alterações psicológicas e emocionais. Assim, tal como referenciado em estudos idênticos. Não é errado confirmar que a comorbilidade psiquiátrica num serviço de oncologia de um hospital geral é uma constante.

A realidade observada denuncia a grande dificuldade dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos desta doença. Porém, actualmente a maior parte dos enfermeiros a exercer neste serviço, apesar de conhecerem esta realidade, também reconhecem as suas próprias dificuldades e insuficiente preparação, tendo passado a valorizar mais os referidos aspectos. Evidencia, ainda, a eficácia das intervenções da Enfermeira de CL que se traduzem nos resultados descritos. E, neste sentido, demonstra o impacto que os cuidados psicoterapêuticos realizados pelos enfermeiros, com recurso a determinadas intervenções psicoterapêuticas, podem permitir ao nível da saúde mental das pessoas e consequentemente da saúde de um modo geral. Por último, é importante referir que tal como a Psiquiatria de Ligação, a Enfermagem de Consultadoria e Ligação tem um papel importante na avaliação e no acompanhamento dos doentes oncológicos e suas famílias.

## Bibliografia

- CARVALHO, António C. (1998). Como chegar lá? Enrítilo de um Modelo de Enfermagem Co-Activo. In Enfermagem em Foco. SEP. Ano VI. Lisboa. nº 23. Maia/Juho. ISSN: 0871-8008.
- CARVALHO, J. M. S. (2010). – Enfermagem psiquiátrica de consultadoria e ligação: competência do enfermeiro consultor. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Porto, Nº 3, 36-41. ISSN: 1647-2160.
- CHAUFOUR, Jacques (2008). – A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta. Vol. I. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- CHAUFOUR, Jacques (2009). A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção. Loures: Lusodidacta. Vol. II. ISBN: 978-989-8075-21-5.
- CRONIN, M., & LUTTY, S. (2005, out). Interpersonal psychotherapy: An effective psychotherapeutic intervention for mental health. In J Ment Health Nurs: 14(2):126-133. Review/PMD: 15892260 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- DZIOPA, F., & AHERN, K. (2009). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships. In Mental Health Nursing, 33: 14-22. [consult. em 2010-02-14] em linha, disponível em: <http://www.informaworld.com/33mhlnterface>
- LOPES, J., & VIEGAS, A. (1997, Novembro/Janário). Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação. Enfermagem em Foco - Sindicato do Enfermeiros Portugueses. Lisboa. VII. 25. ISSN 0871-8008.
- LOPES, Manuel J (2006). A Relação Enfermeiro-Doente - como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-4-X.
- SEQUEIRA, Carlos (2006). Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarenta. ISBN: 989-558-080-5.
- YESAVAGE JA, BRINK TL, ROSE TL, LUM O, HUANG V, & ADEY M. (1983). Development and validation of a generic depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 17(1):37-49.
1. Licenciada em Enfermagem e pós-graduada em Adição e Reabilitação Psicossocial pela ESS/IPS. Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP. CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE - DPSM. Contacto: [claudiasilvab@ gmail.com](mailto:claudiasilvab@ gmail.com)

APENDICE XVI  
POSTER: "ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM  
PSIQUIÁTRICA"

## ENTREVISTA CLINICA EM ENFERMAGEM PSIQUIATRICA

Cláudia C. Guerreiro da Silva<sup>13</sup>; Manuel João R. G. Marto<sup>14</sup>; Tânia S.F. Fonseca<sup>15</sup>.

### CENTRO HOSPITALAR BARREIRO/MONTIJO, EPE – DPSM.

**Resumo – Poster:** No dia-a-dia, na abordagem ao doente mental verifica-se que cada técnico (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e outros) utiliza determinados instrumentos de colheita de dados que, embora diferentes na forma e conteúdo, todos poderão ter como objectivo final e comum o atendimento e resolução dos problemas apresentados pelo doente e família.

A função da Entrevista Clínica em Enfermagem Psiquiátrica será, essencialmente, esclarecer a história dos problemas bio-psicossociais do doente, e aprender a entrevistar é basicamente saber ajudar esta pessoa a narrar os factos da sua vida e a tirar proveito disso. Esta prática dos cuidados que se desenvolve em ambiente terapêutico adquire uma nova dimensão, onde as intervenções passam a ser desenvolvidas conjuntamente com a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. É sobretudo um contacto entre dois seres humanos que, colocado um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de criarem entre eles uma coexistência terapêutica.

A entrevista em enfermagem é, também, um acto único em que se põem em jogo as aptidões do profissional e do cliente numa interacção irrepetível. No entanto, a acção criativa da entrevista é, como a expressão artística, facilitada pelo domínio que o enfermeiro tem das técnicas a utilizar.

O presente estudo, com recurso à pesquisa bibliográfica, tem como objectivo evidenciar as formas de se efectivar a entrevista em enfermagem psiquiátrica, etapas da mesma, o contexto terapêutico da sua realização e sensibilizar para a importância da sua aplicação como instrumento psicoterapêutico na prática dos cuidados de enfermagem.

São vários os autores que definem e descrevem o conceito de entrevista clínica, nomeadamente, Chalifour (2008), Phaneuf (2005), Alfred Benjamim (1993), entre outros. A entrevista clínica de enfermagem na sua finalidade terapêutica pode classificar-se em diferentes tipos, de acordo com os seus objectivos: entrevista de suporte, de informação e de ajuda.

Estabelecida a relação entre os participantes, são várias as fases que se vão desenvolver numa entrevista desde a preparação do ambiente, da adequação das condições físicas, da predisposição intrapessoal, da definição dos objectivos, e da ponderação dos aspectos éticos; passando pela avaliação diagnóstica, clarificação e exploração da situação e ou do problema, culminando na definição de estratégias e resolução.

---

<sup>13</sup> Licenciada em Enfermagem, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP. Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE – DPSM. Contacto: [claudiasilvaba@gmail.com](mailto:claudiasilvaba@gmail.com)

<sup>14</sup> Licenciado em Enfermagem. Estudante de Curso de Pós Licenciatura de Especialização de Psiquiatria e Saúde Mental da ESS/IPS. Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE – DPSM.

<sup>15</sup> Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE – DPSM.

Desta forma, a aplicação da entrevista como instrumento terapêutico no contexto prático dos cuidados em enfermagem promove o desenvolvimento de competências intra e interpessoais, cujo resultado deverá convergir num conjunto de decisões que o indivíduo que é alvo da intervenção vai desvendar e explorar, facilitadas por uma comunicação eficiente.

Além de não podermos deixar de considerar o facto de ser um distinto contributo quer para o ensino, quer para a investigação em enfermagem, tendo por base uma abordagem fenomenológica centrada na pessoa e nas suas potencialidades.

Este estudo evidencia ainda as múltiplas vantagens que a entrevista clínica em enfermagem psiquiátrica proporciona ao cliente, aos técnicos e à instituição hospitalar, pois a sua utilização pode dar forma a um projecto terapêutico a realizar em equipa, em que todos poderão beneficiar, quer em termos organizacionais e profissionais, quer em resultados que se traduzem em pleno bem-estar para a pessoa beneficiária dos cuidados.

## **BIBLIOGRAFIA**

- BENJAMIN, Alfred – **A Entrevista de Ajuda**. 6ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. ISBN 85-336-0168-9.
- BRUMMEL-SMITH, Kenneth; FORDE, Douglas; ENELOW, Allen – **Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente**. Climepsi: Lisboa.1999. ISBN: 972-95908-9-3.
- CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica**. Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.
- CYSSAU, Catherine – **A entrevista em clínica**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-168-1.
- ESTANQUEIRO, António – **Saber Lidar com as Pessoas - Princípios da comunicação interpessoal**. Lisboa: Editorial Presença, 1993. ISBN: 972-23-15528, p. 60-61.
- LEAL, Isabel – **A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica**. Fim de Século – Edições: Lisboa. 2008. ISBN: 978-972-754-255-0.
- LOPES, Manuel J. – **A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.
- NUNES, José – **Comunicação em contexto clínico**. Bayer HealthCare. Lisboa. 2007.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**.1ª Ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- O' TOOLE, A., WELT, S. – **Teoría Interpersonal en la Prática de la Enfermería: Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau**. Barcelona: Masson, 1996. 473p. ISBN: 9788445803899.
- TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra**. Loures: **Lusociência** – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.
- SALOMÉ, Jacques; GALLAND, Sylvie – **A Arte da Comunicação Humana**. 1ª Ed. Lisboa: Esquilo, 2004. ISBN 972-8605-31-5.
- SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5.



UNIVERSIDAD E CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE DE LISBOA

# ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

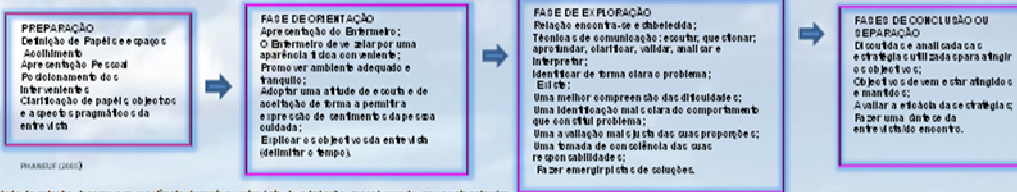
CLÁUDIA C. GUERREIRO DA SILVA 1; MANUEL JOÃO R. G. MARTO 2; TÂNIA S.F. FONSECA 3  
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, EPE – DPSM

Este processo pode ser considerado uma psicoterapia interspersal que permite ajudar a pessoa a desenvolver novas estratégias, e ter suporte para implementá-las (CROWNE & LUTY, 2005).  
Cada teoria de psicoterapia define o tipo de material significativo que deve ser colhido em relação ao Cliente (MAHRER, 1969).

No dia-a-dia, na abordagem ao doente mental verifica-se que cada técnico, utiliza determinados instrumentos de colheita de dados que, embora diferentes na forma e conteúdo, todos poderão ter como objetivo final e comum o atendimento e resolução dos problemas apresentados pelo cliente e família. A Entrevista Clínica em Enfermagem Psiquiátrica é um acto único em que se põe em jogo as aptidões dos intervenientes numa interação irrepetível. No entanto, a acção criativa da entrevista é, como a expressão artística, facilitada por uma relação recíproca.

CHAILLOU R (2006) identifica, segundo a literatura, o conceito de entrevista como "...um tipo particular de interacção verbal e não verbal formal e entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo da qual o participante cumpre uma determinada função e de estar em função da compreensão do que papéis, do contributo, das suas características, do assunto tratado, do objectivo e do tempo que acordam para este" (CHAILLOU R, 1987; BLACK, 1983; GRAMMER, 1979; COHNER, COHNER E VIEBER, 1983; FOLEY, 1983; OTTMER A, OTTMER, 1983; SULLIVAN, 1944; TUBAUCAAN, 1998)

WATSON (2002) considera que esta interacção pode ocorrer numa relação tripartite que contribua para o desenvolvimento e aprofundamento do auto-conhecimento, do respeito, do auto-controlo de cada pessoa, da excelência espiritual e do verdadeiro eu, tendo referido que "O cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida do paciente momentaneamente de outra pessoa, sendo capaz de oferecer a condição de estar de fora da outra pessoa..." (p.115)



O princípio da relação decorre por excelência durante a entrevista de admissão, reconhecendo que neste primeiro momento é de desenvolvimento predominantemente o processo de avaliação diagnóstica, podendo este acontecer em simultâneo com a intervenção terapêutica de enfermagem.  
O corpo da relação constitui-se em desenvolvimento da intervenção terapêutica, e tem como objetivo a aquisição de mecanismos que permitam ao doente superar as situações com pleno bem-estar.  
O fim da relação, engloba o encerramento do tratamento ou a morte do doente, que poderá ser pensada como uma celebração se o prognóstico for bom, ou ocorrer com uma situação de luto e de sofrimento se o prognóstico for mau (TOPER, 2005).

Pan FRAUDS (2006) a Relação Terapêutica resulta de uma comunicação, baseada numa parceria negociada entre o doente e o enfermeiro (PERAUD et al., 2006)

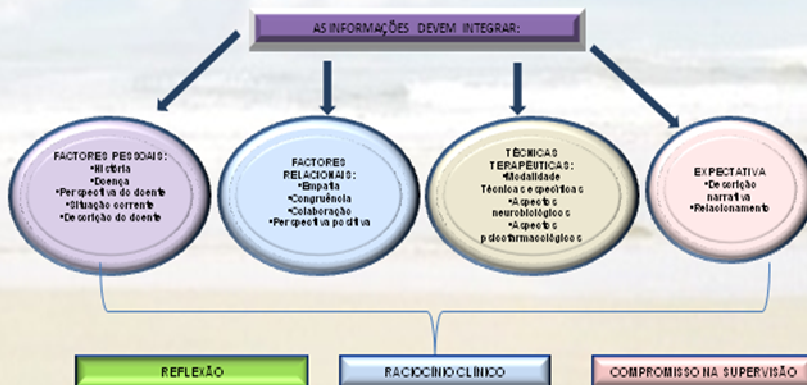


Fig. 1. Esquema de integração de informação no decorrer da entrevista Clínica de FORDHAM, S; O'LEARY, CARLSON-SABELL, JOHNSON & BURNETT, & RAUN, (2006)

COPIA and AHERN (2005) reconheceram, segundo vários autores, diversos factores importantes para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade em enfermagem de saúde mental, composta por atributos, tais como: o reconhecer a individualidade e da pessoa (JOHANSSON & ENLUND, 2003; O'BRIEN, 1995); o ser autêntico e genuíno (SCANLON, 2004; WELCH, 2005); o aceitar incondicionalmente o cliente (FOGERT, 1951); o demonstrar respeito (JACKSON & STEVENS ON, 2000; JOHANSSON & ENLUND, 2003) e a manutenção dos limites de um contrato terapêutico (SCAPER & PETERHELI – TAYLOR, 2003).

Os resultados do estudo podem de algum modo ter implicações na prática da clínica em geral permitindo a outros profissionais o reconhecimento da necessidade da entrevista clínica de enfermagem psiquiátrica no projecto terapêutico da equipa de saúde e na prática de cuidados de enfermagem, pois salientando que alguns enfermeiros instalaram em nova linha de acção e de outros novos caminhos para a realização dos cuidados de enfermagem, mas principalmente encorajando a entrevista psiquiátrica realizada pelo enfermeiro especializado em saúde mental como um elemento significativo na totalidade do processo de saúde.  
No final, podemos ainda pensar que a Entrevista Clínica em Enfermagem Psiquiátrica possibilita a compreensão da condição humana no momento da doença, e que não pode deixar de ser considerada como uma prática transversal a todos e a que necessitam do nosso auxílio, incluindo outras especialidades.

Biblioteca

CHAILLOU, Jacques (2006), A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção, Lourenço, Lucidaterra, 198 p.  
CROWNE, LUTY & LUTY (2005), Integrational psychotherapy, Analytical psychotherapy interventions for mental health, ed J. Crowne & Luty (Eds) London: Routledge, 1420-1430. Disponível em: <http://www.routledge.com>  
CZOKA, J., & AHERN, R., (2005), There is Power: Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships, In: Mental Health Nursing, 20, 18-22, 1.ª ed., em 2010-02-14, em linha, disponível em: <http://www.tandf.co.uk>  
FORDHAM, S; O'LEARY, CARLSON-SABELL, JOHNSON, R. & BURNETT & RAUN, O. (2006), Advanced Practice psychiatric Mental Health Nursing: Finding Our Core. The therapeutic Relationship in 21st century. Perspectives in psychiatric care, Vol. 42, Nº 4, November, (pp.386-394) ed for WILEY.  
FRANKEF, Miguel (2005), Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação P. de Lourenço, Lucidaterra.  
FOGERT, Michael José (2005), Os limites e os reflexos: a construção de uma relação, Anu. Esc. de enfermagem USP (S. L.), vol. 39, n.2, Maio/Junho, pp. 220-228, (conex, 2004-02-12) em linha, disponível em: <http://www.scielo.br/psic>  
HARRISON, A. H. (1999), The Interview in Psychotherapy, A Guide for Practitioners, Harlow, New York, The Harlow Science Press.  
WATSON, J. (2002) Enfermagem Clínica Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem, Lourenço, Lucidaterra, ISBN: 972-830-33-6.

1. Licenciada em Enfermagem e pós-graduada em Activa e Reabilitação Psíquica, pelo ISESAP, licenciada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – UCR, Centro Hospitalar BarreiroMontijo, EPS – DPSM, Contacto: [psiqui@chbmontijo.com](mailto:psiqui@chbmontijo.com)  
2. Licenciada em Enfermagem e pós-graduada em Activa e Reabilitação Psíquica, pelo ISESAP, Estudante de Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Programação e Saúde Mental do ISESAP, Centro Hospitalar BarreiroMontijo, EPS – DPSM.  
3. Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Centro Hospitalar BarreiroMontijo, EPS – DPSM.

## APÊNDICE XVII

POSTER: “A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO

ACTIVO: (RE) CONSTRUIR UM NOVO CAMINHO”

## A Relação de Ajuda e o Envelhecimento Activo: (re) construir um novo caminho

Cláudia C. Guerreiro Silva<sup>16</sup>; Luís G. Miguel Reis<sup>17</sup>; Manuel M. Gameiro Dias<sup>18</sup>.

[claudiasilvaba@gmail.com](mailto:claudiasilvaba@gmail.com)

**Resumo - Poster:** O crescente envelhecimento da população não é um fenómeno recente, mas continua a ser um tema da actualidade. Cientes disso, os enfermeiros continuam a entender este facto, como um importante desafio que estimula o exercício profissional centrado no cuidar, não se distanciando da promoção do envelhecimento activo e saudável.

O presente estudo, com recurso à metodologia do Estudo de Caso, fundamentado na análise qualitativa tem como alvo uma pessoa internada no DPSM do HSFX do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com a qual empreendemos o grande significado da intervenção terapêutica de enfermagem em prol da ajuda necessária nos momentos de grande dificuldade próprios, ou não, da terceira idade da vida.

Como objectivos deste estudo definimos:

- Compreender o “Caso”, confrontando-o com algumas das teorias existentes;
- Propor o acompanhamento do “Caso” na óptica da Enfermagem de Saúde Mental;
- Descrever a Técnica Psicoterapêutica realizada;
- Avaliar resultados da intervenção terapêutica realizada;
- Permitir uma reflexão acerca da intervenção relacional de ajuda em enfermagem.

Na sua elaboração, considerámos alguns pressupostos do Modelo Teórico Co-Activo, que tem por base o Cuidar e considera o Homem numa dimensão bio-psico-social, ou seja, tem uma visão holística do mesmo, ponderando a constante mudança motivada pelo espaço e pelo tempo.

Deste estudo fazem parte oito capítulos. No **primeiro**, identificámos a cliente, tendo presentes as questões éticas.

No **segundo**, procedemos à colheita de dados utilizando vários recursos nomeadamente, a Entrevista, o Genograma, o Ecomapa, a Psicofigura de Mitchell, os Registos de Enfermagem e os Registos Institucionais.

No **terceiro** capítulo, efectuámos a análise dos dados colhidos, invocando o modelo explicativo do desenvolvimento de Erik Erikson.

Em relação ao capítulo **quatro**, exibimos a pesquisa bibliográfica, relacionada com os aspectos que envolvem directamente o fenómeno em estudo.

No capítulo **quinto**, foram identificadas as necessidades alteradas da pessoa. Os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções foram estabelecidos de acordo com a CIPE.

No capítulo **seis** foi dado ênfase à relação de ajuda efectuada, que demonstra a gestão dos cuidados de enfermagem efectuada, neste caso concreto.

No capítulo **sete**, procedemos à análise da interacção realizada com a cliente. Finalizámos o estudo no capítulo oito, com uma síntese de alguns achados, os mais significativos que nos ficaram da realização do trabalho. Em última análise podemos dizer que, através da incursão permitida pela

---

<sup>16</sup> Licenciada em Enfermagem, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP;

<sup>17</sup> Licenciado em Enfermagem, Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP;

<sup>18</sup> Licenciado em Enfermagem, Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP;

realização deste estudo e tendo por base os resultados das intervenções terapêuticas, monitorizados utilizando a Escala de Depressão Geriátrica - *Geriatric Depression Scale (Gds)* - Yesavage et al. (1983) *Development and validation of a geriatric depression screening scale* (SPAR & LA RUE, 2005) e a própria observação de acordo com indicadores pré-definidos, nos foi possível reconhecer que na terceira idade da vida é possível acrescentar qualidade de vida aos anos e não apenas anos à vida e que o cuidado terapêutico assume importância através da função do relacionamento interpessoal entre os dois intervenientes, permitindo a criação de estratégias próprias de adaptação possibilitando assim mudanças significativas, de forma a se tirar o melhor partido da vida.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALMEIDA, Vitória; DAMASCENO, Marta; LOPES, Marcos. – **Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada de Barnaum**. Revista Escola Enfermagem USP. [S.L.] ISSN: 0080-6234. 39:2. 2005, p.207. [Em linha]. [consulta 2009-10-08]. Disp. em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado A Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto. 2005. ISBN: 989-558-052-5, pp.39 e 54.
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. – **PESSOAS IDOSAS: Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta. 1995. ISBN: 972-95399-8-7, p. 197.
- CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-05-5, pp. (34-35; 74).
- CARNEIRO, Rachel; FALCONE, Eliana; CLARK, Cynthia; DEL PRETTE, Zilfa & Almir – **Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais**. In Psicologia: Reflexão e Crítica. Rio de Janeiro 20 (2). 2007, p. 230 [Em linha]. [consulta 2009-10-08]. Disp. em: <http://www.scielo.br/scielo.br/pdf/prc/v20n2>.
- CARVALHO, António C – **Como chegar lá? Embrião de um Modelo de Enfermagem Co-Activo**. In Enfermagem em Foco.SEP. Ano VI. Lisboa: nº 23. Maio/Julho (1996), ISSN: 0871-8008, p.38.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)**. Associação Portuguesa dos Enfermeiros. Versão beta 2. Outubro 2002. 201p. ISBN 972-98149-5-3.
- CORDO, Margarida. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – das famílias para a instituição da instituição para a família**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.ISBN 972-796-075-8, p. 47-48.
- FERNANDES, Purificação – **A Depressão no Idoso**. Coimbra: Quarteto, 2000. ISBN 972-8535-61-9, p. 24.
- FONSECA, A. Manuel – **Desenvolvimento Humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-156, p. 192.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação – Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X, p. 369.
- WESLEY, Ruby - **Teorias y modelos de enfermaria**. 2ª ed., México: McGraw – Hill, 1997. ISBN: 9789701014585, p. 2.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack A. – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. ISBN 85-7307-211-3, p. 254
- LOPES, Manuel J. – **A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X, pp. (18,154,184).

LOPES, Manuel José -**Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação**. In *Rev. Escola enfermagem USP* [SL]. [em linha]. 2005, vol. 39, n.2, São Paulo, pp. 225 e 226. ISSN 0080-6234. [consulta 2010-03-08]. Disp. em: <http://www.scielo.br/pdf/reevsp/v39>

NUNES, Mendes – **Comunicação em Contexto Clínico**. Lisboa: Bayer HealthCare, 2007, p.73.

OSÓRIO, Agustín; PINTO, Fernando – **As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa**. Lisboa: Instituto Piaget, 2007. ISBN 972-771-782-9/978-972-771-782-8, pp. (10,11,12).

PATTERSON, Lewis; EISENBERG, Sheldon – **O Processo de Aconselhamento**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988, pp. 28-32.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**.1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3, pp. 324-326.

POLLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X, p. 358.

RAMOS, Luís, R. – **Guia de Geriatria e Gerontologia**. 1ªed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005, p. 2.

RISPAIL, Dominique. **Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-42-8, p.2.

ROGERS, Carl R - **Tornar-se Pessoa**. 7ªed. Lisboa: Moraes Editores, 1961, p.43.

SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5, pp. (16, 153 – 211; 156,157).

SPAR, James; LA RUE, Asenath – **Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-139-8, pp. (19-20; 265-266)

TAYLOR, Cecelia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 315.



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICA DE  
SAÚDE DE LISBOA

## A Relação de Ajuda em Enfermagem e o Envelhecimento Activo: (re)construir um novo caminho

Cláudia Silva ; Laureano Galvão ; Luís Reis ; Manuel Dias;  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

*“Mesmo quando se toma mais demorado o funcionamento psicológico, é possível manter e mesmo intensificar o seu valor. O que conta não é o que se perde, mas aquilo com que se fica.”*

BERGER & MAILLON • POPIER • 1995, p. 157



**INTRODUÇÃO:** O crescente envelhecimento da população não é um fenómeno recente, mas continua a ser um assunto da actualidade. Cientes disso, os enfermeiros continuam a entender este facto, como um importante desafio que estimula o exercício profissional centrado no cuidar, não se distanciando da promoção do envelhecimento activo e saudável. O presente estudo, com recurso à metodologia do Estudo de Caso, fundamentado na análise qualitativa tem como alvo uma pessoa internada num Centro Hospitalar de Lisboa.

**CASO CLÍNICO:** A participante no estudo é uma senhora de 74 anos, casada, com uma filha, porteira de um prédio urbano. Em Dezembro de 2009 iniciou um quadro de humor depressivo, anedonia, apatia, lentificação psicomotora, negligência dos cuidados pessoais, nas AVD's, isolamento e insónia de agravamento progressivo. Este quadro determinou graves dificuldades funcionais pelo que recorreu ao médico de família. Em Fevereiro de 2010, recorreu ao SU do Centro Hospitalar por vertigens e mal-estar geral tendo-lhe sido diagnosticada uma intoxicação medicamentosa involuntária por BZD. Em Fevereiro de 2010 regressa ao hospital, após ter feito uma tentativa de defenestração de uma janela do 10º andar, embora sem sucesso, tendo ficado internada, com o diagnóstico médico de Depressão Major com sintomatologia psicótica.

**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:** A colheita de dados foi efectuada utilizando vários recursos, nomeadamente, a Entrevista semi-directiva com recurso a um guião inspirado no modelo teórico Co-Activo, a Observação, o Genograma, o Ecomapa, a Psicofigura de Mitchell, os Registos de Enfermagem e os Registos Institucionais. Os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções foram estabelecidos de acordo com a CIPE, Versão β. (2002).

A análise dos dados colhidos foi realizada invocando o modelo explicativo do desenvolvimento de Erik Erikson. Na avaliação diagnóstica e monitorização dos resultados das intervenções foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE, BRINK, ROSE, LUM, HUANG & ADEY, 1993), versão completa de 30 itens, e a própria observação dos aspectos do estado mental.

**Diagnósticos de Enfermagem:** Tristeza presente; Auto-estima diminuída; Bem-estar Psicológico alterado; Solidão presente; Humor depressivo presente em grau elevado; Coping ineficaz presente; Vontade de viver diminuída; Insónia inicial presente; Risco de tentativa de suicídio presente; Pensamento alterado (delírios de culpa, delírios de ruína, delírios de hipocondria).

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÉUTICA:** Foi definido o Plano assistencial genérico e determinadas as metas terapêuticas tendo em conta as seguintes áreas prioritárias: melhorar auto-estima, estabilizar humor, readquirir iniciativa e alcançar padrão de sono adequado; adquirir padrão de pensamento adequado; aperfeiçoar mecanismos de coping e manter vontade de viver. Planeamento das Intervenções: Considerando todas as intervenções delineadas foi dado ênfase às entrevistas de ajuda efectuadas com a Cliente semanalmente, de acordo com a sequência proposta por SEQUEIRA (2006), sendo que foram efectuadas 8 sessões com a duração aproximada de 45min. cada.

**AVALIAÇÃO:** Os objectivos da intervenção psicoterapêutica foram atingidos, sendo comprovados pela observação e aplicação da escala de depressão que confirmaram a redução dos sinais /sintomas inerentes às alterações do estado mental.



**CONCLUSÃO:** Esta interacção entre o Enfermeiro e a Pessoa Idosa que necessita de ajuda é um cuidado psicoterapêutico com resultados significativos ao nível da saúde mental. Este processo permite ajudá-la a abordar as suas experiências e problemas de forma autêntica, de modo a construir as suas próprias estratégias de adaptação, promovendo, desta forma uma mudança significativa em si, no sentido de tirar o melhor partido da sua vida e projectar o seu futuro de forma activa.

*“O desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com uma pessoa idosa deprimida permitirá que o indivíduo comece a expressar e explorar sentimentos e restabeleça um senso de valor próprio”.*

TA • LCP • 1992, p. 315

### BIBLIOGRAFIA

ALVES, M. (2006). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2007). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2008). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2010). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2013). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2014). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2015). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2016). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2017). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2018). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2019). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2022). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2023). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2024). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

ALVES, M. (2025). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Alameda.

APENDICE XVIII  
CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO MÓDULO I  
INCLUINDO AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E  
GEOGRÁFICAS DA ÁREA DE COBERTURA ONDE ESTÁ INSERIDA A UCC

## **CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO MÓDULO I**

O envelhecimento da população tem originado alterações demográficas assinaláveis em todos os países evoluídos, através da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida, verificando-se por isso um aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, taxas de morbilidade elevadas e níveis de capacidade funcional muito baixos. Em Portugal e respectivamente no concelho do Barreiro, o quadro não é diferente. Face a estas problemáticas são colocadas em prática políticas activas para responderem às necessidades específicas da população.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enquadrada na prestação de Cuidados de Saúde Primários, e na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Arco Ribeirinho, como parte integrante das unidades funcionais.

Como resposta a esta problemática emergem políticas activas, cujo enquadramento legal surge pela primeira vez em 1998, com o Dec. Lei 407/98, que permitiu o desenvolvimento de intervenções articuladas de apoio social e cuidados de saúde continuados, integradas no Projecto de Cuidados Continuados Integrados.

Desde então o Centro de Saúde do Barreiro como promotor do projecto estabelece parcerias como o Centro Regional de Segurança Social, Câmara Municipal, Hospital, Juntas de Freguesia e IPSS.

Recentemente a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados veio reforçar e criar um novo desafio às equipas que prestam cuidados domiciliários.

A RNCCI é definida como um conjunto de intervenções sequenciais de saúde, decorrente da avaliação conjunta, centradas na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Nesta perspectiva exige-se um conjunto de intervenções sociais e da saúde, para as quais é necessário trabalhar em equipa multidisciplinar, respeitando os conhecimentos e contributos de todos os elementos nomeadamente do utente e sua família, para que seja possível a humanização dos cuidados permitindo assim, o bem-estar e a qualidade de vida dos beneficiários de cuidados.

A RNCCI tem várias tipologias de resposta desde as Equipas às Unidades de Internamento.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é um tipo de resposta de prestação de cuidados da referida rede, enquadrada na prestação de Cuidados de Saúde Primários, e na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Arco Ribeirinho, como parte integrante das unidades funcionais.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, criando as suas unidades funcionais entre as quais as UCC cujo

regulamento da organização e do seu funcionamento se encontram no DR, 2ª Serie-nº74 de 16 de Abril de 2009.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. (cf. Artigo 27º do DL 101/2006 de 6 de Junho).

Esta equipa presta cuidados em todo o concelho o qual corresponde a uma área de 37Km², constituído por 8 freguesias, com uma população com cerca de 80.000 habitantes.

Para a programação da ECCI do Barreiro foram tidas em conta as características sócio demográficas e geográficas da área de cobertura onde está inserida, ajustando-se á realidade e ao contexto local.

A ECCI pretende não só dar continuidade às actividades desenvolvidas nos anos anteriores, mas também prestar cuidados com mais celeridade e abrangência, com melhoria da acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde junto da população, da respectiva área geográfica de influência, através da facilitação da comunicação interpessoal e da formação contínua da equipa, para melhor qualidade de vida dos cidadãos.

Esta ECCI tem como objectivos:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social no domicílio, ou internamento tecnicamente adequado à respectiva situação.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

A equipa é constituída por 5 enfermeiros a tempo inteiro e 3 enfermeiros a 19 horas; uma médica de clínica geral que apoia os utentes sem médico de família e todos os que se encontram integrados neste tipo de resposta; 2 fisioterapeutas com o total de 28 horas semanais; e uma assistente social a tempo parcial.

No seu dia a dia os enfermeiros que integram esta equipa, considerando uma abordagem sistémica, através da entrevista, do acompanhamento assíduo e de outros dados colhidos em variados documentos, avaliam as necessidades existentes.

De acordo com as necessidades detectadas a ECCI age de acordo com um plano de intervenção, que mobiliza todos os recursos disponíveis, na procura de respostas a adequadas a cada situação e articula com todas as unidades de saúde do ACES, com o hospital do Barreiro, principalmente com a EGA (Equipa de Gestão de Altas) e Serviço Social, de forma a garantir a continuidade dos cuidados de saúde e sociais.

Participa activamente na Rede Social do Barreiro através do Grupo Concelhio para as questões dos Idosos e com o Grupo Concelhio de ajudas técnicas e articula ainda com:

- A Segurança Social na aquisição de ajudas técnicas, pensões/reformas e subsídios;
- As 4 IPSS do Concelho em situações de apoio domiciliário ou eventual encaminhamento para centro de dia;
- As autarquias no acompanhamento de situação sociais, insalubridades habitacionais e necessidades de transportes;
- O voluntariado que apoia e complementa algumas actividades desenvolvidas pelos serviços pontualmente, nomeadamente visitas aos utentes, aquisição de alguns bens e acompanhamento a consultas;

- A policia da área que estabelece uma relação de contiguidade junto do cidadão, e actua como adjuvante na manutenção da ordem pública. Actua assim na protecção dos mais vulneráveis.

Para garantir a continuidade dos cuidados e a qualidade das intervenções realizam-se reuniões multidisciplinares, visitas domiciliárias em equipa, actividades de formação (formação a ajudantes de família das IPSS, sessões de informação/esclarecimentos, formação aos familiares e cuidadores, etc.). No âmbito da Unidade de cuidados na comunidade realizam-se ainda actividades de formação e investigação, e colaboração no ensino para a formação profissional dos enfermeiros.

No plano de intervenção a equipa conta ainda com a colaboração da família e vizinhos para a prestação de cuidados, ajudas económicas e apoio emocional.

Por fim esta equipa depara-se com alguns constrangimentos, nomeadamente, os recursos humanos insuficientes para o número e complexidade das situações nos quais é notória a inexistência de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria; ausência de cuidador informal ou cuidador incapaz para prestar cuidados; negligencia dos cuidadores; complexidade das situações; recursos da comunidade insuficientes para as necessidades identificadas e morosidade do tempo de espera para internamentos temporário para alívio da exaustão do cuidador.

## CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE INFLUENCIA DA UCC<sup>19</sup>

### 1 - GEOGRAFIA

Integrado no Distrito de Setúbal, o Concelho do Barreiro, pertence à designada Área Metropolitana de Lisboa e localiza-se na margem Sul do Tejo.

O concelho do Barreiro tem uma **área de 37,6 km<sup>2</sup>**, constituído por 8 freguesias, nomeadamente: Barreiro, Verderena, Alto Seixalinho, Lavradio, Santo André, Santo António, Palhais e Coina.



Fig. nº 1– Concelho do Barreiro

Baseado

<sup>19</sup> Dados cedidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde – Arco Ribeirinho – Extensão da Quinta da Lomba, e baseado nas seguintes referências Bibliográficas:

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO - **Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo**. Lisboa. Portugal. 2010, p.118. [em linha], [consulta 21.01.11], Disponível em: [www.acs\\_min-saude.pt/.../Perfil-de-Saúde-da-Região-de-Lisboa-e-Vale-do-tejo.pdf](http://www.acs_min-saude.pt/.../Perfil-de-Saúde-da-Região-de-Lisboa-e-Vale-do-tejo.pdf)

CÂMARA MUNICIPAL DO BARREIRO - **Diagnóstico Social do Concelho do Barreiro**. Barreiro. Portugal. 2009, p. 308. [em linha], [consulta 20.01.11], Disponível em: [http://www.cm-barreiro.pt/NR/ronlyres/4CED2CE5-AA3A-4CA4-A4112987849CCAD0/0/Diagnostico\\_Social\\_Brr\\_final.pdf](http://www.cm-barreiro.pt/NR/ronlyres/4CED2CE5-AA3A-4CA4-A4112987849CCAD0/0/Diagnostico_Social_Brr_final.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - [em linha], [consulta 16.09.10], Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003795&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003795&contexto=bd&selTab=tab2)

## 2 - DEMOGRAFIA

Segundo os dados demográficos do INE, referentes ao ano de 2007, registaram-se **78.277 residentes**, dos quais 37741 homens e 40536 mulheres.

O concelho do Barreiro tem uma área de 31,6 km<sup>2</sup> e regista uma **densidade populacional de 2463 hab/Km<sup>2</sup>**.

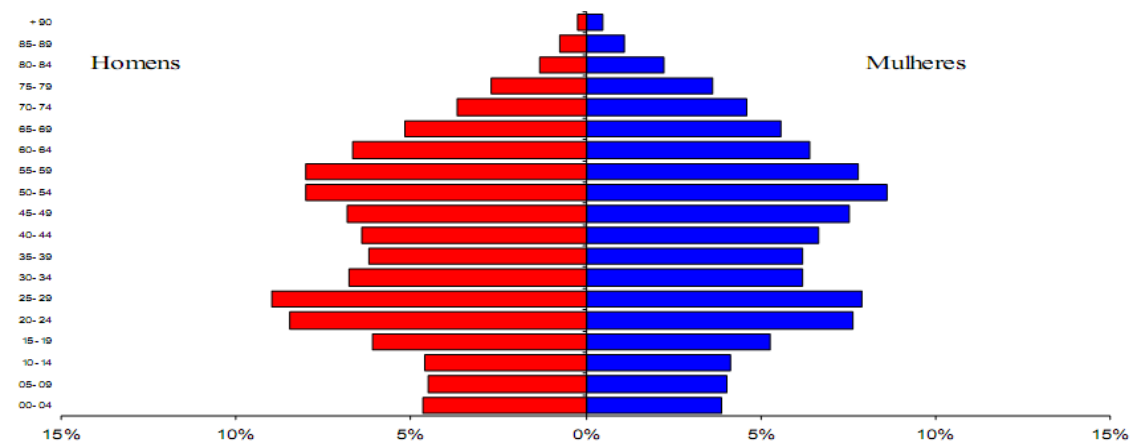
Quadro nº 1 – População residente no concelho do Barreiro, por sexo e grupo etário (ciclos de vida) em 2007

Sexo	Grupo Etário	Nº
Homens	Total	37741
	0 - 14 anos	5455
	15 - 24 anos	3791
	25 - 64 anos	22356
	65 e mais anos	6139
Mulheres	Total	40536
	0 - 14 anos	5111
	15 - 24 anos	3638
	25 - 64 anos	23844
	65 e mais anos	7943
Total		78277

Cf: INE 2007

A população do Barreiro tem mantido um maior número de mulheres do que de homens. Já em relação às idades a percentagem de jovens tem vindo a diminuir. Em 2007 a **percentagem de população jovem** era 13,4 %, o **índice de dependência de jovens** era de 19,7 % e o **índice de dependência de idosos** apresentava um valor de 26,2 %.

Gráfico nº 1 - Pirâmide etária da População do Barreiro em 2001



Cf: Censos 2001

Com base nos Censos 2001, obteve-se uma pirâmide etária caracterizada por uma baixa taxa de natalidade, isto é, pequena proporção de jovens e grande proporção de adultos e idosos. O Concelho do Barreiro apresenta assim para o registo dos censos referentes a 2001, uma estrutura etária adulta, revelando uma elevada esperança de vida. Este tipo de pirâmide mostra ainda que estamos na presença de uma população envelhecida, estável ou em regressão (73% da população com idade superior a 25 anos, sendo que em 2003, esta percentagem sobe para 75%), acentuando a tendência de envelhecimento populacional..

Em 1970 verificou-se um **índice de juventude** de 379,08 % que tem vindo a diminuir com o decorrer dos anos, em 2001 o mesmo índice apresentava um valor de 81,58 %.

Voltando ao ano de 2007 constatou-se que, relativamente às mulheres em idade fértil, no concelho, estas representavam 44,80 % da população residente, valor inferior ao ano de 2006.

Quadro nº 2 - Mulheres em idade fértil para ao anos em referência

Período de referência dos dados	Mulheres em idade fértil	População residente
2007	44,80	78277
2006	45,30	78610

Cf: INE 2007

Ainda neste contexto e para o mesmo período em referência (2007), observou-se uma **taxa bruta de natalidade** de 9,90%, uma **taxa bruta de nupcialidade** de 4,50%, e uma **taxa bruta de mortalidade** de 10,8%

Fazendo uma retrospectiva e com base no historial demográfico do concelho, podemos acrescentar que a partir de 1981 a população do Barreiro começou a diminuir e a manter-se esta tendência, não será possível voltar a crescer de forma anteriormente registado.

Quadro nº 3 – Taxa de variação da população entre 1970 e 2001

	Taxa de Variação da População
Entre 1970 e 1981	49,10 %
Entre 1981 e 1991	- 2,50 %
Entre 1991 e 2001	- 7, 88%

Fonte: INE 2001

No período inter-censitário 1991–2001 a faixa etária "65 e mais anos" teve um acréscimo de 28,1%, o que atribui um peso evolutivo bastante significativo a esta categoria no conjunto da população residente.

Situação que se confirma com base nos dados fornecidos pelo INE desde 1970, com um

aumento progressivo do índice de envelhecimento.

Quadro nº 4 – Índice de envelhecimento desde 1970

Anos	Índice de Envelhecimento
1970	26,38 %
1981	29,80 %
1991	65,27 %
2001	122,58 %

Fonte: INE 2001

Das freguesias que compõem este concelho, o Lavradio, Stº António da Charneca e Palhais viram para o mesmo horizonte temporal de 10 anos a sua população residente aumentar o nº de efectivos em 1,1%; 5,8%; e 7,5%, respectivamente.

Realidade inversa vivem as demais freguesias do concelho, sendo que aquelas que registaram um decréscimo mais acentuado, em termos percentuais foram as freguesias do Barreiro, Coina, Verderena e Alto Seixalinho, -19,4%, - 16,8%, - 15,2% e – 12,2% respectivamente.

No Barreiro o **índice de dependência da população idosa**, que mede a importância dos idosos, na população potencialmente activa, tem vindo a aumentar desde 1970, ano em que foi registado um valor de 10.08 % e alcançando em 2001 o valor de 22.16 %. O aumento deste indicador é um sinal inequívoco do envelhecimento da população, se a ele se associar a diminuição do índice de dependência de juventude.

Dados demográficos do INE 2007, o Concelho apresentava um **índice de envelhecimento** de 133,8 % (133,8 idosos por 100 jovens <15 anos), e um **índice de dependência de idosos** de 26,2 % (26,2 idosos por 100 indivíduos em idade activa).

A soma dos índices de dependência de jovens e de idosos dá um **índice de dependência total** de 45,9 %.

Relativamente ao **Índice de longevidade** este, também é um indicador de envelhecimento, que compara o peso dos idosos com mais de setenta e cinco anos, com todos os idosos (população com mais de sessenta e cinco anos), em 2007 situava-se em 38,20 %.

Conclui-se, assim, que o Concelho vê a seu **Índice de vitalidade** diminuir substancialmente, e a tornar-se tendencialmente um concelho envelhecido, com um valor de 133,2 %.

O Concelho registou em 2008 um **Índice de renovação da população em idade activa** de 76 % e uma **percentagem de população activa** de 68, 5%.

Relativamente ao tipo do agregado familiar, o Concelho apresenta uma estrutura onde prevalece o núcleo familiar, constituído por casal e filhos, logo seguido pelo núcleo de casal sem filhos, perfazendo ambas as categorias um peso de 68.2% para um total de **29 970 famílias**.

O grupo maioritário de famílias residentes são as famílias com apenas dois elementos (31.8%), verificam-se núcleos familiares cada vez mais reduzidos, com poucos filhos e um maior isolamento da população idosa.

Quadro nº 5 – Famílias Clássicas no Concelho do Barreiro

Sem núcleo	Com um núcleo							Com 2 núcleos	Com 3 núcleos	Total
	Casal s/ filhos	Casal c/ filhos	Pai c/ filhos	Mãe c/ filhos	Avós c/ filhos	Avô c/ filhos	Avó c/ filhos			
5805	7777	12678	462	2431	189	17	110	483	18	29970
19,3%	5,9 %	42,3 %	1,5 %	8,1 %	0,6 %	0,05 %	0,3 %	1,6 %	0,06 %	100,0 %

Fonte: INE 2001

No concelho do Barreiro verifica-se que 9,6% das famílias são monoparentais, contra a média nacional com valor de 6,1%, às quais devemos uma atenção especial.

Quadro nº 6 – Famílias com um só elemento no Concelho do Barreiro, em 2001

1 Adulto 15-64 anos	1 Adulto >= 65 anos	% 1 Adulto 15-64 no total das famílias	% 1 Adulto >= 65 no total das famílias	% Adultos 15-65 anos nos isolados	% Adultos >= 65 anos nos isolados	Total
N = 2678	N = 2168	8,9 %	8,7 %	50,5 %	49,5%	100,0

Fonte :INE 2001

Ainda referente aos núcleos domésticos, verificamos que 49,5 % dos chamados isolados eram idosos, outro grupo que merece especial atenção.

Existem ainda as famílias vulneráveis a situações de pobreza e exclusão, apresentam desvantagens no mercado de trabalho, levando-as a procurar serviços de prestação.

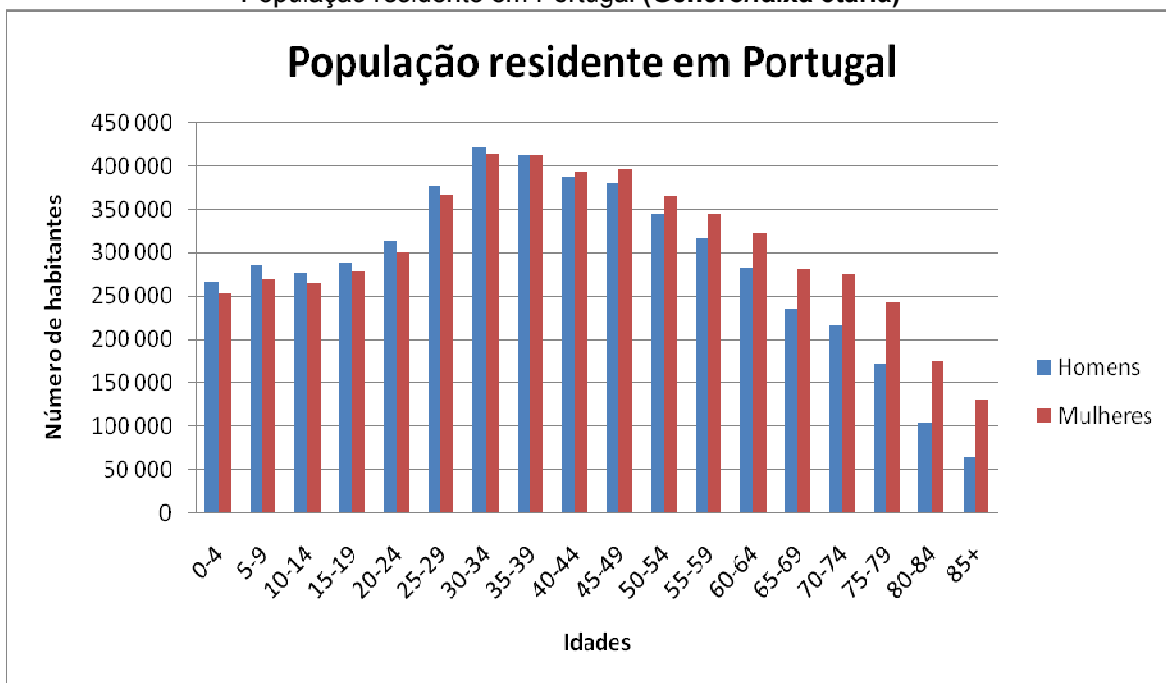
No que concerne às crianças carenciadas que frequentam o 1º ciclo do Ensino Básico, cerca de 30 por cento, são crianças carenciadas de nível A, o que significa que o rendimento máximo per capita nas suas casas é de 172, 60 euros. De nível B, o Barreiro tem cerca de 100 crianças, o que significa que o rendimento dos seus encarregados de educação ronda os 214 euros/mês. Feitas as contas cerca de 33% das crianças que frequentam a escola pública do concelho são altamente carenciadas. ( cf.: Jornal do Barreiro 08-04-2008)

A elevada **taxa de desemprego** do concelho que se situa nos 8%, revela por sua vez, que cerca de 4770 pessoas que se encontram nesta situação têm menos de 55 anos. Cerca de 80 por cento dos desempregados do Barreiro estão no auge da sua capacidade activa

Há a salientar que segundo dados do INE 2006, existe uma população estrangeira que solicitou estatuto de residente, o que corresponde a 0,63 %.

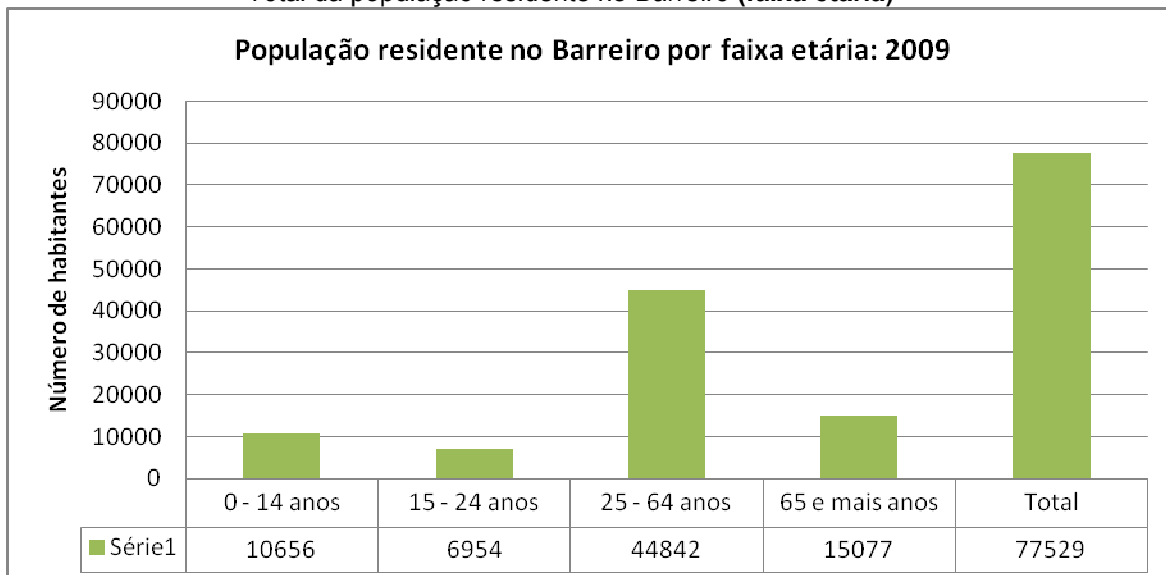
Tendo em conta a realidade mais actual (2010) da população residente em Portugal, relativamente ao género/faixa etária, a do Barreiro não é muito diferente.

População residente em Portugal (**Género/faixa etária**)



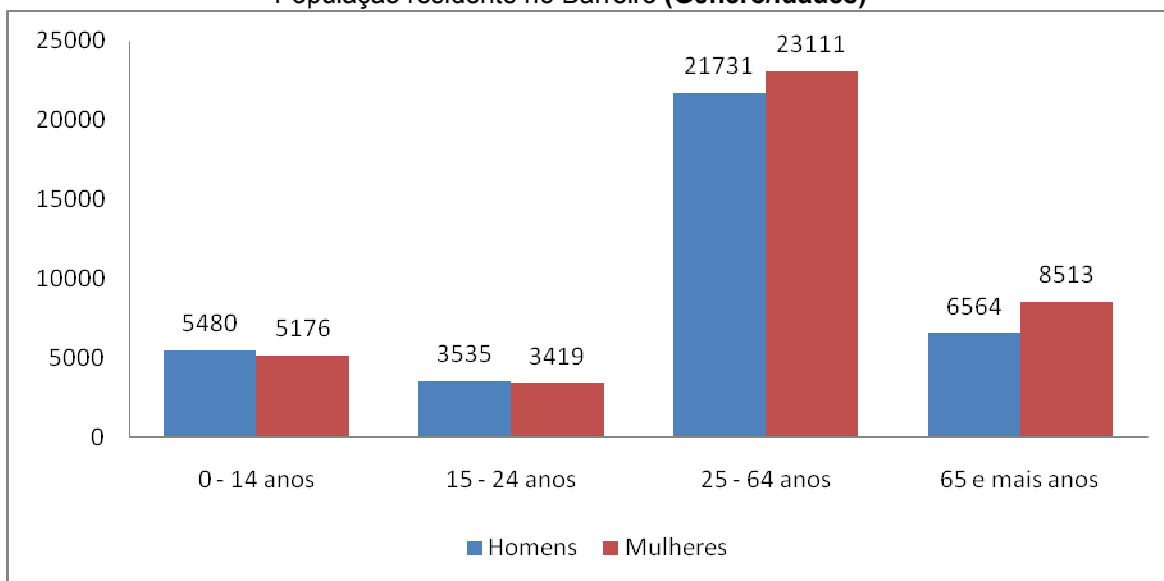
Fonte: INE 2010

Total da população residente no Barreiro (**faixa etária**)



Fonte: INE 2010

População residente no Barreiro (**Genero/idades**)

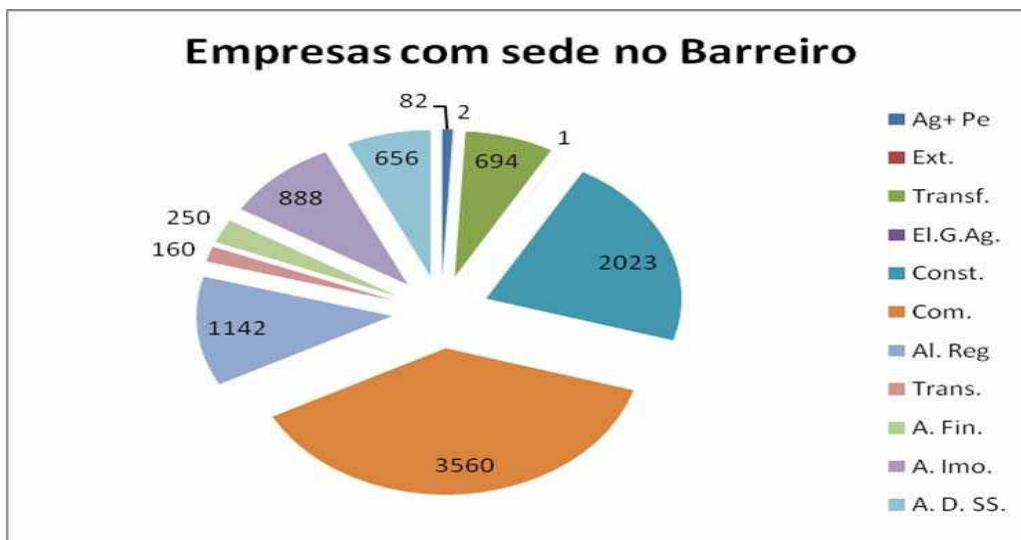


Fonte: INE 2010

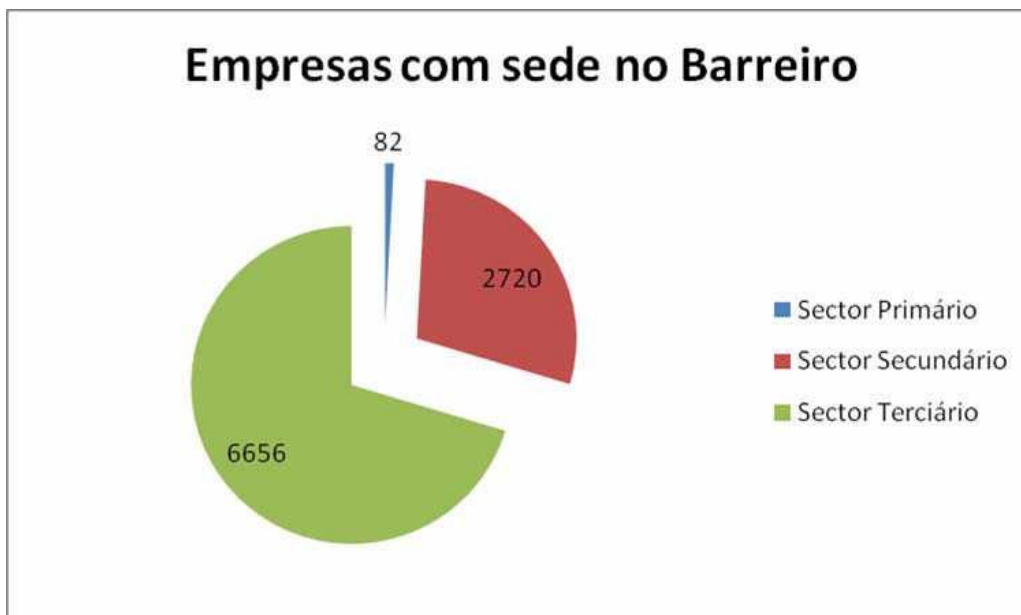
### 3 - ACTIVIDADE ECONÓMICA

As empresas com sede no concelho do Barreiro em 31 de Dezembro de 2004, segundo o CAE, têm a distribuição que se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico nº 2 - Empresas com sede no Barreiro por Sector



Verifica-se em termos percentuais, que o sector primário representa menos de 1% das actividades produtivas do concelho do Barreiro, que o sector secundário representa cerca de 29% e o sector terciário representa mais de 70%.



#### 4 - INSTRUÇÃO

O nível de ensino da população Barreirense é bastante razoável, cerca de 17.21% tem no mínimo o ensino secundário completo, dos quais 6.74% têm um curso médio ou superior. Soma-se 18.86% da população a estudar nos diversos graus de ensino.

As taxas de analfabetismo e abandono escolar são superiores à média do tipo de território que o Barreiro se insere (Área Metropolitana de Lisboa), mas muito favorável em relação à média nacional. Salienta-se, pela negativa, o peso significativo dos indivíduos sem nível de ensino ou com apenas o 1.º ciclo do ensino básico completo, que representam 38,02% da população.

Quadro nº 7 - Nível de ensino da população do Barreiro em 2001

Nível de instrução	Absoluto	Percentual
Sem nível de ensino	7615	9,64%
Pré-primário a frequentar	832	1,05%
1.º Ciclo completo	18278	23,13%
1.º Ciclo Incompleto	4149	5,25%
1.º Ciclo a frequentar	3226	4,08%
2.º Ciclo completo	3788	4,79%
2.º Ciclo Incompleto	1691	2,14%
2.º Ciclo a frequentar	1673	2,12%
3.º Ciclo completo	4495	5,69%
3.º Ciclo Incompleto	2299	2,91%
3.º Ciclo a frequentar	2095	2,65%
Secundário completo	8270	10,47%
Secundário Incompleto	7179	9,09%
Secundário a frequentar	3244	4,11%
Médio completo	584	0,74%
Médio a frequentar	168	0,21%
Superior completo	4741	6,00%
Superior Incompleto	1025	1,30%
Superior a frequentar	3660	4,63%

Dados: Instituto Nacional de Estatística; Fonte: Elaboração própria.

Taxa de analfabetismo em 1991 = 6 %

Taxa de analfabetismo em 2001 = 5,8%

Segundo informação publicada no Jornal do Barreiro de 08-04-2008, neste concelho a pobreza não está associada à falta de qualificações, pelo contrário. *“A nossa taxa de alfabetismo é muito superior à nacional. 94,4 por cento contra a média nacional, 86 por cento. Ou seja, temos uma diferença de oito por cento em termos de taxa de alfabetização pela positiva”.*

Dados referentes ao ano lectivo 2008/2009, o concelho do Barreiro apresentava 37 escolas com 1038 Professores, 289 Auxiliares de Acção Educativa, 32 Educadoras e 11548 alunos abrangidos por apoio regular de Saúde Escolar.

## 5 - HABITABILIDADE

A cidade do Barreiro pouco tem crescido em número de edifícios, contudo tem crescido em número de fogos, o que leva a concluir que muitos edifícios têm sido demolidos e substituídos por outros com maior volumetria.

Entre 1991 e 2001 o total de edifícios no concelho do Barreiro aumentou trezentos e dezassete e o total de fogos aumentou três mil, seiscentos e oitenta e quatro.

Em 2007, no concelho do Barreiro havia 11.066 edifícios de habitação familiar clássica, correspondentes a 41.735 alojamentos de 29.970 famílias.

Relativamente aos bairros críticos do concelho como a Quinta da Mina, o Alves Redol, a Quinta da Amoreira e o Bairro das Palmeiras vivem-se autênticos dramas familiares com pessoas a habitarem em casas degradadas e em barracas sem o mínimo de condições de habitabilidade (Cf:Jornal do Barreiro de 08-04-2009).

Uma vez que está em curso o Projecto de Cidade saudável no Barreiro, verificam-se ainda muitas dificuldades na acessibilidade a edifícios, especialmente a pessoas com dificuldades de mobilidade, e outras alterações sensoriais, exemplos disso são a ausência de rampas com grau de inclinação e com apoios adequados de acesso.

Dentro do âmbito da acessibilidade, temos a recordar ainda o acesso aos transportes públicos, ausência de sinalização/ avisos adequados nas passadeiras e passeios, a sinalização pouco adequada à mobilidade nos passeios e parques, o estacionamento de automóveis nas vias reservadas aos peões, entre outros.

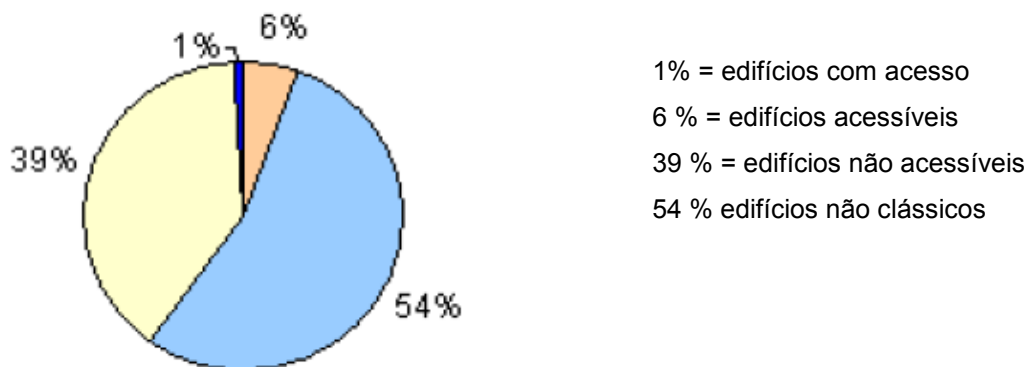


Gráfico n.º4

- População deficiente residente segundo a acessibilidade dos edifícios

Fonte: Censos 2001

## 6 - CULTURA E LAZER

O Barreiro é marcado por características impares em termos de vivência social, com uma forte tradição associativa, tendo mais de duzentas associações e colectividades, que promovem desporto, cultura e solidariedade social, um pouco por todo o concelho.

Em termos de equipamentos o Barreiro, apesar de algumas carências possui hoje bastantes equipamentos públicos que ajudam a melhorar a qualidade de vida da população. De seguida indicam-se alguns equipamentos úteis para a qualidade de vida da população do Barreiro:

### **Equipamentos culturais:**

- Auditório Municipal Augusto Cabrita
- Convento Madre de Deus da Verderena
- Edifício Américo Marinho,
- Galeria Municipal do Barreiro,
- Teatro Municipal do Barreiro
- Espaço J
- Espaço B
- Espaço Internet
- Reservas Museológicas Visitáveis da CMB
- Varino Pestarola
- Anfiteatro Parque Amizade
- Oficina de teatro Mário Pereira
- Centro de Convívio dos Moradores da Quinta Marques da Costa
- Cooperativa Cultural Operária Barreirense “os corticeiros”
- Cooperativa Cultural Popular Barreirense
- Cine Clube do Barreiro
- Casa da Cultura Adubos de Portugal

### **Equipamentos educativos:**

- Biblioteca Municipal com 2 pólos e Bibliotecas escolares.

### **Equipamentos Sociais:**

- Associação de Solidariedade Social - Creche e Jardim de Infância “Os Reguilas”  
(I.P.S.S.)

Valências:

- Creche;
  - Jardim de Infância;
  - A.T.L.
- Centro Oficial “O Barquinho” – Centro de Infância do Lavradio
    - Valências:
      - Creche;
      - Serviço de Amas;
      - Jardim de Infância;
  - A.T.L. Jardim de Infância D. Pedro V – “Colmeia” e “Comboio” (I.P.S.S.)
    - Valências:
      - Creche;
      - Jardim de Infância;
      - A.T.L.
  - CAI – Cantinho Alegre da Infância
    - Valência:
      - Jardim de Infância
  - Sociedade Democrática União Barreirense “Os Franceses” (I.P.S.S.)
    - Valências:
      - Jardim de Infância;
      - Ensino Básico 1º Ciclo;
      - A.T.L.
  - Instituto dos Ferroviários (I.P.S.S.)
    - Valências:
      - Centro Preventivo de Crianças e Jovens em situação de risco (regime semi-internato);
      - Lar de Jovens (internato)
  - C.A.T.I.C.A – Centro Comunitário de Coia (I.P.S.S.)
    - Valências:
      - Creche;
      - Jardim de Infância;
      - C.A.T.L.;
      - Centro de Dia;
      - Apoio Domiciliário
  - Centro de Acção Social de Palhais (I.P.S.S.)
    - Valências:
      - Centro de Dia;
      - Apoio Domiciliário;
      - Jardim de Infância;
      - A.T.L.

- Centro Social e Paroquial Stº. André (I.P.S.S.)

Valências:

- Centro Preventivo de crianças e jovens em situação de risco (regime semi-interno);
- Lar de Jovens (regime de internato);
- Creche;
- C.A.T.L.;
- Centro de Dia;
- Apoio Domiciliário

- Santa Casa da Misericórdia do Barreiro

Valências:

- Centro de Acolhimento “O Palhacinho” (crianças abandonadas e/ou maltratadas);
- Centro de Acolhimento “A Beira Tejo” (mães solteiras e/ou em situação de risco);
- Centro de Dia;
- Apoio Domiciliário;
- Lar “S. José” – Internamento de idosos;
- Lar “Nª Sra. do Rosário” – Internamento de idosos com grande dependência.

- Centro Social Paroquial “Padre Abílio Mendes” (I.P.S.S)

Valências:

- Centro de Dia;
- Apoio Domiciliário

- Associação de Acção de Reformados do Barreiro (I.P.S.S.)

Valência:

- Centro de Convívio

- Associação Unitária Reformados Pensionistas e Idosos do Lavradio (I.P.S.S.)

Valência:

- Centro de Convívio

- Associação de Reformados Pensionistas e Idosos de Sto. André

Valência:

- Centro de Convívio

- Centro Social de Sto. António

Valência:

- Centro de Convívio

- “Nós” – Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente I.P.S.S.)

Valências:

- A.T.L.;
- Centro Sócio Educativo;
- SATP – Serviço de Apoio Técnico precoce

- CERCIMB – Cooperativa para a Educação e reabilitação de Crianças inadaptadas da Moita e Barreiro

Valências:

- Área Educacional;
  - CAO – Centro de Actividades Ocupacionais;
  - Lar residencial;
  - Centro de Formação
- RUMO, Cooperativa de Solidariedade Social, C.R.L.  
Valências:
    - Formação profissional e orientação para jovens c/ deficiência ou doença mental;
    - Apoio à mediação e acompanhamento para pessoas c/ doença mental; Lar residencial

- PERSONA – Associação de Apoio a Doentes Mentais Crónicos (I.P.S.S.)

Valências:

- Fórum Sócio ocupacional;
  - Unidade de vida protegida
- Associação Cultural de Surdos (Delegação do Barreiro) (I.P.S.S.)
  - Associação Portuguesa de Deficientes (Delegação do Barreiro)
  - Associação de Diabéticos do Concelho do Barreiro
  - CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

Valências:

- Atendimento e acompanhamento psico-social e clínico
- Associação Centro Jovem Tejo (I.P.S.S.)

Valência:

- Comunidade Terapêutica
- Liga dos Amigos do Hospital Distrital do Barreiro

**Equipamentos desportivos:**

- Piscina Municipal do Barreiro;
- Piscina do Lavradio
- Pavilhão Municipal Luís de Carvalho;
- Parque da Cidade
- Pavilhões polidesportivos (21)
- Campos de jogos em escolas (3)

## 7 - DADOS DE SAÚDE

Quadro nº 8 - Nº de utentes com e sem médico de família por Unidade

Unidade Funcional	Com médico de família	Sem médico de família	Total
UCSP Bocage	17.669	11.467	29.136
UCSP Eça Queirós	14.088	3.196	17.284
UCSP Lavradio	21	1.123	1.144
UCSP Quinta da Lomba	15.667	3.572	19.239
USF Lavradio	13.558	1	13.589
USF Quinta da Lomba	14.416		14.416
Total	75.419	19.359	94.808

## 8 - RECURSOS DE SAÚDE

Os cuidados primários de saúde são prestados á população pelas seguintes Unidades:

- Unidade de Saúde Familiar do Lavradio
- Unidade de Saúde Familiar da Quinta da Lomba
- UCSP Eça de Queirós
- UCSP do Bocage
- UCSP Quinta da Lomba
  - Extensão de Saúde de Palhais
  - Extensão de Saúde de Coina
- Unidade Operativa de Saúde Pública
- CDP

Os cuidados de saúde secundários são assegurados por:

- Centro Hospitalar Barreiro/Montijo
- Centro de Saúde Mental no Edifício do Hospital do Barreiro

Segundo dados INE 2007, o Nº de enfermeiros por 1000 habitantes era de 7,09, e o Nº de médicos por 1000 habitantes de 2,44.

APÊNDICE XIX  
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DA ECCI  
DO ARCO RIBEIRINHO

## **ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Sintra. No período de 27 de Setembro de 2010 a 19 de Novembro de 2010, irei realizar um estágio no seu Centro de Saúde, com a implementação de um Projecto de Enfermagem - “Cuidar a Pessoa com Doença Crónica: Do Hospital para o Domicílio sob o Olhar da Enfermagem Conciliar e de Ligação”.

Este questionário tem o objectivo de conhecer melhor o Centro de Saúde e a sua percepção sobre a Enfermagem de Ligação. Servirá, também, para me dar a conhecer o modo como percebe a existência de alterações emocionais no doente/família a quem presta cuidados, no seu dia-a-dia, e as dificuldades que sente em lidar com essas situações.

Não existem respostas certas ou erradas, espero apenas conhecer a sua visão pessoal sobre os assuntos abordados nestas questões. Não demore muito tempo a pensar sobre cada questão, as primeiras reacções são sempre as melhores.

As respostas são confidenciais e em nenhuma situação os seus dados individuais serão fornecidos a alguém.

**Obrigado pela sua colaboração**

*Cláudia Silva*  
[claudiasilvaba@gmail.com](mailto:claudiasilvaba@gmail.com)

## QUESTIONÁRIO

11. Idade \_\_\_\_\_ anos

12. Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

13. Há quanto tempo é enfermeiro? \_\_\_\_\_

14. Qual o seu grau académico? \_\_\_\_\_

15. Trabalha neste Centro de Saúde há quantos anos? \_\_\_\_\_

16. Que funções desempenha na equipa? \_\_\_\_\_

17. Tem alguma especialização? Qual? \_\_\_\_\_

18. Na prestação de cuidados ao Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante, as situações inerentes às alterações psicológicas associadas, são sentidas por si como difíceis?

Sim  Não  Especifique: \_\_\_\_\_

---

19. Se respondeu afirmativamente, as maiores dificuldades ocorreram perante algumas destas perturbações emocionais? Quais?

Hostilidade  Labilidade Emocional  Tristeza  Ansiedade  Outras

10. Sente dificuldade em diagnosticar as alterações emocionais, associadas à doença física ou ao facto de ser cuidador informal de uma pessoa doente, que possam vir a transformar-se em situações patológicas? Especifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Alguma vez sentiu vontade de pedir ajuda a algum colega ou outro profissional em situações semelhantes às mencionadas na pergunta 9?

Sim  Não

12. Se sim, em quem pensou na altura?

Médico  Enfermeiro  Psicólogo  Outro Profissional

13. Acha que o Enfermeiro Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental o/a poderia ajudar de alguma forma nas situações que pensou na pergunta 11? Sim  Não

Especifique:

---

---

14. Se tivesse oportunidade de participar em acções de formação relacionadas com Saúde Mental e Psiquiatria que temas gostaria de ver abordados?

---

---

---

APÊNDICE XX  
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

À Enfª Chefe da ECCI

Assunto: Pedido de Autorização

Data: 28/09/2010

Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP, pretende efectuar no âmbito do plano curricular do referido curso, mais propriamente no decorrer do estágio que se encontra a realizar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)- Barreiro, a aplicação de um Questionário destinado à avaliação das necessidades de formação das enfermeiras desta equipa, de acordo com o planeado no projecto inicial – Cuidar a Pessoa com doença crónica: do Hospital para o domicílio sob o olhar da Enfermagem Consiliar e de Ligação.

Desde de já informo que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos será assegurada pelo anonimato da identificação das enfermeiras.

Peço autorização para aplicar o referido questionário (em anexo) no período de 29/09/2010 a 06/10/2010.

Grata pela vossa atenção e certa que esta solicitação merecerá por parte de V. Exa. toda a atenção, os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente

APÊNDICE XXI  
DIAPOSITIVOS – “DAS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS ÀS  
PERTURBAÇÕES DO HUMOR (AFECTIVAS)”

1

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE PROCE. CLÍNICA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFSSIONAL – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE – ARCO RIBERINHO – EXTENSÃO DA QUINTA DA LOMBA

ENSINOS CLÍNICOS I



## DAS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERTURBAÇÕES DO HUMOR (AFECTIVAS)

Tutora: En<sup>o</sup> Doutoranda Sarreira Santos  
 SUPERVISOR CLÍNICO: En<sup>o</sup> Helena Dias

Cláudia Silva 2010

2

PLANO DA SESSÃO			
TEMA	DAS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERTURBAÇÕES DO HUMOR (AFECTIVAS)		
LOCAL	Sala de Reuniões do ACES - Arco Ribertino		
DATA	21 de Outubro de 2010		
DURAÇÃO	1 hora		
OBJETIVOS			
GERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA ECCI</li> </ul>		
ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar a compreensão das alterações emocionais e das Perturbações do Humor (Afectivas) mais frequentes;</li> <li>Transmitir noções gerais sobre as PH, e a comorbidade com as perturbações da Ansiedade;</li> <li>Melhorar conhecimento sobre os aspectos mentais interligados com a doença física;</li> <li>Facilitar a avaliação do estado mental dos clientes da ECCI</li> </ul>		
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	TEMPO DE APRESENTAÇÃO
DESENVOLVIMENTO	Apresentação do Projecto: <ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos</li> <li>Estratégias de Intervenção</li> <li>Avaliação</li> </ul>	Expositivo com recurso a PowerPoint Data-show	minutos (10)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectividade sector fundamental de toda a vida psicológica humana</li> <li>Aberturas, Emoções e Sentimentos;</li> <li>Perturbações do humor;</li> <li>Depressão;</li> <li>Mania;</li> <li>Comorbidade de depressão e ansiedade;</li> <li>Intervenções Promotoras da Saúde Mental</li> </ul>	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (20)
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumo Final</li> <li>Referências Bibliográficas</li> </ul>	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (10)

3

## OBJECTIVO GERAL:

- Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área de intervenção da ECCI

4

## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar a compreensão das alterações emocionais e das Perturbações do Humor (Afectivas) mais frequentes;
- Transmitir noções gerais sobre as PH, e a comorbidade com as perturbações da ansiedade;
- Melhorar o conhecimento sobre os aspectos mentais interligados com a doença física;
- Facilitar a avaliação do estado mental dos clientes da ECCI.
- Promover intervenções de enfermagem efectivas que minimizem a sobrecarga do cuidador informal.

5

## AFECTIVIDADE



6

## Afectividade sector fundamental de toda a vida psicológica humana

É a parte psíquica mais abrangente do domínio da actividade pessoal, sendo mesmo a base do psiquismo, o que há de mais fundamental nas reacções individuais e no comportamento humano.

7

O domínio da afectividade vai desde a sensibilidade corporal, física, interna e externa, abrangendo as sensações corpóreas dos órgãos internos e a sensibilidade táctil, até a interpretação subjectiva das vivências, conscientes ou inconscientes, dependendo das características pessoais do humor e temperamento.

8

Ao penetrar em todos os aspectos da vida psíquica, a afectividade influencia e é influenciada pela

- ✓ Percepção,
- ✓ Memória,
- ✓ Pensamento,
- ✓ Vontade,
- ✓ Inteligência,

Sendo, na verdade, o componente essencial de equilíbrio e harmonia da personalidade.

9



10

### AFECTO É...

a forma de sentir do indivíduo sobre qualquer objecto,

o componente essencial e dinâmico da afectividade,

a manifestação de ligação com o meio, como reagimos a tudo o que nos cerca,

a capacidade humana de sentir e expressar as emoções e os consequentes interesses, em relação ao todo da sua vida.  
Ex. amar e odiar

11

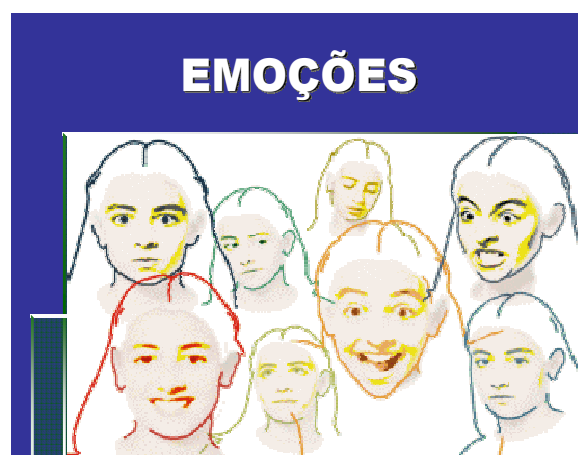
### Os afectos são, essencialmente, de quatro tipos:

- Corporais;
- Vitais;
- Anímicos;
- Espirituais.

Os afectos Corporais e Vitais estão ligados a corporalidade.

Os afectos Anímicos e Espirituais são exclusivamente intrapsíquicos.

12



13

## EMOÇÕES

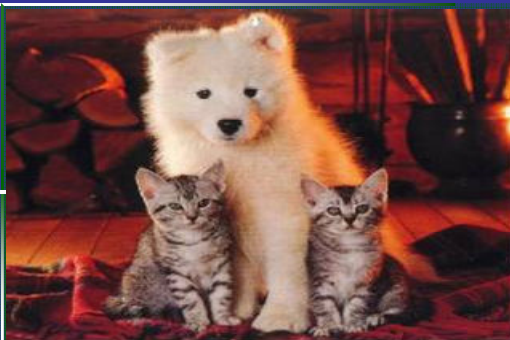
São fenômenos psico-fisiológicos de curta duração que representam formas de adaptação às exigências do meio ambiente (indicam a forma como as pessoas avaliam o que lhes está a acontecer).

14

Assumem grande relevância no desenvolvimento da personalidade, da competência social e do eventual aparecimento de sinais ou sintomas de perturbação psíquica, podendo estar ligadas a comportamentos considerados normais ou a manifestações anómalas da conduta (SEQUEIRA 2006, pp. 98-99)

15

## SENTIMENTOS



16

☐ Sentimentos são estados afectivos duráveis, mas atenuados na intensidade vivencial, sem acompanhamentos somáticos.

☐ São estados afectivos estáveis, que surgem e se substituem num continuum e que acontecem integrados nas vivências, sendo, portanto, conscientes.

☐ Os sentimentos não surgem bruscamente, mas, sempre num continuum, em fusão com um sentimento anterior.

Ex: Paixão/amor

17

❖ Mesmo após a ocorrência de uma emoção pode acontecer uma mudança, na qual a emoção se vai dissolvendo e sendo substituída pelos sentimentos.

❖ Os sentimentos são estados afectivos mais duráveis na sua intensidade vivencial que as emoções.

18

## HUMOR



19

### **HUMOR:**

Disposição afectiva básica, dependente de condições corporais e psíquicas. É o elo entre a psique e o soma, que se altera de acordo com as condições corporais e psíquicas.

O humor varia muito em indivíduos saudáveis: sensações de alegria, de prazer, tristeza, indiferença, desinteresse, irritabilidade, que encontram a sua expressão afectiva correspondente devidamente controlada pelo indivíduo.

20

O aumento ou diminuição transitórios do humor, autocontrolados, não são características de doença.

Pelo contrário, uma das características da **doença** é a ausência de mudanças transitórias do humor, prevalecendo sempre um determinado padrão, tristeza ou alegria.

21



22

### **ESTADOS AFECTIVOS COMPLEXOS**

- ✓ **Tristeza;**
- ✓ **Desgosto;**
- ✓ **Desespero;**
- ✓ **Repugnância;**
- ✓ **Alegria;**
- ✓ **Júbilo;**
- ✓ **Optimismo;**
- ✓ **Satisfação;**
- ✓ **Ressentimento.**

23

### **Angústia**

Consciência de liberdade e responsabilidade. Surge sem conteúdo psíquico como causa. Pressupõe consciência de Estar-no-mundo, Existir-no-tempo e Ser-para-a-morte.

### **Medo**

Manifesta-se perante um perigo concreto. Pode gerar estratégias de evitamento ou de fuga que permitem evitar uma ameaça real.

### **Ansiedade**

Tem antecedente psíquico causal. É um medo mórbido sem motivação conhecida, mas subjectivamente sentida.

24

### **PERTURBAÇÕES DO HUMOR**



25

As alterações de humor podem ocorrer:

- Isoladamente (episódios ou fases),
- Em sucessão (recorrência),
- Persistentemente (crónica),
- ou mistas.

**E podem ser quantitativas e qualitativas**

26

## Variações Quantitativas

**Hipertimia**  
Aumento da intensidade e duração dos afectos, que se tornam acelerados e excitáveis. Ocorre na mania, intoxicação exógena, psicopatia, epilepsia, sempre acompanhada de agitação psicomotora.

**Hipotimia**  
Inverso da Hipertimia, mais frequente na depressão.

27

**Apatia**  
Perda da capacidade de reagir aos estímulos que antes despertavam o interesse. É mais prolongada que o estupor e instala-se insidiosamente.

**Embotamento**  
Empobrecimento afectivo, falta de modulação afectiva, reflete uma indiferença típica da esquizofrenia.

28

**Distímias**  
São súbitas rupturas do equilíbrio afectivo, ora da tristeza profunda para alegria mórbida e, até mesmo, para cólera. Há um distúrbio da regulação do afecto. Frequente no DB, Epilepsia e Demência.

**Labilidade Afectiva**  
Instabilidade e constante mudança no estado afectivo. Ocorre muito em demências, mas também frequente nos Distúrbios Bipolares

29

## Variações Qualitativas

**Rigidez afectiva**  
Dificuldade para exteriorizar os sentimentos

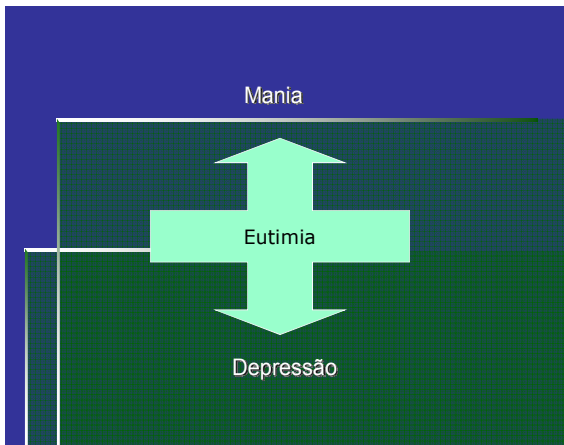
**Inadequação afectiva**  
\* **Paratímias**: Sentimentos inadequados ou paradoxais em relação à vivência actual e a discordância entre sentimento e pensamento.

30

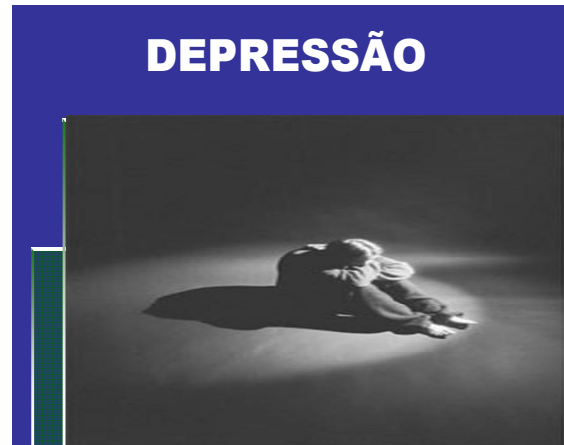
Qualquer alteração do humor pode ser concebida em termos de

(Humor)  
Sentimentos  
Pensamentos (Cognições)  
Comportamentos

31



32



33

*"...perda ou abaixamento da iniciativa ou capacidade vital, instalando-se no indivíduo um certo grau de desespero, que assenta sobre um sentimento (aparente ou oculto) de culpabilidade e que lhe faz perder o prazer de usufruir da própria vida"*

FONSECA (1987)

34

## Depressão major

**Humor**

- Persistentemente deprimido
- Diferença qualitativa de tristeza normal
- Ritmo diurno
- Omnipresente

35

## Depressão major

**Discurso e cognição**

- Redução da velocidade (lentificação)
- Redução da quantidade (pobreza)
- Culpa, autocrítica
- Desespero, auto-desvalorização, hipocondria
- Dificuldade de concentração, pensamento lento, indecisão
- Ideação suicida, mórbida, paranoide

36

## Depressão major

**Comportamento (somático)**

- Anorexia, perda de peso; raramente hiperfagia, aumento peso.
- Insônia, hipersônia. Classicamente insônia terminal; também inicial.
- Retardamento ou agitação psicomotora, fadiga, astenia, diminuição da libido, anedonia geral.

37

## Mania

### Humor

- ❖ Elevação persistente do humor,
- ❖ Irritabilidade muito frequente
- ❖ Períodos transitórios de depressão
- ❖ Disforia (humor desagradável)

38

## Mania

### Discurso e cognição

- Pressão da fala, aumento da velocidade de pensamento
- Fuga-de-ideias
- Diminuição da concentração, atenção facilmente dispersada
- Grandiosidade, expansividade, aumento exagerado da auto estima

39

## Mania

### Comportamento (somático)

- ☀ Aumento de volição, actividade física, sexual, social, trabalho;
- ☀ Indiscrição social, comportamentos de risco;
- ☀ Insónia sem fadiga (sinal precoce);
- ☀ Apetite aumentado ou diminuído, perda de peso por hiperactividade.

40

## Epidemiologia da Depressão

Prevalência ao longo da vida de um episódio depressivo major (EDM): 17%

Homens: 13%

Mulheres: 21%

### Tendências

Idade de início: cada vez mais jovem

Incidência: a aumentar

Etiologia: biológica vs psicológica

Kessler RC, et al. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19.  
Weissman MM, et al. JAMA. 1996;275:233-239.

41

## Epidemiologia da Depressão

Prevalência depressão, maior em Mulheres de baixo grupos sociais  
(Brown e Harris, 1978)

- Mais alta em zonas urbanas
- Mais alta em divorciados
- Diferenças étnicas (EUA) associadas a diferenças sociais
- Associada a consumo de tabaco (?)

42

## Etiologia

- Genética
- Bioquímica
- Doenças orgânicas
- Factores psicológicos
- Factores sociológicos

43

## Geralmente

A Depressão surge como consequência de uma serie de acontecimentos percebidos como negativos e que se **misturam com a perda de motivação e esperança influenciando em todos os aspectos da vida.**

44



45

## Factores psicológicos

### Cognitivo-comportamentais

- ⚠ Depressão condicionada por perdas repetidas (Wolpe)
- ⚠ Exposição continuada a traumas incontroláveis causa desespero aprendido / condicionado (Seligman)
- ⚠ Tríade cognitiva (Beck) - (pensamentos negativos sobre o próprio, sobre o mundo e sobre o futuro)

46

## Factores psicológicos

### Personalidade pré mórbida

- ⚠ Personalidade introvertida , tímida, obsessiva, dos deprimidos;
- ⚠ Extrovertida e vivaz (maníacos e ciclotímicos)

47

## Factores sociológicos

Acontecimentos de vida mais frequentes antes do início de depressão ou mania

Causa ? Efeito ?

Importante é o impacto psicológico, "não" se são bons ou maus acontecimentos

48

## Curso e prognóstico

### Curto prazo

- História natural de remissão e recidivas espontâneas
- 50% depressões recuperam em 6 meses
- 50% doentes deprimidos remitidos recaem (Keller, 1992)

## Curso e prognóstico

### Longo prazo

- Intervalos entre episódio de D e M tendem a aumentar com o tempo
- Nos idosos – episódios duram mais tempo e ficam mais sintomas residuais

## Consequências psicológicas da depressão major

As pessoas em recuperação, durante 5 anos continuam a demonstrar larga e difusa incapacidade nos relacionamentos com amigos e família, actividades lúdicas, sexuais e satisfação geral com a vida.

## Comorbilidade

- ❖ A comorbilidade mais frequente é entre a Depressão major e perturbações ansiosas;
- ❖ Nos casos menos graves de depressão (DM ligeira ou moderada) “não é” geralmente possível separar na clínica perturbações ansiosas de depressivas;
- ❖ A presença de comorbilidade agrava o prognóstico;
- ❖ O cliente com comorbilidade de depressão e ansiedade pode ser um desafio terapêutico

## Implicações da comorbilidade entre a DM e ansiedade

Menor resposta terapêutica

Maior severidade de sintomas

Maior uso de recursos de saúde

Curso de doença crónico

Maior incapacidade funcional

Maior incapacidade ocupacional

Maior incidência de suicídio

Maior peso social

## Sintomas de Depressão e Ansiedade coexistem na maioria dos doentes

**Sintomas comuns (na interseção):**

- Medo
- Apreensão
- Dor crónica
- Sintomas gastro-intestinais
- Preocupação
- Agitação
- Dificuldade de concentração
- Distúrbios do sono
- Fadiga
- Quebra de energia

**Sintomas exclusivos da Depressão:**

- Humor deprimido
- Perda de prazer
- Alteração de peso
- Perda de interesse
- Ideação suicida

**Sintomas exclusivos da Ansiedade:**

- Hipervigilância
- Agorafobia
- Rituais compulsivos

Global Neuroscience Summits Faculty, Nemeroff et al, 2000

## Impacto Económico da Depressão

Categoria	Porcentagem
Perda de produtividade	55%
Suicídio	17%
Internamento	19%
Quidados ambulatorios	6%
Fármacos	3%

Greenberg PE, et al. J Clin Psychiatry, 1993;54:405-418.

55

**IMPLEMENTAR INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADOR INFORMAL**

- PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL;
- DIMINUIR A ANSIEDADE;
- DISPONIBILIZAR PRESENÇA;
- OFERECER ESCUTA ACTIVA.

56

**PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL**  
Algumas actividades para concretizar estas intervenções

- Cumprimentar a pessoa cordialmente;
- Permanecer junto desta se necessário, considerando o seu estado emocional, e proporcionar sentimentos de segurança;
- Incentivar a descrição de experiências emocionais positivas;
- Motivar a utilização de mecanismos de defesa adequados;

57

- Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Facilitar a identificação de estratégias que habitualmente adopta face aos sentimentos de medo;
- Encorajar a falar como forma de diminuir a resposta emocional;
- Proporcionar ajuda na tomada de decisões;
- Encorajar e elogiar o envolvimento nos cuidados.

58

**DIMINUIR A ANSIEDADE**  
Algumas actividades para concretizar estas intervenções

- Criar um ambiente que facilite a confiança;
- Explicar todos os procedimentos, incluindo as possíveis sensações que poderá experimentar;
- Identificar a capacidade do cuidador informal em lidar com a situação de doença;
- Procurar compreender a perspectiva do cuidador informal sobre situações stressantes;
- Dar informação objectiva e adequada, quando possível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;

59

- Utilizar técnicas de comunicação eficaz que favorecem o diálogo e partilha;
- Discutir as experiências emocionais;
- Ajudar a reconhecer sentimentos como a ansiedade, o medo e a tristeza;
- Transmitir confiança, serenidade e disponibilidade, através de respostas concretas a atitudes congruentes;
- Incentivar a participação em actividades recreativas orientadas para a redução de tensões;

60

- Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Identificar qual a estrutura familiar de apoio;
- Assistir o cuidador informal na identificação das vantagens do desempenho do seu papel;
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do seu papel.

61

### DISPONIBILIZAR PRESENÇA

#### Algumas actividades para concretizar estas intervenções

- Usar o silêncio, quando apropriado;
- Estabelecer confiança e atenção positiva;
- Demonstrar uma atitude de aceitação;
- Ouvir as preocupações da pessoa;
- Estar fisicamente disponível para ajudar;

62

- Tocar a pessoa exprimindo interesse, quando apropriado;
- Mostrar disponibilidade, sem favorecer no entanto, comportamentos de dependência;
- Ficar com a pessoa para promover segurança e reduzir o medo;
- Promover contactos com outras pessoas de suporte;
- Proporcionar uma segurança optimista, mas simultaneamente realista.

63

### OFERECER ESCUTA ACTIVA

#### Algumas actividades para concretizar estas intervenções

- Permitir a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos;
- Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz, mensagens verbais e não verbais;
- Valorizar as emoções;
- Evitar as barreiras à comunicação (não minimizar sentimentos, não oferecer soluções fáceis, não terminar prematuramente a conversa);

64

- Focalizar-se na interacção, suprimindo preconceitos, influências, suposições, preocupações pessoais e distrações;
- Identificar os temas predominantes do discurso;
- Ajudar a pessoa na identificação de situações problema geradoras de ansiedade;
- Reflectir compreensão e recepção da mensagem no decurso da interacção.

65

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♦ RODRIGUES, J. – Psicopatologia. UCP. Campus Sintra: Diapofilm, cop. 2009, 119 diapositivos.
- ♦ SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5. p. 136, 137 e 156-158.
- ♦ BEUTER, M.; ROSSI, J.; NEVES, E.; & BRONDANI, C. – *A Sobrecarga do Familiar no Cuidado Domiciliar*. Revista de Enfermagem. 2009 Julho-Setembro; 3 (3). ISSN: 1981-8963, pp. 256-262.
- ♦ SALGUEIRO, Hugo Daniel – *Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente*. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau, Nº 17 (Fev. 2008). ISSN: 0874-7695, pp. 51-63.
- ♦ BEUTER, M.; ROSSI, J.; NEVES, E.; & BRONDANI, C. – *A Sobrecarga do Familiar no Cuidado Domiciliar*. Revista de Enfermagem. 2009 Julho-Setembro; 3 (3). ISSN: 1981-8963, pp. 256-262.
- ♦ CAMPOS, M.; PADILHA, J.; & OLIVEIRA, F. – *A Família Prestadora de Cuidados. Uma revisão da Literatura*. Revista Sinais Vitais. Formasau. Coimbra. nº 89. Março de 2010. ISSN: 0872-8844, pp. 30-37.
- ♦ CORREIA, C.; DIAS, F.; COELHO, M.; PAGE, P.; VITORINO, P. – *Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 2, 2001, pp. 75-82. [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp. em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- ♦ LAFFON, R. M.; DOMINGUEZ, G. P. – *Clínica y tratamiento del pánico y otros trastornos de ansiedad*. Curso Universitario de especialización en Trastornos Afectivos y de ansiedad, Clínica Y Tratamiento, edición Junio.Barcelona: Universitat Oberta Catalunya/INSM. 2002.

66



OBRIGADO PELA VOSSA GENTIL ATENÇÃO!...

## APÊNDICE XXII

DIAPPOSITIVOS – “CUIDAR DE QUEM CUIDA DE MODO A  
QUE NINGUÉM FIQUE POR CUIDAR: A PERSPECTIVA DA  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL”

1



2



3



4

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE MATURARIA  
PROFISSIONAL – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

INSTITUTO CATÓLICO PORTUGUESA  
INSTITUTO DE SENSAÇÃO E SAÚDE  
ECCIA SUPORTE POTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE – ARCO  
RIBEIRINHO – EXTENSÃO DA QUINTA DA LOMBA

Cuidar de quem cuida ,de modo a que ninguém fique por cuidar: a perspectiva da enfermagem de saúde mental

*Cláudia Silva 2010*

TUTORA: Enª Doutora Sarreina Santos  
SUPERVISOR CLINICO: Enª Helena Dias

5

PLANO DA SESSÃO			
<b>TEMA</b>	"CUIDAR DE QUEM CUIDA" DE MODA A QUE NINGUÉM FIQUE POR CUIDAR: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL		
<b>LOCAL</b>	SCMB (Misericórdia do Barreiro)		
<b>DATA</b>	03 de Novembro de 2010		
<b>DURAÇÃO</b>	40 minutos		
<b>GRUPO ALVO</b>	Ajudantes Familiares		
<b>OBJECTIVOS</b>			
<b>GERAL</b>	■ CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA ECCI.		
<b>ESPECÍFICOS</b>	■ Facilitar a compreensão das principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal; ■ Identificar principais fontes de sobrecarga; ■ Dar a conhecer intervenções promotoras de satisfação /bem-estar.		
<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEUDOS</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>TEMPO DE APRESENTAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação do trabalho ■ Objectivos	Expositivo com recurso a PowerPoint Data-show	minutos (10)
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	■ Conceito de Cuidador Informal; ■ As principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal; ■ As principais fontes de sobrecarga; ■ Impactos na prestação de cuidados; ■ Algumas estratégias de intervenção em situações complexas, de forma a diminuir a sobrecarga.	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (20)
<b>CONCLUSÃO</b>	■ Reflexão Final ■ Referências Bibliográficas	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (10)

6

# OBJECTIVO GERAL

● CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA ECCI

7

## OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Promover a saúde do cuidador informal que integra a área geográfica de intervenção da ECCI;
- Facilitar a compreensão das principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal;
- Identificar principais fontes de sobrecarga;
- Dar a conhecer intervenções promotoras de satisfação /bem-estar;

8

### *Cuidador...?*

Familiar, Amigo ou pessoa, que mantenha um contacto permanente com o doente»

### *Cuidadores Informais!*

Podem, ainda, ser considerados Cuidadores todos aqueles que num dado momento acompanhem o doente enquanto profissionais.

### *Cuidadores Formais !*

9

A intervenção junto do indivíduo com doença crónica e dependência deve ser *holística*, olhando-o sempre como ser **bio-psico-social**.

Assim não é possível intervir junto do indivíduo, sem intervir junto da família e sobretudo com o *cuidador*.

10

## A DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE

“(...) é um processo durante o qual a família precisa reorganizar-se, na medida em que a força dos seus membros e as suas funções se modificam.

Aprendemos a ter muito respeito por estas famílias e pela sua capacidade de se transformarem numa família com uma pessoa doente, e depois numa família sem ele ou ela.”

Mimchin S.A Cura da Família (1999)

11

Uma rede de **suporte comunitária** é igualmente fundamental, não só para manter o sujeito no seu meio, que é conhecido, seguro, real, pelo maior período de tempo possível, mas também para que as diversas instituições “funcionem” quando tal for necessário

É importante manter a pessoa no seu meio



12

“Cuidar de um doente dependente no domicílio, representa um desgaste ao nível físico, emocional e social para o cuidador informal, ... podendo conduzir à exaustão”

(PINTO, A.; CARRANCA, M.; & BRITES, M. 2006)

“Uma vez no domicílio, o apoio aos cuidadores deve ser contínuo, através de equipas multidisciplinares na comunidade

Direcção Geral de Saúde

Dai que é tão importante que os profissionais estejam despertos para esta situação

13



14

**Repercussões da prestação de cuidados:**

- Satisfação Bem/estar;
- Stress/Sobrecarga;
- Mobilidade Física/Mental

**As repercussões dependem essencialmente de três contextos:**

- Cuidador;
- Pessoa doente com dependência;
- Relação de prestação de cuidados

SEQUEIRA 2007

15

**Relativamente ao cuidador depende das estratégias de coping:**

- Resolução de problemas;
- Percepção alternativas sobre a situação;
- Lidar com os sintomas de stress.

16

**A sobrecarga do cuidador está dependente de: \***

- Satisfação resultante da dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e a pessoa alvo dos cuidados;
- Satisfação do desejo de obter os melhores resultados possíveis;
- Percepção de auto-eficácia.

SEQUEIRA 2007

17

**Dificuldades no cuidar da pessoa doente com dependência e suas implicações:**

- Vida Social; Saúde; Situação económica;
- Vida pessoal;
- Situação emocional;
- Relacionamento;
- Apoio dos profissionais.

SEQUEIRA 2007

18

**Principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal:**

“Deixa-me muito cansado fisicamente”;

“A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda”;

“Ando a dormir pior por causa desta situação”

“A minha saúde ficou abalada”;

“Por vezes sinto que não posso fazer nada”;

SEQUEIRA 2007

19

### **Principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal: (cont.)**

- “Não consigo sossegar por estar preocupada”;
- “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”;
- “O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas”;
- “Não consigo ter tempo de descanso”;
- “... esta situação esta a transtornar-me os nervos”;
- “As pessoas da família não dão tanta ajuda como eu gostaria”.

SEQUEIRA 2007

20

### **Estratégias mais utilizadas:**

- “ Manter o idoso tão activo quanto possível”;
- “ Obter o máximo de ajuda dos serviços de saúde/sociais”;
- “ Procurar informação sobre o problema”;
- “ Estabelecer uma ordem de prioridades”;
- “ Experimentar várias alternativas até encontrar uma solução.

21

### **Estratégias pouco utilizadas:**

- “Ver os aspectos positivos da situação”
- “ Descarregar os sentimentos, andando, fazendo exercício”
- “ Reunir regularmente com pessoas com os mesmos problemas”
- “ Tentar animar-me, bebendo um copo e comendo coisas boas”
- “ Usar técnicas de relaxamento”

SEQUEIRA 2007

22

### **Principais fontes de satisfação utilizadas:**

O cuidador sente-se satisfeito

- “ Manter a dignidade e bem estar da pessoa cuidada”
- “ garantir que a pessoa tem as necessidades satisfeitas”
- “ Observar pequenas melhoras na pessoa”
- “ Ser capaz de ajudar a pessoa dependente a desenvolver as suas capacidades”
- “ sentimento de ter cumprido um dever”

SEQUEIRA 2007

23

### **Principais fontes de satisfação utilizadas:**

- “ Sentimento de utilidade e estima”
- “ É uma forma de demonstrar o meu amor pela pessoa que cuido”
- “Ter feito o melhor que me foi possível”
- “ Se fosse ao contrário a pessoa faria o mesmo por mim”

SEQUEIRA 2007

24

### **Fontes de satisfação raramente utilizadas:**

- “ Ajuda a evitar que me sinta culpada”;
- “ ... deu um novo sentido à minha vida”;
- “ ... oportunidade para alargar os meus conhecimentos”;

25

### PRINCIPAIS FONTES DE SOBRECARGA:

#### Impacto da prestação de cuidados

- “...escassez de tempo para realizar as tarefas”;
- “ ... tensão no cuidar”;
- “... afectar a minha saúde”;
- “... não ter uma vida privada”;
- “... sentir-me muito sobrecarregado em geral”;

SEQUEIRA 2007

26

### Relação Interpessoal

- “ Sentir-me irritado...”;
- “ Sentir-se incapaz de cuidar por muito mais tempo”;
- “ Sentir-se inseguro à cerca do que fazer”;

SEQUEIRA 2007

27

### Expectativas com o cuidar

- “ Ter receio com o futuro”;
- “ ... o familiar depender de si”;
- “ ... ser considerada como a única pessoa para cuidar”;
- “... não dispor de economias suficientes...”

SEQUEIRA 2007

28

### Sentimentos Associados ao Cuidar

- ◆Cansaço (77%)
- ◆Exigência (66%)
- ◆Depressão (57%)
- ◆Frustração (51%)
- ◆Recompensador (34%)
- ◆Realização pessoal (26%)

Wilkinson D. et al. The role of General Practitioners in the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease: a multinational survey. JIntMedResarch 2004;32:49-59

29

- ▶Revolta (falta de apoio, imprevisibilidade das alta)
- ▶Incapacidade/Impotência (medo do desconhecido, falta de preparação, complexidade dos cuidados, capacidade para cuidar com competência)

30

### Factores de Risco:

- ▶Necessidade crescente de prestar apoio;
- ▶Assumir de novos papéis;
- ▶Isolamento social;
- ▶Luto face às perdas progressivas.

(diminuição das capacidades físicas e cognitivas)

### Factores associados à Sobrecarga do Cuidador:

- ▶Gritos
- ▶Agressividade física
- ▶Conflitos interpessoais [Discussões,...]
- ▶Depressão
- ▶Falta de sono nocturno

### 10 Sinais de Stress do Prestador de Cuidados

(American Alzheimer Association)

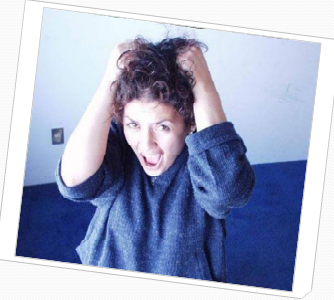
- |                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| • 1. Negação               | • 6. Cansaço    |
| • 2. Insónia               | • 7. Cólera     |
| • 3. Irritabilidade        | • 8. Isolamento |
| • 4. Falta de Concentração | • 9. Ansiedade  |
| • 5. Problemas de Saúde    | • 10. Depressão |

• A Depressão surge como consequência de uma serie de acontecimentos percebidos como negativos e que se misturam com a perda de motivação e esperança influenciando em todos os aspectos da vida



### ANSIEDADE

É o conjunto de respostas que o nosso organismo emite face a diversas situações stressantes prolongadas no tempo



### Implementar intervenções promotoras de satisfação/bem-estar com os cuidadores

- ▶ Informação adequada;
- ▶ Potenciar o uso de estratégias de coping adequadas (melhorar capacidade de resolver problemas);
- ▶ Orientar para a gestão de recursos (optimizar condições ambientais);
- ▶ Consciencializar para a importância de cuidar de si.
- ▶ Dinamizar actividades promotoras de uma vida social satisfatória para os cuidadores.



37

### **Algumas estratégias de intervenção em situações complicadas, de forma a diminuir a sobrecarga**

39

- Proceder lentamente sem a apressar. O stress prejudica a concentração;
- Se a pessoa chora, dar-lhe tempo para entrar em contacto com as suas emoções, deixá-la exprimir-se;
- Oferecer-lhe frequentes reforços positivos; Se necessário, sugerir-lhe um breve relaxamento.

41

- Fazer frequentes reforços positivos para a encorajar;
- Perante o seu negativismo, utilizar o reenquadramento para fazer ressaltar pontos positivos;
- No final agradecer-lhe a sua colaboração e esforço.

38

### **A pessoa ansiosa**

- Reconhecer a sua ansiedade e levá-la a exprimir-se sobre o que a perturba, sobre os seus medos;
- Manifestar-lhe compreensão;
- Tocar-lhe na mão ou no ombro;
- Explicar-lhe bem o objectivo das suas intervenções;
- Colocar questões claras e simples;

40

### **A pessoa depressiva**

- Não se mostrar muito alegre, estimulante e entusiasta;
- Reconhecer a sua dificuldade;
- Permitir-lhe exprimir as suas emoções;
- Mostrar muito interesse pelo que ela diz e manifestar-lhe compreensão no que diz respeito às suas dificuldades;

42

### **A pessoa desconfiada e com alucinações**



43

- Explicar os objectivos dos seus cuidados;
- Clarificar a resistência;
- Evitar a insistência nos pontos em que se mostra mais reticente. Negociar;
- Responder claramente às questões;
- Mostrar-lhe que respeita o seu ponto de vista;

44

- Não pode questionar a veracidade das suas afirmações; (hoje andaram cá em casa de noite)
- Não pode levantar a voz, deve procurar tranquiliza-lo;
- Deve desviar a atenção do problema e fazer com que o doente pense noutra coisa;
- Não pode perder a paciência e ofender-se com as acusações infundadas.
- Tem que ser muito paciente!

45

### A pessoa agressiva/irritável



46

- Não tornar a nível pessoal comentários desatenciosos; (comentários mal-educados a nosso respeito)
- Aceitar a pessoa tal como ela é;
- Pensar que uma pessoa exigente e difícil está muitas vezes a sofrer, ansiosa, solitária e assustada;
- Reconhecer a dificuldade da pessoa;
- Continuar calma para a levar a baixar a agressividade;

47

- Se a pessoa manifesta violência verbal, fazer-lhe saber que o seu comportamento é inaceitável;
- Não a apressar, dar-lhe tempo para se exprimir, e mesmo para verbalizar o seu negativismo;
- Diminuir os estímulos ambientais;
- Se for necessário, fazer-lhe executar respiração abdominal para a acalmar.

48

- Não perder a paciência;
- Deve tentar não se mostrar assustada;
- Chamar a atenção do doente para outras coisas, por exemplo, ver televisão, trabalhos manuais, etc.;
- Não deve ralhar. O doente esquece-se em muito pouco tempo e não terá consciência do seu comportamento ofensivo.

### A Pessoa que recusa admitir que está doente



- Ouvi-lo com atenção e explicar-lhe que embora estejam a ocorrer alterações, vai estar sempre junto dele para o ajudar. É uma tarefa difícil, mas o cuidador vai ter de o ajudar a manter a sua orientação.

### A Pessoa que tem problemas de comunicação

- Olhá-lo sempre nos olhos quando estiver a falar com ele ou a ouvi-lo;
- Falar sempre com ele lentamente, pronunciando as palavras com clareza;
- Não se cansar de repetir as coisas.
- Deve tentar transmitir a ideia da forma mais simples possível;
- O doente não é uma criança: deve tratá-lo com respeito e não falar com outras pessoas como se ele não estivesse presente.

A comunicação é um processo de criação e recriação de uma mensagem entre os intervenientes do processo, sendo aí que reside a dificuldade comunicacional (Phaneuf, 2005)

É necessário olharmos para o doente e olharmos para nós no sentido de descobrirmos o que poderá estar a dificultar a interacção!...  
**Por vezes é tão simples basta alterarmos algumas das nossas atitudes e ajudamos o doente a alterar as dele.**

### Cuidar do Cuidador Informal da pessoa com Doença Crónica e Dependência

- Criar uma atmosfera envolvente favorável;
- Estruturar rotinas e actividades apropriadas;
- Facilitar os grupos de ajuda e associações de doentes e familiares;
- Ensinar os familiares;
- Apoiar em consultas.

Falta de tempo é um aspecto que dificulta a comunicação eficaz.

A sobrecarga de tarefas e responsabilidades podem limitar a disponibilidade de quem cuida, impedindo-o de acompanhar fisicamente, intelectualmente e afectivamente a pessoa. (Phaneuf, 2005)

Será útil **partilhar** sentimentos tais como: Revolta, Frustração, Impotência, Satisfação, entre outros.

55

A maneira como cada pessoa vivência as situações com que se depara, na sua prática diária, é influenciada pela sua **estabilidade emocional, atitude fase ao outro, sensibilidade e experiências anteriores.**

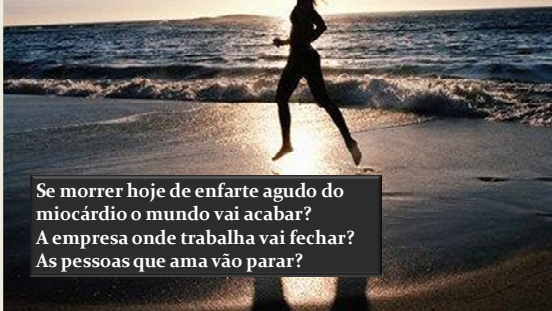
**“Só crescemos em competência quando, volvidos alguns anos”** CONCEIÇÃO & RAMOS (2004, p.32)

56

## RECOMENDAÇÕES

57

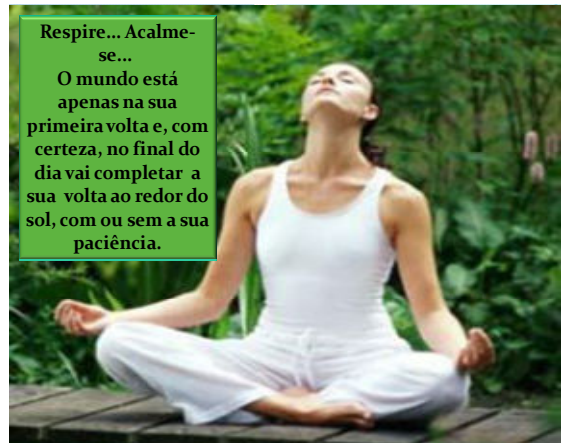
Está a correr tanto para quê?  
Por quem?  
O seu coração vai aguentar?



Se morrer hoje de enfarte agudo do miocárdio o mundo vai acabar?  
A empresa onde trabalha vai fechar?  
As pessoas que ama vão parar?

58

Respire... Acalme-se...  
O mundo está apenas na sua primeira volta e, com certeza, no final do dia vai completar a sua volta ao redor do sol, com ou sem a sua paciência.



59



**PACIÊNCIA**

60

## ATENÇÃO

A **Ajudante Familiar** é simultaneamente uma profissional de quem se espera ajuda, mas alguém que pode ficar vulnerável e ela própria precisar de ser cuidada.



**JÁ PENSOU QUE PODE ESTAR A COLOCAR A SUA SAÚDE MENTAL EM RISCO?**

**Mas Rir pode funcionar como uma terapia!...**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARGADO, Madalena - (Des)Equilíbrios Familiares - 3ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-958-067-3. p. 39/111.
- ALMEIDA, Cristina; COLAÇO, Cristina; & SANCHAS, Lina - **Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação dos cuidados ao doente durante o período de internamento.** Lisboa: (s.n.) 1996. Relatório final do curso de investigação em Enfermagem 94/95 do Hospital Egas Moniz, p.12.
- CORREIA, C.; DIAS, F.; COELHO, M.; PAGE, P.; VITORINO, P. - **Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 2, 2000. pp. 76. [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp. em: <http://www.rnsp.unl.pt/depósitos/de-200101/di/sector-de-publicacoes/revista/2000/2000/revi2-07-2000.pdf>
- Ferreira, Maria de Fátima - **Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico.** Lisboa: UCP. Cadernos de Saúde. Vol. 2, nº 1, ISSN:16.47-9559, pp. 67-88.
- GUIMARÃES, Paula - **A pessoa Idosa e a Sociedade - Perspectiva Ética.** Coleção Bioética. Lisboa. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 2000. p. 94.
- IMAGINÁRIO, Cristina - **O Idoso dependente em contexto Familiar** - Coimbra: Formasau, 2004. p. 64.
- JONES, Elis - **Envelhecimento e Dependência**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 972-796-88-1, pp. 203-229. (Livro tem 320 p.)
- LAGE, Isabel - **Envelhecimento e Dependência**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 972-796-88-1, pp. 203-229. (Livro tem 320 p.)
- LAGE, Isabel - **Avaliação dos Cuidados Informais no Contexto do Cuidado no Cuidador Informal.** Dissertação de Doutoramento em Ciências de Saúde, Universidade Nova de Lisboa, 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.ulb.pt/handle/10451/10451>
- LOURO, Maria Cristina - **A Pessoa Doente e Dependente: Do Hospital ao Domicílio.** Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 21 (Fev. 2010). ISSN: 0874-7695. p. 59-68.
- MARTIN, Ignacio - **O Cuidado Informal no Ambiente Social.** In PAUL, C. & FONSECA, A. M. (Coord.) - **Envelhecer em Portugal.** Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 972-796-88-1, pp. 179-202.
- MELO, B., LORENZATO, B., FILHO, C., MELO Z.M.; & CARDOSO, O. - **A Família e o Processo de Adoecer de Câncer Bucal.** Revista Psicologia em Estado, Maringá, v. 10, n.3, p. 413-419, Set./Dez. 2005. [em linha]. [consulta 2010-08-07]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psic/v10n3/v10n3038.pdf>
- OCAMPOLIM, HERRERA, A.; TORRES, P.; RODRIGUEZ, J. A.; LOBOAL, J.; & GARCIA, C. A. - **Sobrecarga associada com el cuidado de ancianos dependientes.** Colombia Médica. 2007; 38, pp. 40-46.
- PHANUEF, Margot. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.**ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3 p.163-188.
- REIDMAN, Barbara Klug - **A Prática da Educação para a Saúde.** 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-39-8, p. 197.
- SEQUEIRA, Carlos - **CUIDAR DE IDOSOS DEPENDENTES.** Coimbra: Quarteto editora. 2007. ISBN 978-989-958-092-7. (310 páginas)

APÊNDICE XXIII  
DIAPOSITIVOS – “AUTO-CUIDADO: UMA NECESSIDADE  
DE QUEM CUIDA”

1


**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**  
 AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE – ARCO RIBEIRINHO - EXTENSÃO DA QUINTA DA LOMBA



**“AUTO-CUIDADO: UMA NECESSIDADE DE QUEM CUIDA”**

*Cláudia Silva 2010*

TUTORA: En<sup>h</sup> Sarreira Santos  
SUPERVISOR CLINICO: En<sup>h</sup> Helena Dias

2

PLANO DA SESSÃO			
TEMA	"AUTO-CUIDADO: UMA NECESSIDADE DE QUEM CUIDA"		
LOCAL	AURPIL – Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Lavradio		
DATA	10 de Novembro de 2010		
DURAÇÃO	40 minutos		
GRUPO ALVO	Cuidadores Informais		
<b>OBJECTIVOS</b>			
<b>GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA ECCI.</li> </ul>		
<b>ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enunciar as principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal;</li> <li>Identificar principais fontes de sobrecarga;</li> <li>Dar a conhecer intervenções promotoras de satisfação /bem-estar.</li> </ul>		
<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>TEMPO DE APRESENTAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação do trabalho Objetivos	Expositivo com recurso a PowerPoint Data-show	minutos (10)
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceito de Cuidador Formal e Informal;</li> <li>As principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal;</li> <li>As principais fontes de sobrecarga;</li> <li>Representações da prestação de cuidados;</li> <li>Algumas estratégias de intervenção em situações complexas, de forma a diminuir a sobrecarga.</li> </ul>	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (20)
<b>CONCLUSÃO</b>	Reflexão Final Referências Bibliográficas	Expositivo PowerPoint Data-show	minutos (10)

3

**OBJECTIVO GERAL**

- CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA ECCI

4

**OBJECTIVOS GERAIS**

- Promover a saúde do cuidador informal que integra a área geográfica de intervenção da ECCI;
- Enunciar as principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal;
- Identificar principais fontes de sobrecarga;
- Dar a conhecer intervenções promotoras de satisfação /bem-estar;

5

**Cuidador...? É quem presta cuidados. Familiar, Amigo ou pessoa, que mantenha um contacto permanente com o doente»**

**Cuidadores Informais!**

Podem, ainda, ser considerados Cuidadores todos aqueles que num dado momento acompanhem o doente enquanto profissionais.

**Cuidadores Formais !**

6

**A DOENÇA CRÓNICA E INCAPACITANTE**

“(…) é um processo durante o qual a família precisa reorganizar-se, na medida em que a força dos seus membros e as suas funções se modificam.

Aprendemos a ter muito respeito por estas famílias e pela sua capacidade de se transformarem numa família com uma pessoa doente, e depois numa família sem ele ou ela.”

(neste contexto será necessário que as intervenções dos enfermeiros visem o cuidador informal)

Mimchin S. A Cura da Família (1993)

7

Uma rede de **suporte comunitária** é igualmente fundamental, não só para manter o sujeito no seu meio, que é conhecido, seguro, real, pelo maior período de tempo possível, mas também para que as diversas instituições “funcionem” quando tal for necessário

É importante manter a pessoa no seu meio



8

“Cuidar de um doente dependente no domicílio, representa um desgaste ao nível físico, emocional e social para o cuidador informal, ... podendo conduzir à exaustão”

(PINTO, A.; CARRANCA, M.; & BRITES, M., 2000)

“Uma vez no domicílio, o apoio aos cuidadores deve ser contínuo, através de equipas multidisciplinares na comunidade.”

(será necessário que o cuidador informal solicite ajuda)

Direcção Geral de Saúde

9

**QUE COISAS DEIXA DE FAZER PARA CUIDAR ?**



10

**Dificuldades no cuidar da pessoa doente com dependência e suas implicações:**

- Vida Social; Saúde; Situação económica;
- Vida pessoal;
- Situação emocional;
- Apoio dos profissionais.

SEQUEIRA 2007

11

**OS EFEITOS NEGATIVOS, DE CUIDAR UMA PESSOA DOENTE, DEPENDEM:**

(DE QUE FORMA O CUIDADOR INFORMAL REAGE AO FACTO DE CUIDAR UM DOENTE)

- **Estratégias de coping:** Resolução de problemas; Percepção alternativas sobre a situação; Lidar com os sintomas de stress.
- **Idade, sexo, estado civil, escolaridade...**
- **Estado de saúde**
- **Variáveis relacionadas com o meio:** condições económicas; situação profissional; recursos da comunidades

12

**Principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal:**

- “Deixa-me muito cansado fisicamente”;
- “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda”;
- “Ando a dormir pior por causa desta situação”;
- “A minha saúde ficou abalada”;
- “Por vezes sinto que não posso fazer nada”;

SEQUEIRA 2007

13

**Cont.**

- “Não consigo sossegar por estar preocupada”;
- “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”;
- “O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas”;
- “Não consigo ter tempo de descanso”;
- “... esta situação esta a transtornar-me os nervos”;
- “As pessoas da família não dão tanta ajuda como eu gostaria”.

14

**Cont.**

- “...escassez de tempo para realizar as tarefas”;
- “... tensão no cuidar”;
- “... afectar a minha saúde”;
- “... não ter uma vida privada”;
- “... sentir-me muito sobrecarregado em geral”;

SEQUEIRA 2007

15

**Sentimentos Associados ao Cuidar**

- Cansaço (77%)
- Exigência (66%)
- Depressão (57%)
- Frustração (51%)
- Recompensador (34%)
- Realização pessoal (26%)

Wilkinson D. et al. The role of General Practitioners in the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease: a multinational survey. *JamMedResearch* 2004;3(2):149-59

16

- ▶ Revolta (falta de apoio, imprevisibilidade das alta)
- ▶ Incapacidade/Impotência (medo do desconhecido, falta de preparação, complexidade dos cuidados, capacidade de cuidar com competência)

17

**Factores de Risco:**

(FACTORES QUE PODEM CAUSAR ALTERAÇÕES NA SAÚDE DO CUIDADOR)

- ▶ Necessidade crescente/permanente de prestar apoio;
- ▶ Assumir de novas tarefas;
- ▶ Isolamento social a que é submetido;
- ▶ Luto face às perdas progressivas.

(capacidades físicas e cognitivas)

18

**Factores associados à Sobrecarga do Cuidador:**

(COMO O CUIDADOR INFORMAL DEMONSTRA A SUA SOBRECARGA)

- ▶ Gritos
- ▶ Agressividade física
- ▶ Conflitos interpessoais [Discussões,...]
- ▶ Depressão
- ▶ Falta de sono nocturno

## 10 Sinais de Sobrecarga do Prestador de Cuidados (American Alzheimer Association)

- ✘ 1. Negação
- ✘ 2. Insónia
- ✘ 3. Irritabilidade
- ✘ 4. Falta de Concentração
- ✘ 5. Problemas de Saúde
- 6. Cansaço
- 7. Cólera
- 8. Isolamento
- 9. Ansiedade
- 10. Depressão

(se estes sintomas persistirem por algum tempo deve consultar o seu médico)

• A Depressão surge como consequência de uma serie de acontecimentos percebidos como negativos e que se misturam com a perda de motivação e esperança influenciando em todos os aspectos da vida



### ANSIEDADE

É o conjunto de respostas que o nosso organismo emite face a diversas situações stressantes prolongadas no tempo



### COMO LIDAR COM OS ACONTECIMENTOS/ PROBLEMAS

(ALGUMAS FORMAS DE DIMINUIR A SOBRECARGA)

- ✘ Manter o doente tão activo quanto possível;
- ✘ Obter o máximo de ajuda dos serviços de saúde/sociais;
- ✘ Procurar a máxima informação sobre o problema;
- ✘ Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes;

### CONT.

- ✘ Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo;
- ✘ Falar dos meus problemas com alguém em quem confio;
- ✘ Planear com antecedência para estar melhor preparado (a);

### CONT.

- ✘ Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder;
- ✘ Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas;
- ✘ Pensar com calma no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução;
- ✘ Tomar medidas para evitar que os problemas surjam;

25

CONT.

- ✘ Confiar na minha própria experiência e na minha competência; (ter confiança nas suas capacidades)
- ✘ Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte; (ser persistente e não desistir à primeira)
- ✘ Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela. (de modo a conseguir o máximo de colaboração)

26

O QUE PENSAR PERANTE SITUAÇÕES COMPLICADAS/DIFICEIS

- Pensar que há sempre alguém que esteja pior do que eu;
- Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa;
- Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação;
- Viver um dia de cada vez;
- Aceitar a situação tal como ela é;

SEQUEIRA 2007

27

CONT.

- Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe;
- Acreditar em mim próprio e na minha capacidade de lidar com a situação;  
(ACREDITAR NAS SUAS PRÓPRIAS COMPETÊNCIAS)
- Manter dominados os meus sentimentos e emoções.

SEQUEIRA 2007

28

LIDAR COM OS SINTOMAS DE STRESS

- Ver os aspectos positivos da situação;
- Descarregar os sentimentos, andando, fazendo exercício;
- Reservar algum tempo livre para mim próprio;
- Chorar quando sentir necessidade;
- Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo Tv., etc.;

29

CONT.

- Reunir regularmente com pessoas com os mesmos problemas; (A PARTILHA É MUITO IMPORTANTE)
- Tentar animar-me, bebendo um copo e comendo coisas boas;
- Usar técnicas de relaxamento;
- Dedicar-me a coisas que me interessam, para além do cuidar.

30

PRINCIPAIS FONTES DE SATISFAÇÃO UTILIZADAS:

O cuidador sente-se satisfeito

- “ Manter a dignidade e bem estar da pessoa cuidada”
- “ garantir que a pessoa tem as necessidades satisfeitas”
- “ Observar pequenas melhoras na pessoa”
- “ Ser capaz de ajudar a pessoa dependente a desenvolver as suas capacidades”
- “ sentimento de ter cumprido um dever”

SEQUEIRA 2007

31

**Cont.**

“ Sentimento de utilidade e estima”  
“ É uma forma de demonstrar o meu amor pela  
pessoa que cuido”  
“Ter feito o melhor que me foi possível”  
“ Se fosse ao contrário a pessoa faria o mesmo  
por mim”.

32

#### **PRINCIPAIS NECESSIDADES DO CUIDADOR**

- **Necessidades de Informação** (estado de saúde do doente, gestão de sinais e sintomas, assistência no auto-cuidado)
- **Necessidade de ajuda nos cuidados** (Desenvolvimento de mestria nos cuidados)
- **Necessidade de suporte Emocional**

33

#### **E que intervenções podem os enfermeiros realizar com os cuidadores?**

- Informação adequada;
- Potenciar o uso de estratégias de coping adequadas (melhorar capacidade de resolver problemas);
- Orientar para a gestão de recursos (ex. otimizar condições ambientais);
- Dinamizar actividades promotoras de uma vida social satisfatória para os cuidadores.  
(INCENTIVAREM OS CUIDADORES A PARTICIPAREM EM ACTIVIDADES DE GRUPO)

34

**CONT.**

- Proporcionar conhecimentos sobre prestação de cuidados;
- Orientar sobre técnicas específicas (banho, mobilizações, etc.);
- Dar informação objectiva e adequada, quando possível;
- Considerar os aspectos da educação para a saúde, realizando ensinamentos individualizados;
- Orientar na planificação das actividades;

35

**CONT.**

- Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda;
- Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio;
- Orientar o cuidador sobre quando e a quem deve pedir ajuda;
- Orientar cuidador sobre os tipos de ajuda existentes.

36

**CONT.**

- Informar sobre formas de solicitar ajuda;
- Promover a utilização adequada dos serviços de apoio;
- Orientar sobre estratégias promotoras da utilização dos recursos pessoais;
- Adotar estratégias para manter e promover a automotivação;

37

## CONT.

- Salientar a importância da satisfação e do bem-estar, orientando o cuidador para a implementação de estratégias que o promovam;
- Orientar o cuidador para se centrar nos aspectos positivos da vida;
- Orientar para a importância de vigilância de saúde;

38

## CONT.

- Orientar sobre estratégias promotoras de segurança (cuidador);
- Promover treino de estratégias específicas;
- Disponibilizar ajuda;
- Informar sobre recursos em situações de urgência;
- Esclarecer dúvidas.

39

## COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR

🌐 **INICIATIVA** ( Capacidade de iniciar uma acção, identificar a necessidade, seleccionar a intervenção e implementá-la)

🌐 **RESPONSABILIDADE** ( Assegurar a qualidade da acção que depende do conhecimento)

🌐 **AUTONOMIA** (Capacidade de implementar e avaliar as acções por si, de modo a requerer serviços de forma adequada)

40

**Algumas formas de agir em situações complicadas com o seu doente, de forma a diminuir a sua sobrecarga**

41

## A pessoa ansiosa



42

- Reconhecer a sua ansiedade e levá-la e exprimir-se sobre o que a perturba, sobre os seus medos;
- Manifestar-lhe compreensão;
- Tocar-lhe na mão ou no ombro;
- Explicar-lhe todos os cuidados que vai realizar e porquê;
- Colocar questões claras e simples;

43

- Proceder lentamente sem a apressar. O stress prejudica a concentração;
- Se a pessoa chora, dar-lhe tempo para entrar em contacto com as suas emoções, deixá-la exprimir-se;
- Oferecer-lhe frequentes reforços positivos;

(fazer elogios)

44

### A pessoa depressiva/triste



45

- Não se mostrar muito alegre, estimulante e entusiasta;
- Reconhecer a sua dificuldade;
- Permitir-lhe exprimir as suas emoções;
- Mostrar muito interesse pelo que ela diz e manifestar-lhe compreensão no que diz respeito às suas dificuldades;

46

- Perante o seu negativismo, utilizar o reenquadramento para fazer ressaltar pontos positivos;
- No final agradecer-lhe a sua colaboração e esforço.

47

### A pessoa desconfiada



48

- Explicar os objectivos dos seus cuidados;
- Clarificar a resistência;
- Evitar a insistência nos pontos em que se mostra mais reticente. Negociar;
- Responder claramente às questões;
- Mostrar-lhe que respeita o seu ponto de vista;

49

- Não pode questionar a veracidade das suas afirmações; (hoje andaram cá em casa de noite)
- Não pode levantar a voz, deve procurar tranquiliza-lo;
- Não pode perder a paciência e ofender-se com as acusações infundadas.
- Tem que ser muito paciente!

50

### A pessoa agressiva/irritável



51

- Não tornar a nível pessoal comentários desatenciosos; (comentários mal-educados a seu respeito)
- Aceitar a pessoa tal como ela é;
- Pensar que uma pessoa exigente e difícil está muitas vezes a sofrer, ansiosa, solitária e assustada;
- Reconhecer a dificuldade da pessoa;
- Continuar calma para a levar a baixar a agressividade;

52

- Se a pessoa manifesta violência verbal, fazer-lhe saber que o seu comportamento é inaceitável;
- Não a apressar, dar-lhe tempo para se exprimir, e mesmo para verbalizar o seu negativismo;
- Diminuir os estímulos ambientais;
- Se for necessário, fazer-lhe executar respiração abdominal para a acalmar.

53

- Não perder a paciência;
- Deve tentar não se mostrar assustada;
- Chamar a atenção do doente para outras coisas, por exemplo, ver televisão, trabalhos manuais, etc.;
- Não deve ralhar. O doente esquece-se em muito pouco tempo e não terá consciência de como o seu comportamento pode ter sido ofensivo.

54

### A Pessoa que recusa admitir que está doente



55

- Ouvi-lo com atenção e explicar-lhe que embora estejam a ocorrer alterações, vai estar sempre junto dele para o ajudar. É uma tarefa difícil, mas o cuidador vai ter de o ajudar a manter a sua orientação. (Relembra-lo de determinadas situações que o levem a ter consciência de que necessita de cuidados)

56

### A Pessoa que tem problemas de comunicação



57

- Olhá-lo sempre nos olhos quando estiver a falar com ele ou a ouvi-lo;
- Falar sempre com ele lentamente, pronunciando as palavras com clareza;
- Não se cansar de repetir as coisas.
- Deve tentar transmitir a ideia que pretende exprimir da forma mais simples possível;
- O doente não é uma criança: deve tratá-lo com respeito e não infantilizá-lo.

58

A comunicação é um processo de criação e recriação de uma mensagem entre os intervenientes do processo, sendo aí que reside a dificuldade comunicacional (Phancuf, 2005)

É necessário olharmos para o doente e olharmos para nós no sentido de descobirmos o que poderá estar a dificultar a interacção!...  
**Por vezes é tão simples basta alterarmos algumas das nossas atitudes e ajudamos o doente a alterar as dele.**

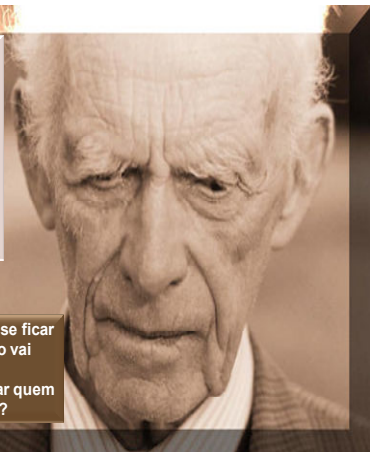
59

## RECOMENDAÇÕES

60

Está tão preocupado para quê?  
Será que assim vai conseguir a solução para o seu problema?  
E o seu coração vai aguentar?

Se não aguentar e se ficar doente, o mundo vai acabar?  
Vai conseguir ajudar quem precisa de si?



61



Respire... Acalme-se...  
**NÃO SE ESQUEÇA QUE UM COMBATENTE ESGOTADO,  
 É UM MAU COMBATENTE.**

62



63



**JÁ PENSOU QUE É  
 IMPORTANTE TER MAIS  
 CUIDADO CONSIGO  
 PRÓPRIO?**

**Atenção que fazer  
 coisas boas na vida,  
 pode funcionar como  
 uma terapia!...**

64

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALARCÃO, Madalena - **(Des)Equilíbrios Familiares**. 3ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-067-3, p. 39/111.

ALMEIDA, Cristina; COLAÇO, Cristina; & SANCHAS, Lina - **Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação os cuidados ao doente durante o período de internamento**. Lisboa:(s.n.) 1996. Relatório final do curso de investigação em Enfermagem 94/95 do Hospital Egas Moniz, p.32.

CORREIA, C. ; DIAS, F. ; COELHO, M. ; PAGE, P. ; VITORINO, P. - **Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 2, 2001, pp. 76. [Em linha], [consulta 2010-02-11].Disp. em: <http://www.ansa.unl.pt/disciplinas-de-saude/col/col/sector-de-publicacoes/revista/2000-2009/pdf/EC07-2001.pdf>

FERREIRA, Maria de Fátima - **Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga de Família/Cuidador Principal no Suporte Palliativo do Doente Oncológico**. Lisboa: UCP, Cadernos de Saúde, Vol. 2, nº 4, ISSN: 1647-0559, pp. 67-88.

GUIMARÃES, Paula - **A pessoa idosa e a Sociedade - Perspectiva Ética**. Coleção Bioética. Lisboa. Conselho Nacional de Ética para as ciências da vida, 2000, p. 94.

IMAGINÁRIO, Cristina - **O idoso dependente em contexto Familiar**. Coimbra: Formasou, 2004, p. 64.

JONES, J. - **Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Alameda, 2006, p. 100.

LAGE, Isabel - **Obrigado pela Vossa Gentil Atenção**. Lisboa: Oimpepi Editores, 2006. ISBN: 972-796-185-1, pp. 203-229. (Livro tem 320 p.)

LAGE, Isabel - **Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador Informal**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007, pp. 412/413 [em linha], [consulta 2010-08-13], Disponível em: <http://www.repositorio-aberto.up.pt/>

LOURO, Maria - **Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários**. Coimbra: Formasou, 2006, p. 100.

MARTIN, Ignacio - **O Cuidado Informal no Ambiente Social**. In PAUL, C. & FONSECA, A. M. (Coord.) - **Envelhecimento em Portugal**. Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Coimbra: Alameda, 2002.

MELO, B., LORENZATO, B., F. - **Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários**. Coimbra: Alameda, 2002.

OCAMPO, J.M., HERRERA, J. A., TORRES, P., RODRIGUEZ, J. A., LOBOAL, & GARCIA, C. A. - **Sobrecarga associada com el cuidado de ancianos dependientes**. Colombia Médica, 2007; 38, pp. 40-46.

PHANEUF, Margo. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação** 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3 p.163-181.

REDMAN, Barbara Klug - **A Prática da Educação para a Saúde** 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-39-8, p. 197.

SEQUEIRA, Carlos - **CUIDAR DE IDOSOS DEPENDENTES**. Coimbra: Quarteto editora, 2007. ISBN 978-989-558-092-7. (310 páginas)

## APÊNDICE XXIV

PROTOCOLO - INTERVENÇÕES DE SUPORTE/ALÍVIO COM A PESSOA  
QUE DE FORMA INFORMAL CUIDA DE QUEM SOFRE DE UMA DOENÇA  
CRÓNICA E INCAPACITANTE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA  
DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR  
POLITÉCNICA DE  
SAÚDE de LISBOA

Mestrado em Enfermagem de  
Natureza Profissional – Área de  
Especialização em Saúde  
Mental e Psiquiatria  
2º Semestre

**INTERVENÇÕES DE SUPORTE/ALÍVIO COM A PESSOA QUE DE FORMA  
INFORMAL CUIDA DE QUEM SOFRE DE UMA DOENÇA CRÓNICA E  
INCAPACITANTE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRICA**

---

---

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM**

**Autor:**

Enf<sup>a</sup> Cláudia Silva  
Aluna N.º. 192009082

**Tutora:**

Enf<sup>a</sup> Sarreira Santos

**Supervisora Clínica:**

Enf<sup>a</sup> Helena Dias

Lisboa, Novembro de 2010

## RESUMO

Este trabalho apresenta a perspectiva da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, segundo a forma de Protocolo direccionado aos cuidados que o enfermeiro da equipa de cuidados continuados integrados, da UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade inserida no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) - Arco Ribeirinho, realiza com o Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante.

Objectivámos através deste estudo, elaborar a sistematização das intervenções de enfermagem, após ter sido realizado o diagnóstico da situação, principalmente aquelas relacionadas com os aspectos emocionais negativos vivenciados pelo cuidador informal ao cuidar o doente crónico com dependência física e psíquica, e testar sua aplicabilidade.

Ponderando sobre a apreciação do tema, e considerando uma linha de pesquisa muito própria da enfermagem que engloba o Cuidar do Cuidador Informal, poder-se-á entender que as referências teóricas encontradas são vastas, o que facilitou a avaliação crítica da melhor evidência disponível e muito contribuiu para a elaboração de recomendações estruturadas capazes de guiar de forma excelente as decisões clínicas dos enfermeiros.

Os resultados apontarão provavelmente para a melhoria das respostas dos enfermeiros à população seleccionada e, conseqüentemente, a diminuição da sobrecarga do cuidador informal, pois as habilidades exigidas para o cuidado holístico no domicílio, poderão melhorar na equipe de enfermagem através do estabelecimento de diretrizes sistematizadas e com a aplicação de regras explicitamente definidas.

Acreditamos, portanto, que protocolar o agir do enfermeiro com o Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante, contribui para a optimização do seu cuidar, dinamizando e agilizando as intervenções adequadas

**Descritores:** Protocolo; Cuidado de Enfermagem; Cuidador; Sobrecarga do Cuidador.

## ABSTRACT

Treats-itself of a work that includes the preparation of a protocol from the perspective of Mental Health Nursing and Psychiatry, dedicated to the care that the nurse team integrated continuum of care, included in the UCC (the Community Care Unit) of the ACES (Grouping Health Centers) - Arc Riverside, performs with the informal caregiver of the person who suffers from a chronic and disabling.

We aim through this study, to develop the systematization of nursing interventions performed after the diagnosis of the situation, especially those related to the emotional aspects experienced by informal caregivers connected with the care of chronically ill with addiction and test their applicability.

Pondering the appreciation of the topic, and considering a line of research very own nursing encompassing the Caring for the Caregiver Informal power will understand that the vast theoretical references are found, which facilitated a critical evaluation of the best evidence available, and contributed greatly to the development of recommendations structured able to guide clinical decisions of nurses with excellence. The results probably will point to the improvement of nurses' responses to the population selected, and consequently the decrease or absence of informal caregiver burden, because the skills required for holistic care at home, can grow in the nursing staff through the establishment of systematic guidelines and the application of rules explicitly defined.

Therefore, we believe that the act of filing with the nurse Informal Caregivers of a person suffering from chronic and debilitating disease contributes to the optimization of their care, streamlining and expediting the appropriate interventions to clients.

**Key words:** Protocol; Nursing Care; Caregiver Burden.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

cit. – Citado

ed. – Edição

et al – e outros

Disp. – Disponível

Idem – do mesmo autor a que se refere a ultima nota

p. - página

Pág. – Página

pp. – Páginas

vol. – Volume

## **LISTA DE SIGLAS**

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

## SUMÁRIO

<b>0. <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>6</b>
<b>1. <u>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</u></b> .....	<b>9</b>
1.1. FAMÍLIA .....	9
1.2. A DOENÇA CRÓNICA E OS CUIDADOS NA FAMÍLIA .....	14
1.3. SOBRECARGA DO CUIDADOR .....	16
1.4. CUIDAR DO CUIDADOR: UMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE .....	20
<b>2. <u>METODOLOGIA</u></b> .....	<b>24</b>
<b>3. <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u></b> .....	<b>31</b>
<b>4. <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u></b> .....	<b>31</b>
<b>5. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	<b>33</b>
<b>6. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>34</b>

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1:** "Trajectória da doença"

**Quadro 2:** Guião de Avaliação do Estado Mental

## **0. INTRODUÇÃO**

Este trabalho integra-se numa linha de pesquisa muito oportuna da enfermagem que engloba o Cuidar do Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante, numa perspectiva de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo despontado após a avaliação diagnóstica das necessidades da população circunscrita à área de cobertura onde está inserida a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Arco Ribeirinho.

Tal como outras zonas do país e até a nível mundial, o concelho do Barreiro não é excepção e nos últimos anos, segundo dados de INE de 2001-2010, começaram a surgir alterações demográficas, devido ao envelhecimento da população e decréscimo da taxa de natalidade. Tornaram-se mais significativas as alterações do padrão de morbilidade, surge um maior número de doenças crónicas incapacitantes, entre outras, as doenças cerebrovasculares, neoplasias, doenças neurológicas e degenerativas e as associadas ao envelhecimento. Verifica-se também profundas alterações a nível da estrutura familiar e social, surgem novas formas de família, com famílias nucleares mais reduzidas e com necessidades de novas organizações de recursos e de disponibilidade.

Se por um lado a rede familiar se torna tendencialmente mais susceptível, a rede social, como os vizinhos ou amigos também apresenta maior inflexibilidade nas ajudas e companhia que poderiam prestar.

Segundo um estudo efectuado por DIAS (2010) enfermeira da ECCI do Arco Ribeirinho, cerca de 90% dos indivíduos desta população apresentam idade superior a 65 anos sendo a média de idade de 73 anos. Segundo o índice de Katz, cerca de 61% apresentam total dependência para desempenhar as AVD's e 34% apresentam dependência parcial para o seu desempenho.

Ainda no mesmo estudo, com a aplicação da escala de MIF a 40 utentes foi possível verificar a incapacidade funcional e cognitiva nas AVD's, e concluir que as actividades em que os indivíduos apresentam maior dependência são nomeadamente: a locomoção e transferências, seguidas de outras actividades como o auto-cuidado e por fim a comunicação.

Confirma-se, portanto, um notório aumento do número de pessoas de risco com acrescido grau de dependência e com necessidades de cuidados específicos e adequados na área da saúde.

Relativamente ao cuidador principal, foram aplicados inquéritos a 20 cuidadores, com o objectivo de avaliar não só o índice de stress, mas também outros aspectos de saúde e outros de índole social e económica e os resultados foram os seguintes:

- O cuidador principal apresenta elevado grau de stress, grande sobrecarga económica, angustia marcada, tensão física elevada e alterações emocionais/labilidade emocional;
- Os reajustes na família, nas situações em questão correspondiam a momentos de confraternidade e não propriamente de ajuda na prestação directa de cuidados;
- Quanto aos sentimentos dos familiares face à situação, foi demonstrada uma grande tristeza pelos mesmos, uma iniquidade de vida associada à relação estabelecida com a pessoa cuidada e à situação de vulnerabilidade do familiar doente;
- Para a família o único objectivo é o bem-estar do pessoa doente, nem que para isso as suas próprias necessidades fiquem para segundo plano.

Para a realização deste trabalho, foram também consideradas as dificuldades dos enfermeiros da ECCI do Arco Ribeirinho, tendo em conta os resultados de um questionário aplicado aos mesmos, que evidenciam que nem sempre os mesmos demonstram ter conhecimento adequados e suficientes para lidar com o cliente e suas necessidades ao nível da saúde mental.

Perante este cenário considerou-se indispensável a sistematização das intervenções de enfermagem, principalmente aquelas relacionadas com os aspectos emocionais negativos vivenciados pelo cuidador informal.

PHANEUF (2005, p.4), apresenta a definição de competência clínica em enfermagem como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Considerando esta definição, podemos pensar que as habilidades exigidas para o cuidado holístico no domicílio, poderão crescer na equipe de enfermagem, através do estabelecimento de diretrizes sistematizadas e com a aplicação de regras explicitamente definidas.

Neste caso específico, a definição de um protocolo padronizado pode funcionar como aliado da equipe de saúde, pois contribui para agilizar o processo de tomada de decisão em enfermagem, onde se inclui o reconhecimento das alterações emocionais

interligadas com a doença física, e rapidez e precisão na definição de intervenções e prioridades no atendimento.

A enfermagem em saúde comunitária envolve um trabalho específico em diversas áreas, tendo sempre presente a melhoria do nível de saúde das pessoas, fundamentado em abordagens que imergem da necessidade de centrar a atenção na promoção da saúde, no estilo de vida, e na prevenção da doença.

Neste encadeamento e apreciando o Decreto-Lei nº 101/2006 que prevê as equipas de saúde mental comunitárias e a Lei de Saúde Mental nº 36/98 na qual a prestação de cuidados de saúde mental deve ser prioritariamente promovida a nível comunitário, é reconhecida a necessidade de incluir um enfermeiro de saúde mental nestas estruturas de intervenção.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria poderá, sem dúvida, ser inserido numa equipa comunitária, e dar um importante contributo, por exemplo, na redução da **sobrecarga do cuidador informal** da pessoa que vivência um processo de doença prolongada e ou dependência funcional, ou mesmo com os enfermeiros que prestam cuidados directos, ajudando-os a compreender os aspectos ligados às alterações da saúde mental e a planear as intervenções, dentro das suas competências, tendo como finalidade a obtenção de resultados mais significativos ao nível da saúde da população.

Intervenções essas que poderão ser mais eficazes e eficientes se tiverem o contributo do conhecimento especializado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que integra a abordagem holística<sup>20</sup> da pessoa como a forma mais adequada de dar resposta às suas necessidades, respeitando o que alude ROGERS (1970), citada por CROSSAN & ROBB (1999, p. 26) sobre a principal função do enfermeiro, que consiste em “Promover uma interacção sinfónica entre o ser humano e o ambiente, de forma a fortalecer a coerência e a integridade do campo humano, bem como redireccionar a padronização dos campos humanos e ambiental para uma realização de um potencial de saúde máximo”.

Desta forma a implementação de protocolos poderá ser considerada de suma importância para o eficiente atendimento de enfermagem na área da prevenção, na identificação de factores de risco e no encaminhamento adequado e preciso no caso de clientes que apresentam alterações significativas da sua saúde mental, mas sobretudo no aperfeiçoamento da Relação Enfermeiro/Cliente numa perspectiva de optimização dos resultados esperados.

---

<sup>20</sup> Segundo a *Association's Standards of Holistic Nursing Practice*, dos Estados Unidos, conceitos holísticos incorporam um equilíbrio entre a arte a ciência, intuição e análise, e interconexões de corpo, mente e espírito. (NETO & PAGLIUCA, 2002,p.827)

Os protocolos congregam um conjunto de recomendações estruturadas que proporcionam recomendações válidas baseadas numa avaliação crítica da melhor evidência disponível, em detrimento do processo baseado na opinião informal (GALVÃO, SAWADA, & ROSSI 2002, p. 692).

Sob este prisma as intervenções sem suporte científico poderão ser consideradas práticas sem impacto e até supérfluas, sendo importante realçar que os protocolos podem, também, servir de referência para a construção normas de qualidade e para a avaliação do desempenho do cuidar.

Contudo, não podemos descurar que o uso de um protocolo deve ser entendido como um instrumento de apoio, visto as intervenções de enfermagem serem individualizadas e adaptadas a cada situação, porém, para acções essenciais específicas serão um bom auxiliar no planeamento das intervenções e conseqüente melhoria dos cuidados prestados.

O presente protocolo apresenta propostas para o manejo de um problema específico através de intervenções sistematizadas. O objectivo é proporcionar aos enfermeiros informações que tornem o Cuidar do Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante, um processo mais facilmente realizável e com resultados mais ambiciosos.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1. FAMÍLIA**

A importância que a família assume no paradigma da prática do cuidar informal é a razão pela qual aqui é abordada a sua estrutura e as suas funções.

Existiram épocas com diferentes valores culturais, em que a família cuidava dos seus idosos com honra, valorizando-os na vida social e afectiva. Nos nossos dias, há uma mudança no perfil das famílias, onde não existe por vezes lugar para os mais velhos. Olhando para a actualidade, em que há uma livre “circulação” de pessoas, quer pela facilidade de deslocação, quer pela informação disponível (universo virtual), verifica-se que há cada vez mais novas práticas culturais e conseqüentemente novos tipos de famílias.

A família tem sido conotada com uma multiplicidade de imagens que torna a definição do conceito imprecisa no tempo e no espaço.

Para GUIMARÃES (2000) “a família constitui a linha da frente da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa, em qualquer fase da vida e em qualquer idade” (p. 94). E acrescenta-se, provavelmente em “qualquer lugar”.

Dadas as alterações de que a estrutura familiar tem sido alvo, o conceito de família tem sofrido várias reformulações no sentido de o tornar mais abrangente.

Se nos apoiarmos na definição de TAYLOR (1992) podemos definir família como “duas ou mais pessoas relacionadas entre si por vínculos de sangue ou legais, tais como casamento ou adopção” (p. 399). No entanto, segundo Bozett a família é definida de uma forma ampla, sendo “...constituída por uma ou várias pessoas unidas por laços de partilha e intimidade...” (ALMEIDA, 1996, p.32).

Assim, verifica-se que muitas vezes, as relações que estabelecemos com “estranhos” são mais importantes que a nossa própria rede familiar, tornando-se estas parte da nossa família. Logo, esta poderá ser constituída pelas pessoas significativas para o indivíduo e que este considere como tal. COSTA (2009) complementou esta ideia referindo que a família é também um lugar de grande afecto, genuinidade, confidencialidade e solidariedade, portanto, um espaço privilegiado de construção social da realidade em que, através das interacções entre os seus membros, os aspectos do quotidiano individual recebem o seu significado e os “ligam” pelo sentimento de pertença àquela e não a outra família.

JONES (2004), numa perspectiva sistémica, definiu Família como “um sistema de seres humanos em interacção mútua...” (p.30), ou como nos adianta ALARCÃO (2006) ao citar SAMPAIO & GAMEIRO (1985), a família será “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”(p.39).

Nesta perspectiva, a família é algo mais do que a soma dos seus elementos: é a interacção dos vários elementos e varia de composição, forma e funcionamento. Logo, falar numa perspectiva sistémica de família implica uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento, assim como de todos os seus membros e suas interacções.

Para MINUCHIN (1982) cit. por MELO, LORENZATO, FILHO, MELO & CARDOSO (2005), o sistema familiar é “um conjunto de exigências praticáveis, subentendidas ou não, que organizam os modos pelos quais os membros das famílias interagem. Nesta perspectiva, uma família é um sistema que opera através de padrões transaccionais, isto é, de regras oriundas das interacções repetidas entre os indivíduos” (p.414).

Cada elemento da família tem necessidades, que carecem de ser satisfeitas e que assumem diferentes papéis dentro do seu contexto social, isto é, “cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, desenvolvendo em simultâneo vários papéis em diversos contextos, implicando outros tantos estatutos, funções e tipos de interacção com diferentes e por vezes antagónicos graus de autonomia” (IMAGINÁRIO, 2004, p.64).

Assim, a família será um sistema constituído por sub-sistemas que interagem com outros sistemas (ou subsistemas) o que permite que a família ganhe forma e identidade. Numa família podem-se encontrar quatro subsistemas: o subsistema individual (o indivíduo); o subsistema conjugal (marido e mulher); o subsistema parental (constituído pelos mesmos adultos que visam a educação e protecção dos filhos); o subsistema fraternal (constituído pelos irmãos). Estes subsistemas embora tenham funções diferentes estão intimamente relacionados e as pessoas pertencem simultaneamente a vários sub-sistemas (ALARCÃO, 2006, pp. 55-56).

Segundo o mesmo autor, todas estas interacções são sujeitas a limites que são os papéis e funções, normas e estatutos ocupados pelos indivíduos. Estes limites, permitem que cada um saiba a sua identidade, o que pode esperar de si próprio e dos outros e vice-versa. Para que esta interacção aconteça, as fronteiras dos sistemas (ou subsistemas) devem ser permeáveis pois permitem a passagem selectiva de informação.

A família não é um sistema estanque e inalterável, ela desenvolve-se, evolui e complexifica-se. Os elementos constituintes transformam-se ao longo da sua história familiar, mediante exigências internas e externas, promovendo a necessidade de aquisição de novos papéis em função da rejeição de outros, de modo a assegurar o bom funcionamento familiar.

Cada elemento de uma família vai fazer parte, não apenas, de um sistema, mas de vários sub-sistemas o que lhe vai conferir, um leque alargado de papéis e funções a desempenhar, que vão diferir de contexto para contexto, em níveis de autonomia, representatividade, proeminência e até qualidade (ALARCÃO, 2006).

Segundo MINUCHIN (1979) citado por COSTA (2009), a família tem duas funções primordiais: a função interna, que consiste no desenvolvimento e protecção dos seus elementos e a função externa, que é responsável pela socialização, adequação e transmissão de valores e crenças de determinada cultura (p. 76). Ou seja, o desenvolvimento da família dá-se de forma a conseguir objectivos específicos que vão delimitar a segurança necessária no período das suas transições.

Neste contexto McCUBBIN & McCUBBIN (1996) apreciaram que a resiliência pode ser considerada como “uma estratégia de coping bem sucedida por parte das famílias para enfrentar situações de transição, stress ou adversidade” (AUGUSTO, 2009, p. 387).

Assim, “a família contribui para o desenvolvimento e segurança dos seus elementos de várias formas: satisfazendo as suas necessidades mais elementares protegendo-os contra os ataques do exterior; facilitando um desenvolvimento coerente e estável;

favorecendo um clima de pertença, muito dependente do modo como são aceites na família” (COSTA, 2009, p. 76).

Segundo a mesma autora, a família tem a capacidade de permitir aos seus membros experimentar diversas funções e papéis, durante o seu “crescimento”, de separar-se mas poder sempre voltar, de se expressar nas mais variadas situações, de fazer movimentos constantes para o exterior, o que implica que a família passe por momentos de alguma desorganização e ansiedade.

Na realidade, tal como a unidade pessoa, também a família passa por determinados momentos de crise que serão a manifestação de necessidades que não consegue satisfazer e, portanto, será um pedido de uma nova etapa ou mudança. Estas crises caracterizam-se por conflitos diversos mas não são necessariamente negativas, pois contribuem para o crescimento e para a passagem para um novo nível, importante e necessário no ciclo vital. Essas situações serão ultrapassáveis através da negociação/implementação de novas regras na relação. Segundo MINUCHIN (1979) são “estas regras ou formas específicas de relação que regulam, de algum modo, o comportamento dos membros de uma família são denominados padrões transaccionais” (COSTA, 2009, p. 76).

Para GAMEIRO (1992) cit. por COSTA (2009), para caracterizar parte da família em que a interacção é mais intensa por proximidade geracional e definir as fronteiras deste subsistema dentro do sistema familiar e deste com o exterior criaram-se as noções de limite e sub-sistema, surgindo assim o sub-sistema parental, o sub-sistema filial, etc.

SAMPAIO & GAMEIRO (2005, p. 64), consideraram que o conceito de limite permitiu a Minuchin caracterizar as famílias em “*famílias aglutinadas*”, com limites difusos não permitindo a individualização dos elementos da família, característica das famílias psicossomáticas, e *famílias desagregadas* em que os limites aparecem excessivamente marcados, não permitindo trocas afectivas e vivendo cada membro da família afastado do conjunto familiar.

Ainda segundo estes autores uma família não disfuncional teria limites claros, mas permeáveis, permitindo o contacto entre os elementos dos sub-sistemas, mas mantendo a individualização de funções.

Enquanto estrutura, a família diferencia e executa as suas funções através de vários sub-sistemas, já enunciados anteriormente, que operam através de padrões transaccionais, nos quais as transacções repetidas estabelecem modelos de como, quando e com quem interagem os seus elementos.

Mas, então, quais são as funções que a família deve desempenhar?

BARKER (2000, p. 27) adiantou-nos algumas:

- “A resposta às necessidades básicas (pelo menos) da vida dos seus elementos.
- Reprodução e continuação da espécie.
- Criação e socialização dos filhos
- Espaço para a expressão da sexualidade do casal.
- Possibilidade de amparo e apoio mútuo dos seus elementos”.

Segundo este autor, as funções enumeradas acima, nem sempre se aplicam à situação de todas as famílias, já que alguns casais preferem não ter filhos.

SAMPAIO & GAMEIRO (2005, p. 63) fizeram referência à terapia estrutural desenvolvida por Salvador Minuchin nos anos sessenta, em que a *estrutura* de uma família foi definida como um agregado oculto de carências funcionais que organiza o modo como os elementos da família se relacionam.

Esta teoria “privilegia a compreensão dos indivíduos através do estudo das suas relações com o meio social e o familiar, entendendo a família como uma organização” (MELO et al, 2005, p.414).

Segundo estes autores, para BERTALANFFY (1976), é importante considerar que:

“a família opera de acordo com os princípios básicos da Teoria Geral dos Sistemas, registando-se: a) *homeostase*, tendência da família em manter um certo padrão de relacionamento e em apreender operações para impedir mudanças nesse padrão; b) *morfogénese*, alteração dentro da ordem estrutural e funcional do sistema; c) *casualidade circular*, isto é, as modificações num elemento afectariam todos os outros” (Idem, p.414).

ALARCÃO (2006) defende, também, que é importante não esquecer que o sistema familiar tem que tolerar e até favorecer, certas transformações que lhe são inerentes, tais como o nascimento das crianças, o seu crescimento, o seu acesso à separação e autonomia, o envelhecimento dos pais, etc., assim como outras que acidentalmente possam surgir.

No contexto da família importa perceber que há factores que podem influenciar o normal funcionamento do ciclo vital familiar, como por exemplo: a evolução demográfica, o controlo da natalidade, o trabalho feminino, entre outros, que determinam a forma como esse desenvolvimento ocorre.

A família é um sistema vivo. E, como todo o ser vivo, que nasce, cresce, reproduz-se e morre, também a família, num contexto evolutivo, passa, invariavelmente, por estas fases.

COSTA (2009) definiu o ciclo de vida familiar, como sendo um agregado de acontecimentos universais, apesar das variações culturais ou sub-culturais, sequencialmente previsíveis, indutores de mudança e adaptação formal ou simbólica de organização familiar, sendo o casamento, a maternidade e paternidade, exemplos

destes acontecimentos e que organizam o indivíduo de forma a conseguir elaborar o seu projecto de vida.

Importa aqui salientar que este ciclo corresponde à família típica, portanto à família nuclear intacta, não abrangendo as consideradas, novas famílias, tais como, famílias reconstituídas, “nomeadamente as recasadas, onde é notório o entrecruzar de diferentes ciclos de vida individual e familiar”( ALARCÃO, 2006, p. 111).

O conhecimento do desenvolvimento familiar, ajuda a compreender a forma como certas famílias se comportam com os seus elementos doentes e dependentes, e a definir que tipo de intervenções podem ser implementadas de forma a restabelecer o equilíbrio das mesmas. Porém não nos podemos distanciar da individualidade que está associada a cada família e a cada um dos seus elementos, e que os padrões de funcionamento saudável podem ser divergentes, o que determina o nível de ajuda que cada família possa prestar aos seus membros, de modo a este ultrapasse as vicissitudes da vida, com a maior dignidade possível.

## **1.2 A DOENÇA CRÓNICA E OS CUIDADOS NA FAMÍLIA**

A doença crónica aparece não só associada ao envelhecimento da população, mas também, associado á transição demográfica e aos avanços da medicina, e assim a exigência real e potencial de cuidados não pára de crescer.

Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento das situações crónicas e incapacitantes, problemas de dependência e ou deficit funcional que requerem a médio e a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (LAGE, 2006, p. 203).

Contudo a doença crónica também está presente na adolescência e de uma forma geral em todos os grupos etários, podendo ser um factor desencadeante de sofrimento psíquico.

As doenças crónicas têm vindo a adquirir uma importância relevante nos sistemas de saúde. Como resposta a este problema, as famílias são cada vez mais requeridas como prestadores dos cuidados.

Todavia e segundo MARQUES [et al] (1991, p. 46) as doenças crónicas têm repercussões na família que exigem intervenções específicas dos profissionais orientadas para que esta consiga lidar adequadamente com o doente a sua doença, e salienta, ao citar GIACQUINTA (1977), as alterações verificadas no meio familiar numa primeira etapa como, “enfrentar a realidade; impacto; desorganização funcional; procura de uma explicação; pressão social; perturbações emocionais”.

Quando pensamos em cronicidade, não podemos deixar de considerar que a angústia faz parte da vivência dos doentes oncológicos e segundo CAPELA & APOSTOLO (2009) estes “apresentam graus elevados de sofrimento psicológico e sócio-relacional sofrendo especialmente pelo impacto negativo que a doença tem nos entes próximos” (p. 398).

Importa ainda fazer referência às principais implicações para a família do doente oncológico que segundo CARDOSO, LUENGO, TRANCAS, VIEIRA, & REIS (2008) se traduzem em determinadas necessidades como “...receber apoio, confirmação e reforço dos seu contributo para o conforto do doente; (...) ser informado acerca da condição do doente e sua morte iminente; (...) poder exteriorizar emoções; (...) receber conforto e apoio dos membros da família, (...) receber aceitação. Apoio e conforto dos profissionais de saúde” (p. 13).

Se nos referirmos à doença mental crónica reportamo-nos a um padrão comportamental no indivíduo que causa sofrimento e incapacidade e, onde ainda, de acordo com LOUREIRO (2009), são mantidos “os mitos e estereótipos que acarretam prejuízos para os doentes” (p. 121). E acrescenta-se, também para quem deles cuida. FIGUEIREDO & CHAREPE (2010) numa perspectiva ampla dos domínios de funcionamento familiar afirmam que “as exigências decorrentes da situação da doença mental se repercutem ao nível das dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcional, implicando a redefinição de papéis, ampliando-se às interacções com os sistemas amplos” (p. 24).

PAÚL (1997) salienta que é na área de saúde mental e emocional, que os efeitos da prestação de cuidados na dependência têm maior evidência, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. (MARQUES, 2007, p. 78).

Ainda neste seguimento, não podemos deixar de incluir o acidente vascular cerebral que MARTINS, RIBEIRO, & GARRETT (2003, p. 131) ponderaram como a patologia que causa maior índice de incapacidade, dependência funcional e a maioria dos óbitos registados, sendo que causa deterioração cognitiva, física, emocional e social do indivíduo. Pelo que o cuidado prestado a estas pessoas é muito exigente para a família.

Estas são algumas das situações traumáticas, que muitas vezes contribuem para o desequilíbrio emocional na família, e que num envolvimento recíproco, no qual não podemos deixar de pesar o que referiu LAGE (2007) “A saúde do indivíduo, (...) afecta toda a função da família, e por sua vez, a função da família afecta a função de cada indivíduo” (p. 72).

MARTINS (2003) defende que “A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo, daí que deva haver lugar no contexto dos cuidados para

que a família se mantenha ou mesmo adquira perícias para continuar a assistir os seus membros” (p. 56).

Segundo SANTOS (2003, p. 32) quando a doença crónica surge, verifica-se um conjunto de alterações que dependem da fase do ciclo de vida em que a pessoa se encontra, o que condiciona o tipo de adaptação que terá de ser feita no campo familiar, profissional e social.

É então importante ter a noção que perante uma situação de doença crónica o cuidador informal pode adaptar diferentes formas de respostas, e que dependendo das estratégias utilizadas pode ter, ou não, repercussões negativas que podem comprometer a sua saúde.

Porém, apesar das particularidades de cada família, e segundo BURR & GOLD (1978) estas têm tendência a vivenciar um conjunto de experiências perante a doença de um dos seus membros que se designa como “trajectória da doença”. (ENELOW, FORDE & BRUMMEL-SMITH, 1999).

Fase	Tarefas chave	Comportamentos familiares positivos	Comportamentos problemáticos
<b><u>Início da doença</u></b>	Reconhecimento dos limites da saúde, vontade de aceitar os cuidados	Questionário aberto Ofertas de apoio	Negação das alterações Culpabilização da vítima
<b><u>Impacte da doença</u></b>	Aceitação do diagnóstico, adaptação às capacidades físicas, planeamento do tratamento	Discussão aberta partilha de tarefas apoio às capacidades restantes	Destabilização de um meio funcional Comportamentos abusivos
<b><u>Início da terapia</u></b>	Reorganização das responsabilidades, lidar com implicações financeiras e outras	Partilha de responsabilidades Planeamento realista do futuro	Recusa dos filhos (especialmente se a doente for mãe de uma criança)
<b><u>Recuperação precoce</u></b>	Reintegração na família e na sociedade	Flexibilidade das expectativas Novos papéis no interior da família	Reacções tardias, em particular quando a doença é súbita e traumática Desejo de ganhos secundários
<b><u>Adaptação à permanência do desfecho</u></b>	Redefinição da auto-estima e significado	Aceitação dos pacientes como eles são	Má vontade em aceitar ou adaptar-se às exigências da situação

Quadro 1 - "trajectória da doença", BURR & GOOD (cit. por ENELOW et al., 1999, p. 121)

Nestas situações, segundo SANTOS (2003, p. 30), encontram-se na família cuidadora sentimentos de culpa, pena, frustração, e tantos outros, que dificilmente serão superados sem que haja um apoio integral que permita sustentar todo este “mal-estar”, aumente a sua esperança, revalorização e auto-imagem, promovendo a sua adaptação às situações adversas.

### 1.3. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Tendo como ponto de partida os cuidados que são prestados pelo cuidador informal (família, amigos, vizinhos ou outro grupo de pessoas), estes podem ser considerados primários ou secundários.

Na primeira situação o cuidador é definido como sendo a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, aquele sobre quem recai a maior responsabilidade, e que não é remunerado pelos serviços que presta (DAVIES, 1992; JAMUNA, 1997; & CARRERO, 2002 cit. por LAGE, 2006).

Os cuidados secundários proporcionam a maior parte da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas (apoio emocional, compras, transportes) e ainda outras ajudas menores relativas ao cuidado pessoal (NOELKER & WALLACE, 1985; TENNSTEDT 1989 cit. por MARTÍN, 2006, p. 194).

Todavia, FERREIRA (2009) considera que na maior parte das vezes “a família/cuidador principal são pessoas que não possuem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir o cargo desta função, acabando por pôr em risco o seu estado de saúde e bem-estar do doente”(p.68).

A necessidade de conhecer o impacto dos cuidados prestados em quem os presta tem sido uma constante em alguns estudos realizados, que procuram conhecer as consequências que daí advêm.

BEUTER, ROSSI, NEVES, & BRONDANI (2009) afirmam que a “sobrecarga no cuidado domiciliar ocorre quando os familiares relegam suas próprias necessidades e desejos para um segundo plano” (p. 257). Sendo que daí podem advir dois tipos de sobrecarga: a objectiva e a subjectiva.

Para MARTINS [et al] (2003) a primeira equivale a “acontecimentos percebidos pelos cuidadores, (...) como (...) a restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e os efeitos destas alterações no seu bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico. A segunda refere-se aos sentimentos e atitudes inerentes às tarefas e actividades desenvolvidas no processo do cuidar” (p.135).

MARTINS, RIBEIRO, & GARRET (2003, p. 132) referiram que frequentemente os cuidadores informais entram em crise, manifestando sintomas tais como: “tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da auto-estima entre outros”.

Neste contexto será relevante referenciar o estudo realizado por LAGE (2006), que teve como objectivo avaliar a sobrecarga familiar em 107 cuidadores. Este autor concluiu que a maioria dos cuidadores vivia com as pessoas beneficiárias dos cuidados, sendo estas maioritariamente idosos, e sobretudo mulheres (esposas e filhas) que cuidavam mais de cinco horas por dia e com maior frequência, de 3 a 5 anos. Recebiam frequentemente suporte formal de carácter social, e não tinham ajuda de um cuidador secundário na prestação de cuidados. Destacou-se ainda o facto de

apresentarem uma média de escolaridade média baixa, baixo rendimento económico, de serem casados e não activos profissionalmente (p. 214).

LAGE (2006) constatou, ainda, que a qualidade de vida é melhor para os cuidadores mais escolarizados, e para os que tem suporte formal. Os cuidadores mais escolarizados referem menor depressão/rejeição e menor fadiga. Relativamente às diferenças de género, o estudo aponta que as mulheres têm percepção de maior sobrecarga, tanto objectiva como subjectiva.

LAGE (2007) comprovou, também, que os cuidadores mais velhos apresentam alterações mais consideráveis no seu estado de humor, nomeadamente “quanto mais velhos são os cuidadores maior é a depressão, menor é o vigor, maior é a fadiga e a percepção da confusão” (p. 412).

Porém esta autora avaliou ainda os aspectos económicos, concluindo que a um rendimento mensal mais elevado está associado a percepção de menor depressão e melhor saúde, sugerindo ainda, “ser preditor de menor sobrecarga subjectiva, menor hostilidade, menor tensão e melhor qualidade de vida” (p. 413).

Considerando toda a pesquisa efectuada e outras realidades, será também significativo referenciar o estudo de OCAMPO, HERRERA, TORRES, RODRÍGUEZ, LOBOA, & GARCIA (2007) efectuado na Colômbia com 35 pacientes e respectivos cuidadores, com a finalidade determinar a frequência e os factores associados com a presença da sobrecarga dos cuidadores de idosos dependentes (p. 40).

Igualmente este estudo mostrou mais uma vez que a maioria dos cuidadores são mulheres, com uma média de idade de 49,4 anos e a relação de parentesco com a pessoa cuidada são na maioria filhas. Concluiu ainda que 52,2% dos cuidadores não apresenta sobrecarga, 40% apresenta uma sobrecarga leve e os restantes apresentavam uma sobrecarga intensa. Os cuidadores que apresentavam maior sobrecarga nos cuidados tinham a seu cargo idosos com doenças crónicas e sintomas depressivos. Os autores observaram ainda uma associação significativa com o grau de dependência da pessoa cuidada nas actividades de vida com intensidade da sobrecarga do cuidador, tendo sido encontrada ainda uma relação expressiva entre a sobrecarga do cuidador e a baixa funcionalidade familiar.

No caso da pessoa idosa, SALGUEIRO (2008) refere que quando aumenta a sua dependência, diminui a sensação de saúde e de qualidade de vida do cuidador principal, e é sobretudo “ a componente da saúde mental e a função social aquelas que estão mais afectadas” (p.61).

Também MARTINS [et al] (2003) concluiu que na maioria dos casos continuam a ser “os familiares directos do sexo feminino que maioritariamente apoiam os doentes, desempenhando assim o papel de cuidadores informais” ( p. 132).

Relativamente aos aspectos positivos, na literatura consultada, é dada pouca atenção. De um modo geral a investigação sobre o impacto do cuidar um familiar doente e dependente centraliza frequentemente os aspectos negativos.

A execução dos cuidados na perspectiva do cuidador informal interfere com vários aspectos da sua vida e frequentemente vivenciam situações de crise, que segundo os mesmos autores, se manifestam com vários sintomas como: “tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima entre outros” (p. 132). E, segundo MOREIRA (2006), os sentimentos e emoções mais frequentes, vividos pelo próprio cuidador, inerentes a estas situações são: “Tristeza, Angustia, Negação, Evitamento, Ocultação, Revolta, Desespero, Impotência, Sofrimento” (p. 97).

Por último, consideremos as características referidas por CAMPOS, PADILHA, & OLIVEIRA (2010, p. 33) atendendo à pesquisa bibliográfica que efectuaram, e donde concluíram que os novos elementos da família prestadora de cuidados apresentam aspectos em comum, que podem potenciar o *Burden* familiar, especialmente:

- “- Raramente a decisão de tomar ou não conta do familiar é um exercício informado (Taraborrelli, 1993; Opie, 1993; Henwood, 1998; Banks, 1999);
- Recebem preparação pouco estruturada para o exercício do papel (Warner & Wexler, 1998);
- As capacidades para tomar conta não são frequentemente avaliadas, logo as habilidades são desenvolvidas por tentativa e erro ou por aprendizagem passiva (Harvath et al 1994)”.

Nas situações que envolvem a família como cuidadora, para facilitar a avaliação das necessidades de intervenção dos profissionais de saúde, podem ser utilizadas escalas no estudo da sobrecarga do cuidador informal. Existem diversos instrumentos padronizados, sendo o mais utilizado em termos internacionais a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Burden Interview Scale).

Recentemente esta foi adaptada e validada para a população portuguesa, partir de um estudo realizado por SEQUEIRA (2010) que provou que a referida escala é um instrumento válido e fiável para ser utilizado na avaliação do impacto de doenças físicas ou mentais nos cuidadores informais, pelo que sugerimos a sua utilização na prática.

#### **1.4. CUIDAR DO CUIDADOR INFORMAL NA COMUNIDADE, UMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.**

Cada vez mais se valoriza e se encaminham os cuidados para um contexto domiciliário onde a família é na maioria das vezes o suporte principal, e por vezes único, nos cuidados básicos e gerais à pessoa com doença crónica e dependência.

A par desta situação a articulação entre os cuidados de saúde na comunidade e a saúde mental e psiquiátrica é cada vez mais significativa uma vez que a actual conjuntura evidencia a problemática interligada com a imprevisibilidade das altas hospitalares, a preparação reduzida para a alta que é feita aos cuidadores informais de doentes dependentes, conduzindo à necessidade de estes assumirem papéis para os quais não estão preparados. Também a política de desinstitucionalização foi mais generalizada o que obriga a uma intervenção de saúde mental e psiquiatria maioritariamente comunitária.

Nesta linha de pensamento podemos apreciar a Lei de Bases da Saúde (nº 48/90 – Base XIII) na qual se pode ler que “Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”. Mas considerar ainda que a satisfação das necessidades da pessoa doente e sua família está interligada com a indispensabilidade de cuidados globais e continuados, adequados incluindo todas as vertentes de especialidades exigidas.

A vertente de práticas continuadas deve ser dirigida aos indivíduos ao longo de seu ciclo de vida e englobar intervenções centradas na família que possibilitem a vivência adequada das transições, estimulando a sua autonomia e o direito de participarem nas decisões em matéria de saúde, sempre que forem capazes.

As situações que não requerem internamento hospitalar, permitem que o enfermeiro desenvolva uma prática centrada na comunidade, que possibilita, segundo CORREIA, DIAS, COELHO, PAGE, & VITORINO (2001), “a promoção e manutenção de estilos/comportamentos saudáveis e prevenção da doença da população, investindo na informação em larga escala” (p.76).

Nestes processos é actualmente reconhecido o papel da família como principal cuidador, considerando as novas respostas delineadas para os efectivos problemas de saúde mental, nomeadamente as descritas no Decreto-Lei nº 8/2010, para a qual terá de ser dirigida uma atenção específica, pois como considera MARTINS [et al] “A situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social” FERREIRA (2009, p. 74).

Às situações mencionadas podem estar associadas as dificuldades resultantes da necessidade de prestar cuidados, isolamento social e sobrecarga física e psicológica que são os indicadores mais comuns de uma adaptação ineficaz. Contudo, os recursos de apoio aos familiares cuidadores incluem as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em saúde mental, tendo em conta a vertente dos cuidados globais, e que são determinantes para uma transição saudável no exercício do cuidar do seu membro dependente.

Também LOURO (2010, p. 60) afirma que no contexto actual onde as políticas enfatizam a manutenção da pessoa com dependência no domicílio, além da articulação entre os serviços formais e informais, deverá ser reconhecido o papel central do cuidador (familiar ou amigo). Deste modo, em determinadas situações existe a necessidade de aliviar as experiências mais duras pelas quais passa a família, não só apostando na sua resiliência, mas também em outras formas de enfrentamento do *Burden* familiar.

Este agir implica que se considere o que expõe OLIVÉ RIBAS (1994) “o doente e a família constituem a unidade a cuidar, em que o doente é o protagonista, a família o apoio deste e a equipa de saúde a coordenadora da unidade (MOREIRA, 2006, p. 47). Nesta perspectiva são imprescindíveis as intervenções que o enfermeiro desenvolve no contexto domiciliário com o intuito de “apoiar a família e realizar ensinamentos de forma a permitir que esta cuide do doente participando activamente para a melhoria da qualidade de vida” FERREIRA (2009, p.72).

Relativamente à educação da família esta terá requisitos próprios. Segundo MARINHEIRO (2002) “deve ser realista, adaptada ao seu estado sócio-cultural e económico (...) assim como as relações interpessoais, a distribuição de papéis e a sua participação em actividades sociais e comunitárias” (p.54).

A psicoeducação pode então surgir como uma necessidade da família e da pessoa doente, sendo que, e de acordo com REDMAN (2003), esta consiste na “aquisição de competências psicológicas que permitem o lidar com os efeitos negativos da doença” (p. 197).

Assim a educação para a saúde poderá funcionar como um importante alicerce para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e melhoramento da gestão do stress.

Em grande parte destas vivências poderão ser enquadradas elevado número de situações terminais ou luto que poderão desencadear situações patológicas nas quais o cuidado emocional ganha grande significado (OLIVEIRA, SILVA, & GIORDANI, 2007, p. 6).

O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria poderá integrar uma equipa multidisciplinar e comunitária numa óptica de enfermagem de ligação, tendo como

propósito apoiar o cuidador informal aos três níveis de prevenção, podendo identificar necessidades de formação dos seus pares; programar acções de ensino visando a promoção e protecção da saúde mental; actuar na prevenção da perturbação mental e na adesão ao seu tratamento; promover a saúde mental nos locais de trabalho; envolver a comunidade na reabilitação dos doentes mentais; intervir junto de grupos de risco, considerando a prevenção de perturbações e a manutenção da saúde mental; gerir os cuidados de enfermagem ajudando os pares a lidar com situações inerentes à saúde mental da população, nomeadamente as alterações, e participar em trabalhos de investigação com o objectivo de permitir uma melhor qualidade dos cuidados.

Poderão ainda ser consideradas as intervenções nas quais o enfermeiro tem um papel fundamental no assumir do controle do contexto terapêutico, estando junto das famílias numa envolvente parceria, de forma competente e empática, e utilizando a relação interpessoal com a finalidade de capacitar as mesmas para a resolução dos problemas identificados.

Poderão ser intervenções individuais do âmbito da Relação de Ajuda em enfermagem que podem envolver a promoção da saúde individual e/ou o confronto e ajustamento à doença, sendo já reconhecidos os efeitos positivos desta intervenção sobre a saúde física e mental do familiar cuidador, pois, segundo CEQUEIRA (2005), “diminui o stress, a solidão, a angustia, ajuda-os a identificar e a resolver os problemas que se lhes colocam, apoia-os nos momentos difíceis e integra-os no projecto de cuidados assegurando uma continuidade de cuidados no domicilio com qualidade” (p. 70).

Nestas circunstâncias e segundo CARDOSO [et al] (2008) “existe a necessidade de um plano terapêutico global integrando os cuidados somáticos e psicológicos/psiquiátricos em todos os estadios da doença...” (p. 8).

Como tal, para planear e implementar as intervenções, é necessário que os enfermeiros saibam identificar os estadios de aceitação da doença pela família, que segundo Judy Bluhm (1988) são a: “negação; desorganização; ansiedade; aceitação” (HENRIQUES & JORGE, 1999, p. 24).

Porém, e não menos importante, é ainda imprescindível o enfermeiro reconhecer a importância do auto-conhecimento de modo a identificar facilmente os seus próprios sentimentos e, deste modo, melhor captar e incorporar a mensagem do outro. Serão as qualidades de autoconfiança e de auto-estima, que irão permitir o desenvolvimento de atitudes de compreensão, de respeito, de esperança e de escuta, necessárias ao estabelecimento de uma aliança terapêutica, essencial ao desenvolvimento de uma relação de ajuda (PHANEUF, 2005, p. 163-181).

O domicílio não é apenas um ambiente físico, nele existem sentimentos, emoções, desejos, valores, atitudes e comportamentos, assim, e segundo DUARTE (2007, p. 22), também neste contexto o cuidado envolve factores, como “a empatia, interesse, preocupação, apoio nas dificuldades, ensino e orientação dos cuidadores”, que implicam competências relacionais. O primeiro encontro com a família é um momento crucial em que se constrói a impressão inicial, que poderá dar origem, ou não, a um bom relacionamento terapêutico (FERREIRA, 2009, p.77).

Partindo destes pressupostos é relevante para que se compreenda a vivência da pessoa portadora de uma doença crónica e sua família considerar o que escreveu CARQUEJA (2009) a propósito de que “a ansiedade e a depressão podem imitar sintomas físicos decorrentes da doença ou do tratamento, fazendo com que estas perturbações não sejam detectadas” (p.12). Daí que avaliação diagnóstica realizada nestas situações, exija do enfermeiro especialista em saúde mental competências específicas que lhe permitam ter uma perspectiva dos aspectos físicos ligados á doença e sua repercussão no estado mental da pessoa.

De um modo geral, segundo MARINHEIRO (2002) e numa perspectiva de ligação “A Enfermagem poderá dar contributos para que as pessoas e as famílias se reforcem, se preparem e encontrem conforto para o sofrimento e para as dificuldades, a fim de lidarem no dia-a-dia com tantas possíveis situações de necessidade de apoio, suporte e ajuda, relacionadas ou não com cuidados técnicos específicos” (p. 8).

Mas se pensarmos numa abordagem abrangente em saúde esta implica, sem sombra de dúvida, a inclusão de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria nas equipas que intervém na comunidade, ou a criação de equipas multidisciplinares psiquiátricas em articulação com as equipas dos Centros de Saúde. Este Modelo implicaria a continuidade dos cuidados pela mesma equipa de saúde mental e psiquiatria do hospital geral, na articulação com as equipas de cuidados de saúde primários.

Mas até lá porque não efectivar mais assertivamente a articulação entre o hospital e as unidades de cuidados continuados dos centros de saúde através da valorização dos aspectos da saúde mental pela equipas de gestão de alta, e/ou promover contactos mais assíduos com os enfermeiros dos DPSM e os Centros de Saúde da área.

Devemos, sobretudo, ter presente que desde a antiguidade conforme MOREIRA (2006), “O envolvimento da família nos cuidados de saúde constituiu desde de sempre um acto de vida” (p. 43), assim como a enfermagem teve o seu início em casa dos doentes, é incontestável a importância de envolver a família nos cuidados e alargar os mesmos a esta.

É nesta perspectiva, que presentemente será essencial reconhecer a sobrecarga do cuidador informal como uma área de intervenção prioritária, numa perspectiva holística e humanista, que deverá ser privilegiada pelos enfermeiros em geral e em particular pelos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, inseridos numa equipa pluridisciplinar, considerando a família como parceira nos cuidados, dos quais ela própria necessita, tendo em conta as suas reais necessidades, e tentando fazer com que esta encontre de forma autónoma a resposta para os seus problemas.

## **2. METODOLOGIA**

Este trabalho contempla a elaboração e aplicação de um protocolo voltado para a prática comunitária do enfermeiro no Cuidar do Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante, com o contributo da perspectiva do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Para atender aos objectivos propostos, o estudo constituiu-se de quatro etapas.

### **Primeira Etapa: Pesquisa Bibliográfica**

Na fase inicial da primeira etapa foi realizada uma revisão de literatura na qual foram enfatizados os aspectos interligados com a Família na prática do cuidar, com os sentimentos e emoções vividos pelo próprio cuidador informal perante uma situação de doença que causa dependência, e as intervenções de apoio que o enfermeiro desenvolve com a finalidade de melhorar, neste contexto, a qualidade de vida destas pessoas.

Foram consultados livros, artigos e protocolos clínicos reconhecidos, assim como, estudos relativos a cada procedimento terapêutico.

### **Segunda Etapa: Elaboração do Protocolo**

A visita domiciliária ao Cuidador Informal é o início da sistematização da assistência da enfermagem comunitária. Este procedimento é indispensável à avaliação do estado físico e mental do cliente.

Após ter sido aplicado um questionário aos enfermeiros da ECCI, como referido anteriormente, com o objectivo de conhecer o modo como estes percebem a existência de alterações emocionais no cuidador informal do cliente a quem prestam cuidados e as dificuldades que sentem em lidar com essas situações, foi elaborado o protocolo – Cuidar do Cuidador Informal.

O instrumento é composto de três partes. A primeira consistiu na avaliação do estado mental do cliente; a segunda parte na elaboração de uma lista de potenciais problemas de enfermagem considerando as alterações emocionais negativas interligadas com o cuidar da pessoa com doença crónica e dependência. A terceira fase composta de 4 planos, constituídos por propostas de intervenções de enfermagem. Por ultimo, uma quarta fase onde são salientadas certas situações de crise que necessitam de encaminhamento para respostas especializadas.

### **1ª Parte - Avaliação do Estado Mental**

Os dados necessários à avaliação do estado mental do cliente, neste contexto, são obtidos, basicamente através da entrevista não estruturada. De modo a facilitar esta etapa o protocolo inclui um guião de avaliação do estado mental, sobre o qual foi feita formação específica aos enfermeiros, esclarecendo os aspectos emocionais interligados com a doença física.

Porém, é importante sublinhar que neste tipo de avaliação todas as percepções do enfermeiro relativas aos aspectos mentais do cliente terão de ser sempre validadas com a pessoa em questão.

## Guião de Avaliação do Estado Mental<sup>21</sup>

<p><b>APARÊNCIA</b></p>	<p>Deve-se observar o modo do cliente de andar, sua postura, roupas, adornos e maquilhagem utilizados sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho, atitude (amigável ou hostil), humor ou afecto predominante, modulação afectiva, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais e o contacto visual. Uma postura encurvada pode sugerir afecto triste, assim como desleixo no modo de vestir-se. Já o uso de roupas extravagantes e o excesso de adornos fazem pensar em mania ou características histéricas de personalidade. Uma pessoa com uma doença crónica ou com um grande sofrimento (por exemplo: depressão) pode aparentar uma idade maior do que a real, enquanto que pacientes hipomaniacos, histriónicos ou hebefrénicos podem parecer mais jovens. Pouco contacto de olhar pode indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento. É útil a comparação das características de aparência do cliente com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconómico, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação à aparência anterior da pessoa.</p>
<p><b>ACTIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO</b></p>	<p>A actividade psicomotora refere-se à maneira como a actividade física se relaciona com o funcionamento psicológico, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos do comportamento motor do paciente. Um cliente com inquietação psicomotora caminha constantemente, não consegue ficar quieto e frequentemente apresenta tensão e ansiedade. Outros sintomas comuns são rabiscar, balançar pés ou pernas, cruzar e descruzar frequentemente as pernas, roer unhas, ficar enrolando o cabelo, etc., em padrão acelerado. O atraso psicomotor é caracterizado por uma lentificação geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento, usualmente acompanhado de humor deprimido. Também ocorrem: respostas monossilábicas, aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por longo tempo, pouca gesticulação, expressão facial triste ou inexpressiva. A actividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada.</p>
<p><b>ATITUDE PERANTE O ENFERMEIRO</b></p>	<p>Frequentemente os clientes são inicialmente reservados, limitando-se a responder as perguntas do enfermeiro. Alguns são mais abertos, fornecendo mais dados e informações ricas, a partir de menos perguntas. Outros são reticentes, fechados e até desconfiados, por vergonha, falta de vontade ou medo de contar suas experiências pessoais. Também podem ser hostis, numa tentativa de envergonhar ou humilhar o examinador; bajuladores, para agradar o entrevistador; ou sedutores. Assim, a atitude frente ao enfermeiro pode ser amigável, cooperativa, irónica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente.</p>
<p><b>COMUNICAÇÃO COM O ENFERMEIRO</b></p>	<p>Devem ser observadas as características do discurso do cliente, em termos de quantidade, velocidade e qualidade de produção. Dessa forma, o tipo de comunicação pode ser descrito como normalmente responsável, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Enquanto que uma verbalização rápida pode indicar um estado de ansiedade, a lenta aparece associada à tristeza.</p>
<p><b>SENTIMENTOS DESPERTADOS</b></p>	<p>O entrevistador deve relatar a impressão emocional geral transmitida pelo paciente, ou seja, os sentimentos despertados em sua pessoa pelo cliente. Geralmente são sentimentos de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar. Tais dados podem ser uma importante pista para a psicopatologia subjacente. Destaca-se, ainda, que este item é intimamente relacionado com a aparência do paciente.</p>
<p><b>Ordem de Avaliação do Estado Mental</b></p>	<p>Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afectividade, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta e Linguagem</p>

Quadro 2: Guião de Avaliação do Estado Mental

<sup>21</sup> Baseado em ZUARDI & LOUREIRO (1996) – **Semiologia Psiquiátrica** (pp.47-52); em BAKER (2001) – **Exame psiquiátrico do estado mental** (pp. 25-66); e em CORDIOLI, ZIMMERMANN, & KESSLERM (2007) - **Rotina de Avaliação do Estado Mental**.

## **2ª Parte – Potenciais Problemas de Enfermagem – Alterações Emocionais Negativas vivenciadas pelo Cuidador Informal**

**Definição de emoções:** São fenómenos psico-fisiológicos de curta duração que representam formas de adaptação às exigências do meio ambiente (indicam a forma como as pessoas avaliam o que lhes está a acontecer). Assumem grande relevância no desenvolvimento da personalidade, da competência social e do eventual aparecimento de sinais ou sintomas de perturbação psíquica, podendo estar ligadas a comportamentos considerados normais ou a manifestações anómalas da conduta (SEQUEIRA 2006, pp. 98-99).

**Tipos de Emoções:** Tristeza, Angustia, Negação, Evitamento, Ocultação, Revolta, Desespero, Impotência, Sofrimento, Ansiedade, Preocupação, Solidão, Irritabilidade, Hostilidade, Frustração, Cansaço, Desesperança, Culpabilidade, Medo, Vergonha... Como forma de complementar e validar a avaliação diagnóstica realizada pelo enfermeiro com o cuidador informal durante a visita domiciliária, o protocolo inclui a Escala de Sobrecarga do Cuidador validada para a população portuguesa por SEQUEIRA (2010) (**Anexo** ), tendo sido autorizada a sua utilização pelo autor neste trabalho, que tem por base a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Burden Interview Scale).

## **3ª Parte – Propostas de Intervenções de Enfermagem**

Esta fase inclui a sistematização de intervenções de enfermagem efectivas, fundamentadas nas intervenções mencionadas por SEQUEIRA (2010) e (2006), que deverão minimizar a sobrecarga do cuidador informal.

A análise dos resultados será efectuada de acordo com própria observação dos aspectos evolutivos do estado mental durante a interacção estabelecida com o cliente, considerando as capacidades adquiridas para lidar de forma positiva com as adversidades sentidas, sendo que o alcance desta meta comprova a eficácia das intervenções proposta no protocolo.

Estes achados que serão ainda confirmados com a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de SEQUEIRA (2010).

### **PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL**

#### **Algumas actividades para concretizar esta intervenção**

- Cumprimentar a pessoa cordialmente;
- Incentivar a descrição de experiências emocionais;
- Ajudar a reconhecer sentimentos como a ansiedade, o medo e a tristeza;

- Motivar a utilização de mecanismos de defesa adequados;
- Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Facilitar a identificação de estratégias que habitualmente adopta face aos sentimentos de medo;
- Encorajar a falar como forma de diminuir a resposta emocional;
- Proporcionar ajuda na tomada de decisões;
- Encorajar e elogiar o envolvimento nos cuidados.

## **DIMINUIR A ANSIEDADE**

### **Algumas actividades para concretizar esta intervenção**

- Criar um ambiente que facilite a confiança;
- Explicar todos os procedimentos, incluindo as possíveis sensações que poderá experimentar face a situações indutoras de stress;
- Identificar a capacidade do cuidador informal em lidar com a situação de doença e dependência da pessoa cuidada;
- Procurar compreender a perspectiva da pessoa sobre situações stressantes;
- Utilizar técnicas de comunicação eficaz que favorecem o diálogo e partilha;
- Ajudar a reconhecer sentimentos como a ansiedade, o medo e a tristeza;
- Transmitir confiança, serenidade e disponibilidade, através de respostas concretas a atitudes congruentes;
- Incentivar a participação em actividades recreativas orientadas para a redução de tensões;
- Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Identificar qual a estrutura familiar de apoio;
- Consciencializar para a importância da participação da família como forma de aliviar o cuidador principal;
- Assistir a pessoa na identificação das vantagens do desempenho do seu papel;
- Facilitar a expressão das dificuldades do cuidador informal no desempenho do seu papel.
- Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades e estratégias para as superar;
- Orientar sobre técnicas específicas (banho, mobilizações, etc.);
- Orientar para actividades promotoras da saúde;
- Ensinar técnicas de alívio de stress.

## **DISPONIBILIZAR PRESENÇA**

### **Algumas actividades para concretizar esta intervenção**

- Usar o silêncio, quando apropriado;
- Estabelecer confiança e atenção positiva;
- Demonstrar uma atitude de aceitação;
- Ouvir as preocupações da pessoa;
- Estar fisicamente disponível para ajudar;
- Tocar a pessoa exprimindo interesse, quando apropriado;
- Mostrar disponibilidade, sem favorecer no entanto, comportamentos de dependência;
- Ficar com a pessoa para promover segurança e reduzir o medo;
- Oferecer contactos com outras pessoas de suporte;

- Proporcionar uma segurança optimista, mas simultaneamente realista.

## **PLANEAR/ OFERECER ESCUTA ACTIVA**

### **Algumas actividades para concretizar esta intervenção**

- Disponibilizar um espaço para “escuta activa”;
- Permitir a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos;
- Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz, mensagens verbais e não verbais;
- Valorizar as emoções;
- Evitar as barreiras à comunicação (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, terminar prematuramente a conversa);
- Focalizar-se na interacção, suprimindo preconceitos, influências, suposições, preocupações pessoais e distrações;
- Identificar os temas predominantes do discurso;
- Ajudar a pessoa na identificação de situações problema geradoras de ansiedade;
- Reflectir compreensão e recepção da mensagem no decurso da interacção.

## **PROMOVER APOIO/AUXÍLIO**

### **Algumas actividades para concretizar esta intervenção**

- Proporcionar conhecimentos sobre prestação de cuidados;
- Orientar sobre técnicas específicas (banho, mobilizações, etc.);
- Dar informação objectiva e adequada, quando possível;
- Considerar os aspectos da educação para a saúde, realizando ensinamentos individualizados;
- Orientar na planificação das actividades;
- Ajudar a encontrar estratégias que facilitem a prestação de cuidados;
- Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda;
- Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio;
- Orientar o cuidador sobre quando e a quem deve pedir ajuda;
- Orientar cuidador sobre os tipos de ajuda existentes;
- Informar sobre formas de solicitar ajuda;
- Promover a utilização adequada dos serviços de apoio;
- Orientar sobre estratégias promotoras da utilização dos recursos pessoais;
- Adoptar estratégias para manter e promover a auto motivação;
- Orientar o cuidador para se centrar nos aspectos positivos;
- Orientar para a importância da manutenção dos contactos sociais;
- Salientar a importância da satisfação e do bem-estar, orientando o cuidador para a implementação de estratégias que o promovam;
- Orientar para a importância de vigilância de saúde;
- Supervisionar factores predisponentes de sobrecarga;
- Orientar sobre estratégias promotoras de segurança (cuidador);
- Promover treino de estratégias específicas;
- Disponibilizar ajuda;
- Informar sobre recursos em situações de urgência;
- Esclarecer dúvidas.

#### **4ª Parte – Situações de Crise**

Na última fase da sistematização a equipa de enfermagem precisa de estar preparada para possíveis situações de crise que necessitem de intervenções mais especializadas e que impliquem encaminhamento para outros profissionais nomeadamente médico de família e posteriormente para o psiquiatra das consultas externas do Centro Hospitalar da área, tais como:

Anedonia; Isolamento marcado; Tristeza Prolongada ou Apatia; Ansiedade Excessiva; Medos Marcados e Desconfiança sem motivo; Perda de Peso Acentuada; Diminuição do Apetite; Insónia Persistente; Graves Dificuldades de Concentração; Ideação Suicida; Comportamento Violento; Perda de Auto-Estima; Fadiga persistente e Astenia; Diminuição da Libido.

#### **Terceira Etapa: Processo de Validação do instrumento**

Como estratégia de avaliação do protocolo proposto e relativamente a cada recomendação, foi solicitada a opinião de um grupo formado por 3 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria do Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, 1 enfermeiro especialista em reabilitação da ECCI,. Foram adotados três critérios para esta avaliação: relevância, aplicabilidade e viabilidade do instrumento. As propostas dos participantes forneceram contributos para a reestruturação da versão final do protocolo.

#### **Quarta Etapa: Aplicação do Protocolo**

Numa primeira parte o protocolo foi aplicado e testado num contexto académico, no decorrer do Ensino Clínico I do Curso do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria – UCP, durante cinco semanas e de acordo com a avaliação diagnóstica de enfermagem efectuada. Assim, em situações que foram detectadas alterações emocionais negativas foram efectivadas as intervenções apresentadas no protocolo.

Esta aplicação prática teve ainda como finalidade servir de modelo às enfermeiras da ECCI, ou seja, ponderando a aprendizagem no ver fazer para um melhor agir. Daí que cada visita domiciliária tenha sido planeada e realizada conjuntamente com os enfermeiros da ECCI, tendo sido proporcionado este tipo de experiência a todos os elementos da Equipa de Enfermagem.

O protocolo foi aplicado em 27 casos no decorrer da visita domiciliária, e tendo em consideração a percepção pessoal/observação directa realizada com cada pessoa e os valores obtidos com a aplicação da escala de sobrecarga do cuidador. De salientar

que todos apresentaram sobrecarga intensa na qual sobressaem as alterações emocionais negativas.

Com cada cuidador, de acordo com a avaliação diagnóstica, foram desenvolvidas as intervenções assinaladas neste protocolo que englobam intervenções de suporte e alívio da sobrecarga. Ainda de acordo com as necessidades apresentadas por estas pessoas, foram ainda realizadas intervenções no âmbito da educação para a saúde pelas enfermeiras da ECCI. Para a realização das referidas intervenções foi necessário realizar com alguns dos casos mais do que uma visita domiciliária, sendo que foram realizadas na totalidade 40 visitas.

Posteriormente, a aplicação do instrumento será efectuada pela equipa de enfermagem da ECCI, durante um ano, e efectuada nova avaliação dos resultados relativos á sobrecarga do cuidador informal, tendo por base os mesmos critérios.

Na avaliação dos resultados pretende-se a diminuição ou a ausência das alterações observadas, para tal espera-se que sejam evidentes as mudanças nas respostas dos enfermeiros diante das condições pré-estabelecidas no instrumento.

### **3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Admitimos que os casos avaliados comprovam, além da avaliação realizada inicialmente, a necessidade urgente das intervenções de enfermagem de saúde mental protocoladas para o contexto comunitário que expressem uma visão abrangente que possibilite uma melhor qualidade de vida à população, pois quanto mais elevados forem os níveis de sobrecarga maior será o risco de psicopatologia.

Desta forma não podemos deixar de pensar que os protocolos assistenciais quando aplicados de maneira apropriada, em situações previamente definidas, resultam em importantes instrumentos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Com a finalidade de alcançar melhores resultados procurou-se aproximar a organização do protocolo com uma linha de decisão que pudesse auxiliar o enfermeiro da ECCI a tomar decisões com maior eficácia no seu dia-a-dia.

### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Durante o processo de revisão de literatura especializada foi significativa a escassez de protocolos aplicáveis ao quotidiano da prática do enfermeiro especialista em saúde mental no cuidado ao cliente/cuidador informal, o que impulsionou a criação de um instrumento que privilegiasse algumas recomendações específicas para tais situações. Pelo facto de ser significativa a evidência de que as reacções psicológicas negativas surgem com muita frequência como resultado do cuidar informalmente um doente

crónico com dependência, e que estas anomalias psicológicas podem ser reconhecidas pelo enfermeiro da ECCI e encaminhadas para o especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfatizou-se a necessidade de sistematização de intervenções nestes contextos.

Observou-se que antes da implementação do protocolo os enfermeiros da ECCI já detinham informações valiosas para o cuidado ao cuidador informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante. No entanto, em algumas situações, no planeamento de intervenções, verificaram-se respostas desregradadas, demonstrando pouca proximidade com as propostas de intervenções pautadas nas necessidades e prioridades apresentadas pelo cliente no que se refere à sua saúde mental.

Pretende-se, por isso, que o protocolo apresentado agrupe um conjunto de recomendações que contribuam para uma melhor assistência de enfermagem, principalmente no que respeita à implementação do processo de enfermagem, visto que prevê o cumprimento de etapas pré-definidas, que determinarão as acções recomendadas e prioritárias para o cuidado.

Os protocolos de enfermagem, se bem implementados, expressam no seu todo, a aplicação do processo de enfermagem de forma otimizada e exequível, levando à satisfação não só das necessidades do cliente, mas também dos enfermeiros que cuidam.

Ambiciona-se no segundo momento diante dos achados futuros, com o auxílio do protocolo, verificar que os enfermeiros elegem melhor suas acções, sendo estas representativas nos resultados alcançados.

Acreditamos que o protocolo proposto nesse trabalho irá contribuir para o aprimoramento do cuidado de enfermagem de forma sistematizada aos clientes – Cuidadores Informais. Embora este protocolo ainda necessite de ajustes técnicos e metodológicos, observa-se que, mesmo da forma apresentada, incorpora valores e concorre para a melhoria da prática clínica dos enfermeiros na assistência comunitária.

O presente trabalho pretende demonstrar ainda que, tal como outros estudos já realizados, os cuidados com recurso à relação interpessoal permitem resultados significativos ao nível da saúde mental e da saúde de um modo geral.

Os resultados finais apontarão provavelmente para a melhoria das respostas dos enfermeiros da ECCI à população seleccionada, pois as habilidades exigidas para o cuidado holístico no domicílio poderão crescer na equipe de enfermagem através do estabelecimento de diretrizes sistematizadas e com a aplicação de regras explicitamente definidas em relação a intervenções na área de saúde mental.

Portanto, acreditamos que protocolar o agir do enfermeiro com o Cuidador Informal da pessoa que sofre de uma doença crónica e incapacitante contribui para a optimização do seu cuidar, dinamizando e agilizando as intervenções adequadas aos clientes.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em última análise podemos pensar que as orientações sistematizadas de enfermagem de saúde mental, possibilitam a implementação de “passos” norteadores do cuidado, e, se bem utilizados podem diminuir o limite delicado entre a alteração emocional negativa e o estado psicopatológico do Cuidador Informal.

Consideramos, pois, que este trabalho poderá evidenciar a eficácia das intervenções de Enfermagem Comunitária com os contributos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que se poderá traduzir em resultados de excelência.

Considera-se, também, que os objectivos desta pesquisa foram atingidos na sua totalidade. Foi possível evidenciar, embora ainda que parcialmente, que protocolos clínicos aplicáveis podem delinear a tomada de decisões no atendimento a clientes em condições que requeiram intervenções específicas, pois na última fase da sua aplicação as enfermeiras da ECCL já apresentavam respostas mais adequadas às necessidades do Cuidador informal relativamente aos aspectos da sua saúde mental. Ao propor um protocolo de atendimento ao cliente - Cuidador Informal pensou-se em utilizá-lo como uma estratégia de sistematização de uma assistência de enfermagem diferenciada e optimizada, capaz de estabelecer adequadamente as intervenções exigidas.

Estudos em outras áreas têm mostrado que a sistematização de actividades laborais promove a melhoria da qualidade. Na enfermagem não é diferente. Na sua *praxis*, os enfermeiros desempenham melhor as suas intervenções se lhes forem propostos instrumentos que direccionem a sua assistência, capazes de conduzir a sua execução com excelência.

Finalmente, podemos admitir que os protocolos assistenciais quando aplicados de maneira congruente, em situações previamente determinadas, podem resultar em importantes instrumentos de melhoria da qualidade.

## **9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALARCÃO, Madalena – **(Des)Equilíbrios Familiares** - 3ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN: 989-558-067-3, p. 39/111.
- ALMEIDA, Cristina; COLAÇO, Cristina; & SANCHAS, Lina – **Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação dos cuidados ao doente durante o período de internamento**. Lisboa: (s.n.) 1996. Relatório final do curso de investigação em Enfermagem 94/95 do Hospital Egas Moniz, p.32.
- AUGUSTO, Cláudia – **A família e a criança com paralisia cerebral**. Referência. II serie – nº 5. 2009. ISSN: 0874-0283, p. 387.
- BAKER, Paula – **Exame psiquiátrico do estado mental**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN: 972-8449-77-1, pp. 25-66.
- BARKER, Philip – **Fundamentos da terapia familiar**. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-8449-68-2, p. 27.
- BEUTER, M.; ROSSI, J.;NEVES, E.; & BRONDANI, C. – **A Sobrecarga do Familiar no Cuidado Domiciliar**. Revista de Enfermagem. 2009 Julho-Setembro; 3 (3). ISSN: 1981-8963, pp. 256-262.
- CAMPOS, M.; PADILHA, J.; & OLIVEIRA, F. – **A Família Prestadora de Cuidados. Uma revisão da Literatura**. Revista Sinais Vitais. Formasau. Coimbra. nº 89. Março de 2010. ISSN: 0872-8844, pp. 30-37.
- CAPELA, Rita; & APÓSTOLO, João – **Sofrimento de doentes oncológicos em cuidados paliativos**. Referência. II serie – nº 5. 2009. ISSN: 0874-0283, p. 398.
- CARDOSO,G.; LUENGO, A.; TRANCAS, B.; VIEIRA, C.; & REIS, D. – **Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico**. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Amadora. Vol. 6. Nº 2, Dezembro de 2008. ISSN: 1646-091, pp. 8-18.
- CARQUEJA, Eduardo – **A Prática Religiosa e a Percepção do Sofrimento: Um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica**. In Cadernos de Saúde. UCP. Lisboa. Vol. 2, nº 1. 2009. ISSN: 1647-0559, p. 7-40.
- CEQUEIRA, Maria Manuela – **O Cuidador e o Doente Paliativo**. Coimbra: Formasau, 2005, ISBN: 972-8485-49-2, p. 70.
- CORDIOLI, A.; ZIMMERMANN, H, ; KESSLER, F. – **Rotina de Avaliação do Estado Mental**. 2007. [S.L.], [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp. em: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-2/maria-69-80.pdf>
- CORREIA, C. ; DIAS, F. ; COELHO, M. ; PAGE, P. ; VITORINO, P. – **Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 2, 2001, pp. 75-82. [Em linha]. [consulta 2010-02-11]. Disp.

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

COSTA, M. I. B. C. – **A Família com Filhos com necessidades educativas especiais**. Escola de Enfermagem de Viseu. 2009, p. 76. [em linha], [s.e.], [consulta 2010-08-13], Disponível em: <http://www.ipv.pt-millennium/Millennium30/7.pdf>

CROSSAN, Frank, & ROBB, Alna. (1999, Maio). **O papel do enfermeiro: introdução de teorias e conceitos**. Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 12, nº 133, p. 26.

DECRETO-LEI n.º 48/90. **DR I Série** 195/90 de 1990.08.24 Base XIII.

DECRETO-LEI n.º 36/1998. **D. R. I Série** – A. 169 (1998-07-24) 3544-3549. ISBN: 0870-9963.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. **D. R. I Série** – A. 109 (2006- 06- 06) 3856 - 3865. ISBN: 0870-9963.

DECRETO-LEI n.º 8/2010. **D.R. I Série**. 19 (2010-01-28) 257-263.

DIAS, Helena – **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os Enfermeiros na Liderança do Cuidado à Pessoa com Doença Crónica**. Estudo não publicado. Unidade de Cuidados Continuados. Barreiro, 2010.

DUARTE, Susana – **O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão Sistemática da Literatura**. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 16 (Fev. 2007). ISSN: 0874-7695, pp. 11-23.

ENELOW, Allen J. ; FORDE, D.L.; BRUMMEL-SMITH, K. – **Entrevista clínica e cuidados ao paciente**. 4ª ed. Lisboa: Climepsi. 1999. ISBN: 972-95908-9-3, p. 121.

FERREIRA, Maria de Fátima – **Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico**. Lisboa: UCP. Cadernos de Saúde. Vol. 2, nº 1, 2009. ISSN: 1647-0559, pp. 67-88.

FIGUEIREDO, M.H.J.S.; & CHAREPE, Z.B. – **Processos adaptativos da família à doença mental: os grupos de ajuda mútua como estratégia de intervenção**. Revista portuguesa de Enfermagem de saúde Mental, nº 3, 2010. ISSN: 1647-2160, pp. 24-30.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida - **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002. Setembro-Outubro; 10(5):690-5. [s.l.] ISSN: 0104-1169. [Em linha]. [recuperado em 2010-08-11], Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf)

GUIMARÃES, Paula – **A pessoa Idosa e a Sociedade – Perspectiva Ética**. Coleção Bioética. Lisboa. Conselho Nacional de Ética para as ciências da vida, 2000, p. 94.

HENRIQUES, Ana Isabel; JORGE, Maria Manuela – **Dificuldades sentidas pela família após alta hospitalar**. Revista Enfermagem nº 13 (2ª serie).Jan/Março 1999. ISSN: 0871-0775, pp. 22-29.

IMAGINÁRIO, Cristina – **O Idoso dependente em contexto Familiar** – Coimbra: Formasau, 2004, p. 64.

PEREIRA, M.; NEVES, P.; GREGÓRIO, P.; SOUSA, M. & CUNHA, P. – **Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo**. INE, Anuário Estatístico 2001-2008. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.2010. [em linha], [consulta 2010-09-13], Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/flash/form>

JONES, Elsa – **Terapia dos sistemas familiares**. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-123-, p. 30.

LAGE, Isabel – Cuidados Familiares a Idosos. In PAÛL, C.; & FONSECA, A. M. (Coord.) – **Envelhecer em Portugal**. Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores. 2006. ISBN: 972-796-185-1, pp. 203-229.

LAGE, Isabel – **Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador Informal**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.2007, pp. 72, 412/413 [em linha], [consulta 2010-08-13], Disponível em: <http://www.repositório-aberto.up.pt/>

LOUREIRO, L. – **Crenças acerca das Doenças Mentais e Psiquiátricas – Estudo realizado numa amostra de residentes na Região Centro de Portugal**. Referência. II serie – nº 5. 2009. ISSN: 0874-0283, p. 121.

LOURO, Maria Clarisse – **A Pessoa Doente e Dependente: Do Hospital ao Domicílio**. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 21 (Fev. 2010). ISSN: 0874-7695, pp. 59-68

MARINHEIRO, P. – **Enfermagem de Ligação – Cuidados Pediátricos no Domicílio**. Coimbra, ed. Quarteto, 2002. ISBN 972-8717-16-4, p. 8, 54.

MARQUES, A.; SANTOS, G.; FIRMINO, H.; SANTOS, Z.; VALE, L.; ABRANTES, P.; BARATA, P.; MONIZ, M.; AMARAL, A.; GALVÃO, M.; CLEMENTE, V.; PISSARRA, A.; ALBUQUERQUE, E.; GOMES, A.; MORAIS, I. – **Reacções Emocionais à doença Grave: Como Lidar...Consulta de Risco – Clínica Psiquiátrica dos H.U.C**. Edição Psiquiatria Clínica. 1ª ed. Coimbra, Dezembro, 1991, p. 46.

MARQUES, Sónia – **Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC**. Coimbra: Formasau. 2007. ISBN: 972-8485-78-6, p. 78.

MARTÍN, Ignacio – O Cuidado Informal no Âmbito Social. In PAÛL, C.; & FONSECA, A. M. (Coord.) – **Envelhecer em Portugal**. Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores. 2006. ISBN: 972-796-185-1, pp. 179-202.

MARTINS, Maria M. – **A Família um Suporte ao Cuidar**. Revista Sinais Vitais. Formasau. Coimbra. nº 50. Setembro de 2003. ISSN: 0872-8844, pp. 52-56.

MARTINS, T.;RIBEIRO,J.; & GARRETT, C. – **Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais**. Psicologia, Saúde & Doenças. Jul. 2003, vol.4, nº1. ISSN 1645-0086, p.131-148. [em linha], [consulta 2010.08.13]

Disponívelem:[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862003000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862003000100009&lng=pt&nrm=iso)

MELO, B., LORENZATO, B.; FILHO, C.;MELO Z.M.; & CARDOSO, O. – **A Família e o Processo de Adoecer de Câncer Bucal**. Revista Psicologia em Estudo. Maringá, v. 10, n.3, p. 413-419, Set./Dez. 2005. [em linha], [consulta 2010-08-07], Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a08.pdf>

MOREIRA, Isabel – **O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-64-6, pp. (43, 47, 97).

OCAMPO,J.M.; HERRERA,J. A.; TORRES, P.; RODRÍGUEZ, J. A.; LOBOA,L.; & GARCIA, C. A. – **Sobrecarga associada com el cuidado de ancianos dependientes**. Colombia Médica. 2007; 38. ISSN 1657-9534, pp. 40-46.

OLIVEIRA, C. ; SILVA, R.; & GIORDANI, T. – **Doentes Terminais: A Enfermagem e o Cuidado Emocional**. 2007, pp. 1- 8. [Em linha]. [consulta 2010-01-11]. Disp. em: <http://www.canal6.com.br/FIO/Artigos/07/07.63.pdf>

PHANEUF, Margot. (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**.1ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3 p.4,163-181.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. ISBN: 8527703564, p. 284

REDMAN, Barbara Klug – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-39-8, p. 197.

SALGUEIRO, Hugo Daniel – **Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente**. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 17 (Fev. 2008). ISSN: 0874-7695, pp. 51-63.

SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José – **Terapia Familiar**. 6ª Ed. Lisboa. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento, 2005. ISBN 972-36-0136-2, pp. 63-64.

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz - **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Revista Referencia. 2010 Mar; II(12) [Em linha]. [consulta 2010-01-11]. Disp. em: <http://www.index-f.com/referencia/2010/12-0916.php>

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5, pp. (98,99,136, 137 e 156-158).

SOARES, Maria; BASTO, Marta. – **A importância do portefólio para a certificação de competências em enfermagem: um processo que comporta alguns riscos**. Revista da Ordem dos Enfermeiros, Nº 17/Julho 2005. ISSN: 16462629, p. 57-66. [em linha], [consulta 2010-08-07], Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_17\\_Julho\\_2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf).

STUART, G. & LARAIA, M. (2002). **Enfermagem Psiquiátrica** 4ª ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores. 2002. ISBN: 85-87148-62-1, p. 11.

TAYLOR, Cecelia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 399.

ZUARDI, António W.; & LOUREIRO, Regina – **Semiologia Psiquiátrica**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 44-53, Jan./ Mar. 1996. ISSN: 2176-7262. [em linha], [consulta 2010-08-07], Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/>

APÊNDICE XXV  
ESTUDOS DE CASO



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. V.

**Unidade:** UCC

**Caso 1**

**Nome do Cuidador:** M. L.

**Idade:** 74

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Afasia e dependência total na AVD's.

**Apoios:** Tem dois filhos e uma Sr<sup>a</sup> particular para os cuidados de higiene.

**Data:** 16/03/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 12/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 12/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 91

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 12/10/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Isolamento social presente;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir a esposa sobre: Afasia ).

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador (imaginar de que forma poderia ocorrer determinada situação e de que forma a sua intervenção poderia ser mais eficaz);
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre forma eficazes do comunicação com esposa;
- ✓ Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** H A.

**Unidade:** UCC

**Caso 2**

**Nome do Cuidador:** A. F.

**Idade:** 82

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Cardiopatia isquêmica grave, HTA, doença arterial periférica.  
Prostração, dependência em todas as AVD's e ulcera de pressão na região sagrada de grau III

**Apoios:**

**Data:** 06/06/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 12/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 12/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 87

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 12/10/2010

- Tristeza presente;
- Relação dinâmica ineficaz;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interacção social diminuída;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador (imaginar de que forma poderia ocorrer determinada situação e de que forma a sua intervenção poderia ser mais eficaz no relacionamento com o marido).



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. S.

**Unidade:** UCC

**Caso 3**

**Nome do Cuidador:** A. C.

**Idade:** 58

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Fractura pertrocantérica esq., sem indicação para cirurgia. Algaliada. Totalmente dependente nas AVD's.

**Apoios:**

**Data:** 06/03/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 13/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 13/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 87

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 13/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Coping ineficaz.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. G.

**Unidade:** UCC

**Caso 4**

**Nome do Cuidador:** I. G.

**Idade:** 58

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Períodos de confusão. Totalmente dependente nas AVD's.

**Apoios:** Aguarda apoio de IPSS

**Data:** 24/05/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 13/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 13/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 86

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 13/10/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador (imaginar de que forma poderia ocorrer determinada situação de perigo e de que forma a sua intervenção poderia melhorar a segurança da mãe).



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. A.

**Unidade:** UCC

**Caso 5**

**Nome do Cuidador:** A. A.

**Idade:** 66

**Relação com o Utente:** Marido

**Profissão:** Reformado

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Sequelas de AVC- hemiplegia esq., com espasticidade moderada. Total dependência nas AVD's

**Apoios:** Aj. Familiares de uma IPSS

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 14/10/20110

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?		X			
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 86

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 14/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída.

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. R.

**Unidade:** UCC

**Caso 6**

**Nome do Cuidador:** C. R.

**Idade:** 72

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** HTA, cardiopatia isquémica, litíase renal, flutter auricular. Totalmente dependente nas AVD's. SNG. Apresenta ulcera de grau II na região anterior de 1/3 inferior dtº.

**Apoios:**

**Data:** 09/03/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 13/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 13/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					X
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 88

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 13/10/2010

- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** H.M.

**Unidade:** UCC

**Caso 7**

**Nome do Cuidador:** J. A.

**Idade:** 54

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Afasia e hemiplegia flácida do hemicorpo esq. SNG. Algaliação.  
Apresenta múltiplas úlceras de grau I.

**Apoios:**

**Data:** 30/03/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 12/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?		X			
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 88

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 14/10/2010

- Tristeza presente.
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Coping ineficaz;

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional
- ✓ Diminuir a Ansiedade
- ✓ Disponibilizar Presença
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. I.

**Unidade:** UCC

**Caso 8**

**Nome do Cuidador:** M.G.

**Idade:** 72

**Relação com o Utente:** Irmã

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Diabética. Debilidade Mental. Dependência nos cuidados de higiene. Apresenta ulcera de grau II no pé esq.

**Apoios:**

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 12/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					X
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 89

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 14/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Coping ineficaz.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J.V.

**Unidade:** UCC

**Caso 9**

**Nome do Cuidador:** R. L.

**Idade:** 81

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** AVC. Algáliação. Total dependência nas AVD's. SNG:

**Apoios:** Filha e Neta esporadicamente. SCMB (Misericórdia do Barreiro)

**Data:** 08/10/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. **DATA: 13/10/2010**

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					X
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					X
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 88

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 14/10/2010

- Hostilidade presente;
- Tristeza presente;
- Relação dinâmica ineficaz;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir o marido sobre: alimentar por SNG).

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: alimentar por SNG;
- ✓ Motivar disposição para aprender.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. R.

**Unidade:** UCC

**Caso 10**

**Nome do Cuidador:** M. R.

**Idade:** 65

**Relação com o Utente:** Irmão

**Profissão:** Reformado

**Morada:** Penalva

**Causa da Solicitação:** Demência com total dependência nas AVD's. Úlcera de decúbito na região sagrada.

**Apoios:**

**Data:** 16/05/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 14/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					X
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					X
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?				X	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					X
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 94

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 14/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir a utente sobre: aliviar pressão sobre áreas do corp).

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: aliviar pressão sobre áreas do corpo;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. P.

**Unidade:** UCC

**Caso 11**

**Nome do Cuidador:** J. P.

**Idade:** 75

**Relação com o Utente:** Pai

**Profissão:** Reformado

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Debilidade mental profunda. Dependência total nas AVD's.

**Apoios:**

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 14/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 14/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?		X			
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					X
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?		X			
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					X
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?		X			
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 76

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 14/10/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido.

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** I. C.

**Unidade:** UCC

**Caso 12**

**Nome do Cuidador:** S. C.

**Idade:** 59

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Insuficiência Venosa. Ulcera varicosa no membro inferior Dtº

**Apoios:**

**Data:** 17/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 18/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. **DATA: 18/10/2010**

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?				X	
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?				X	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?		X			
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score:90

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 18/10/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir a utente sobre: Insuficiência venosa).

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: Insuficiência venosa
- ✓ Motivar disposição para aprender;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. N.

**Unidade:** UCC

**Caso 13**

**Nome do Cuidador:** I. S.

**Idade:** 53

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Total dependência nas AVD's. Úlcera varicosa.

**Apoios:**

**Data:** 01/03/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 18/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 18/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?			X		
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	X				
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	X				
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?			X		
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 55

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 18/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido.

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** D. C.

**Unidade:** UCC

**Caso 14**

**Nome do Cuidador:** D. S.

**Idade:** 67

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Domestica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Dependência total nas AVD's. Demência. Úlceras de decúbito nas regiões trocântéricas.

**Apoios:** CATICA - IPPS

**Data:** 26/08/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 18/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 18/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			X		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					X
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 93

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 18/10/2010

- Tristeza presente;
- Humor de tonalidade depressiva;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Isolamento social presente;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir a utente sobre: aliviar pressão sobre áreas do corpo).

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: aliviar pressão sobre áreas do corpo;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** I. B.

**Unidade:** UCC

**Caso 15**

**Nome do Cuidador:** I. M.

**Idade:** 58

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** AVC. Demência. Dependência total na AVD's. Úlcera no pavilhão auricular à direita

**Apoios:**

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 20/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 20/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			X		
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					X
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					X
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?				X	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?				X	

Score: 87

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 20/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Isolamento social presente;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir a utente sobre: aliviar pressão sobre áreas do corpo).

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: aliviar pressão sobre áreas do corpo;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. R.

**Unidade:** UCC

**Caso 16**

**Nome do Cuidador:** M. S.

**Idade:** 71

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Obesidade. Insuficiência cardíaca. Total dependência nas AVD's.  
Úlcera varicosa na perna esq.

**Apoios:**

**Data:** 06/11/2009

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 20/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. **DATA: 20/10/2010**

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					X
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					X
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 82

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 20/10/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido.

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. L.

**Unidade:** UCC

**Caso 17**

**Nome do Cuidador:** M. P.

**Idade:** 53

**Relação com o Utente:** Empregada

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Edemas dos membros inferiores. Total dependência nas AVD's. Úlcera varicosa no membro inferior direito.

**Apoios:**

**Data:** 18/04/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 21/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 21/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			x		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			x		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			x		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			x		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			x		
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				x	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			x		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					x
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					x
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					x
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					x
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				x	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				x	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				x	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					x
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					x
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					x
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				x	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				x	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					x
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				x	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?				x	

Score: 90

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 21/10/2010

- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** M. P.

**Unidade:** UCC

**Caso 18**

**Nome do Cuidador:** M.D.

**Idade:** 67

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Insuf. Venosa grave. Total dependência nas AVD's. Úlcera varicosa no membro inferior esq.

**Apoios:** CATICA- IPSS

**Data:** 09/09/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 21/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 21/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?				X	
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?		X			
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?				X	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 87

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 21/10/2010

- Tristeza presente;
- Relação dinâmica ineficaz;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interacção social diminuída;
- Coping ineficaz.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. T.

**Unidade:** UCC

**Caso 19**

**Nome do Cuidador:** A. B.

**Idade:** 73

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Lavradio

**Causa da Solicitação:** AVC. Afasia. Dependência total nas AVD's. Solução de continuidade no membro superior direito.

**Apoios:** PERSONA - IPSS

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 25/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 25/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?				X	
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 90

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 25/10/2010

- Tristeza presente;
- Relação dinâmica ineficaz;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Coping ineficaz.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. F.

**Unidade:** UCC

**Caso 20**

**Nome do Cuidador:** F. S.

**Idade:** 76

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** AVC. Insuf. Venosa. Solução de continuidade no membro inf. dtº.

**Apoios:**

**Data:** 16/09/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 25/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 25/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 87

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 25/10/2010

- Tristeza presente;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. C.

**Unidade:** UCC

**Caso 21**

**Nome do Cuidador:** V. P.

**Idade:** 76

**Relação com o Utente:** Mãe

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Esquizofrenia Afectiva. Solução de continuidade por amputação do 5º dedo do pé esq.

**Apoios:**

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 26/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

### ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 26/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			X		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					X
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					X
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					X
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					X
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 90

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 26/10/2010

- Tristeza presente;
- Relação dinâmica ineficaz;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir o utente sobre: Gestão de regime terapêutico).

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: Gestão de regime terapêutico
- ✓ Motivar disposição para aprender;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** E. F.

**Unidade:** UCC

**Caso 22**

**Nome do Cuidador:** J. F.

**Idade:** 81

**Relação com o Utente:** Esposo

**Profissão:** Reformado

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Erisipela. Dependência total nas AVD's.

**Apoios:**

**Data:** 06/01/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 26/10/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 26/10/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					X
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 90

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 26/10/2010

- Tristeza presente;
- Humor de tonalidade depressiva;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Isolamento social presente;
- Coping ineficaz;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado.

### **Intervenções Realizadas**

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio;
- ✓ Orientar o cuidador sobre quando e a quem deve pedir ajuda.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. G.

**Unidade:** UCC

**Caso 24**

**Nome do Cuidador:** D. F.

**Idade:** 78

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** AVC. Algáliação. Afasia. Dependência total nas AVD's.

**Apoios:**

**Data:** 16/01/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 02/11/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. DATA: 02/11/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			X		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					X
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 92

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 02/11/2010

- Tristeza presente;
- Adaptação ineficaz;
- Ansiedade presente em grau reduzido;
- Interação social diminuída.

### Intervenções Realizadas

- ✓ Promover Suporte Emocional;
- ✓ Diminuir a Ansiedade;
- ✓ Disponibilizar Presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Incentivar ao cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. L.

**Unidade:** UCC

**Caso 24**

**Nome do Cuidador:** M.L.

**Idade:** 69

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Recusa alimentar. Ulceras de decúbito.

**Apoios:** Filho de forma pouco assídua.

**Data:** 16/01/2010

### **Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal**

**Data:** 03/11/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. 03/11/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?		X			
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					X
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 95

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 03/11/2010

- Tristeza presente;
- Processos familiares alterados;
- Adaptação ineficaz;
- Isolamento social presente;
- Interação social diminuída;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir o marido sobre: alimentar por SNG e gerir do regime terapêutico).

### Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem;
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa;
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador (imaginar de que forma poderia ocorrer determinada situação e de que forma a sua intervenção poderia ser mais eficaz);
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre alimentar o marido por SNG;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: Gestão de regime terapêutico;
- ✓ Orientar para a importância de vigilância de saúde.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J. L.

**Unidade:** UCC

**Caso 24**

**Nome do Cuidador:** M.L.

**Idade:** 69

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformada

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Recusa alimentar. Ulceras de decúbito.

**Apoios:** Filho de forma pouco assídua.

**Data:** 16/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 03/11/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. 03/11/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?		X			
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?				X	
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?				X	
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					X
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 95

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### Diagnósticos CIPE

**Data:** 03/11/2010

- Tristeza presente;
- Processos familiares alterados;
- Adaptação ineficaz;
- Isolamento social presente;
- Interação social diminuída;
- Conhecimento do Cuidador Informal não adequado (demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos em assistir o marido sobre: alimentar por SNG e gerir do regime terapêutico).

### Planeamento de Intervenções

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem;
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa;
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador (imaginar de que forma poderia ocorrer determinada situação e de que forma a sua intervenção poderia ser mais eficaz);
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre alimentar o marido por SNG;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre: Gestão de regime terapêutico;
- ✓ Orientar para a importância de vigilância de saúde.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** A. C.

**Unidade:** UCC

**Caso 26**

**Nome do Cuidador:** M. I.

**Idade:** 62

**Relação com o Utente:** Filha

**Profissão:** Doméstica

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Ferida de grau II, no calcanhar esq. Diabetes II.

**Apoios:**

**Data:** 15/06/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 10/11/2010

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. 10/11/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			X		
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?		X			
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 91

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 10/11/2010

- Tristeza presente;
- Processos familiares alterados;
- Adaptação ineficaz;
- Isolamento social presente;
- Interação social diminuída;
- Stress do Cuidador Informal demonstrado;

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa;
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença;
- ✓ Planear/ Oferecer Escuta Activa;
- ✓ Facilitar aprendizagem ao cuidador informal sobre cuidados aos pés da pessoa com diabetes;
- ✓ Promover melhoria do papel do cuidador;
- ✓ Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio.



## PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

**Nome do Utente:** J.S

**Unidade:** UCC

**Caso 27**

**Nome do Cuidador:** C.S

**Idade:** 76

**Relação com o Utente:** Esposa

**Profissão:** Reformado

**Morada:** Barreiro

**Causa da Solicitação:** Sequelas de AVC; Úlcera de decúbito; Afasia.

**Apoios:** Não tem

**Data:** 22/01/2010

### Avaliação Diagnóstica do Cuidador Informal

**Data:** 22/01/2010

**Hora:** 11:30 Horas

**Meios utilizados:** Entrevista Diagnóstica.

Foram consideradas a perspectiva do Cuidador Informal e a perspectiva do Enfermeiro durante a interacção.

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. : 22/01/2010

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			X		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					X
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					X
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				X	
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					X
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?			X		
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?				X	
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				X	
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 92

## **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

### **Diagnósticos CIPE**

**Data:** 22/10/2010

- Tristeza presente em grau moderado.
- Adaptação ineficaz;
- Isolamento social presente;
- Interação social diminuída.

### **Planeamento de Intervenções**

- ✓ Aplicação da Técnica de Relação de Ajuda em Enfermagem.
- ✓ Aplicação da Técnica de Escuta Activa.
- ✓ Aplicação da Técnica de Disponibilizar presença.
- ✓ Motorizar sobrecarga do cuidador informal [aplicar escala da sobre carga do cuidador] no final de 5 semanas.

## APÊNDICE XXVI

POSTER - INTERVENÇÕES DE SUPORTE/ALÍVIO COM A PESSOA  
QUE DE FORMA INFORMAL CUIDA DE QUEM SOFRE DE UMA DOENÇA  
CRÓNICA E INCAPACITANTE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA  
DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL



APÊNDICE XXVII  
RECENSÃO CRÍTICA: “OS CLIENTES E OS ENFERMEIROS:  
CONSTRUÇÃO DE UMA RELAÇÃO”

## RECENSÃO CRÍTICA

### “Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação”

Cláudia Silva<sup>22</sup>

#### INTRODUÇÃO

O artigo “Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação” de Manuel José Lopes, Enfermeiro, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Ciências de Enfermagem pela Universidade Católica de Lisboa, Doutor em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Porto, actual Presidente da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora, apresenta-nos um estudo realizado no processo do seu doutoramento, tendo por opção a metodologia qualitativa e como meta final a construção de uma teoria de médio alcance sobre a relação Enfermeiro-Doente, encarando o seu contributo para a construção da disciplina de enfermagem.

Assim, o autor exibe um artigo, não muito extenso, com oito páginas apenas, que se inscreve numa linha de investigação muito própria de enfermagem: a ligação entre a saúde do cliente e as intervenções de enfermagem, sendo o seu objecto a prática do cuidar, através da qual pretende compreender a natureza da relação profissional enfermeiro-cliente, no caso concreto de doentes oncológicos submetidos a quimioterapia num hospital de dia. Para a sua análise utiliza a *Grounded Theory*, presumivelmente pelo facto deste tipo de metodologia permitir explorar os processos sociais nas interacções humanas e os significados dos fenómenos do ponto de vista dos participantes (STREUBERT & CARPENTER, 2002, pp. 111- 129).

O título é bastante apelativo para os que sentem necessidade de explicar o que fazem e com que desígnio quando o foco da intervenção é a relação interpessoal, sendo que este artigo poderá ser lido por estudantes, enfermeiros e outros profissionais de saúde e, numa perspectiva mais alargada, pelo público em geral como forma de progredirem na sua representação sobre a enfermagem, já que a visibilidade desta depende maioritariamente dos cuidados que são prestados pelos enfermeiros. Também poderá interessar a outros cujas perspectivas não coincidam com o facto de metodologias qualitativas poderem fazer emergir teorias. No entanto, será ainda possível ter algum impacto junto dos menos eruditos que empreendem a definição de um diagnóstico, apenas como um acto puramente médico.

Considera-se pois, que o Título, não sendo muito vasto é claro e preciso, ou seja, ilustra à partida o real conteúdo do texto, de modo a possibilitar a concepção do que será investigado, criando curiosidade e interesse ao leitor.

No que respeita às palavras-chave definidas pelo autor, estas são claras, explícitas e coerentes com o estudo em causa, encontrando-se de acordo com os descritores em ciências de saúde, cooperando evidentemente na disseminação do conhecimento científico.

---

<sup>22</sup> Licenciada em Enfermagem, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – UCP.

Na organização da estrutura do texto distinguem-se cinco partes, além do resumo bastante completo e esclarecedor do trabalho efectuado, expostas de forma organizada e rica, integrando uma bibliografia actualizada de qualidade, justificativa do progredir do pensamento do autor de forma irrefutável.

A pertinência do tema, a simplicidade como é apresentado, e a autenticidade com que são abordadas questões fundamentais referentes à enfermagem, influenciaram na escolha deste artigo. Podendo ainda ser constatado que a sua leitura poderá ser um convite a r enquanto profissionais que prestam cuidados de enfermagem, numa dimensão profis de ajuda que implica a capacidade de estabelecer contactos significativos e eficazes com os outros, e que assumem a responsabilidade de melhorar o conhecimento sobre si próprios.

E finalmente, para todos os que se interessam pelo desenvolvimento da disciplina de enfermagem e se preocupam com os contributos da mesma no apoio às pessoas para que possam viver uma vida com plenitude.

Do que se depreende da primeira leitura que poderá ser interessante a sua avaliação crítica como forma de contribuir positivamente no pugnar pela ciência, possibilitando que se aprofunde uma dimensão terapêutica central na práxis de enfermagem, fazendo a inserção exigida e mantendo a precisão, rigor e objectividade que se lhe impõe.

## **SÍNTESE DO CONTEÚDO**

Numa abordagem inicial, o autor fornece os antecedentes pessoais e profissionais que justificam o estudo, bem como focaliza o assunto a ser tratado. Neste sentido evidencia uma preocupação sumptuosa, incitada pelo que observou em directo, fundamentada na sua experiência profissional e pessoal, pretendendo caracterizar e compreender a intervenção terapêutica em prol da ajuda que possa ser prestada a quem dela precisa.

Porém, estes achados não são recentes, e o autor releva a importância de vários marcos teóricos, alguns que se inserem na escola da interacção, nos quais de um modo geral está presente o relacionamento interpessoal enquanto intervenção terapêutica independentemente da escola do pensamento a que pertencem.

Das interacções observadas em contexto do estudo, LOPES (2005) apresenta de modo estruturado a relação Enfermeiro-Doente como instrumento terapêutico, a qual reúne duas componentes distintas embora complementares: a natureza da interacção (componente expressiva da relação) e o processo de relação (princípio da relação, corpo da relação, e fim da relação).

A natureza da interacção reúne, segundo o próprio autor, os seguintes componentes: o processo de avaliação diagnóstica que procura entender a pessoa como um todo, servindo de guia aos cuidados, o qual implica presença e continuidade; e o processo de intervenção terapêutica.

Todavia, considera que o último pode ser concretizável através da gestão de sentimentos que envolve a produção de um contexto terapêutico (espaço físico, afectivo, comunicação verbal e não verbal) que possibilite a expressão de sentimentos e a promoção da confiança/segurança;

e da gestão de informação que se desenvolve de acordo com as necessidades do doente e que se assume como um importante contributo no superar de uma transição ou de uma crise. Quanto aos aspectos educacionais partilhados com o cliente, avalia que estes irão permitir o aperfeiçoamento do auto cuidado, contudo, expressa que para cumprirem o seu papel organizador, necessitam de ser contextualizados, repetidos e garantidos as vezes que forem consideradas pelo beneficiário dos cuidados.

Para o autor o processo de relação profissional compreende três fases sequenciais, com características específicas, não sendo possível estabelecer fronteiras exactas entre elas. Assim considera que o princípio da relação decorre por excelência durante a entrevista de admissão, reconhecendo que nesta primeira fase é desenvolvido predominantemente o processo de avaliação diagnóstica, podendo este acontecer em simultâneo com a intervenção terapêutica de enfermagem.

O corpo da relação coincide com o desenvolvimento da intervenção terapêutica, e tem como objectivo a aquisição de mecanismos que permitem ao doente superar a sua vivência com pleno bem-estar.

E o autor continua, referindo que na última fase, ou seja o fim da relação, engloba o encerramento do tratamento ou a morte do doente, que poderá ser pensada como uma celebração se o prognóstico for bom, ou coexistir com uma situação de luto e de sofrimento se o prognóstico for mau.

Já na discussão dos resultados, o autor apresenta o processo de avaliação diagnóstica numa perspectiva de permanência ao longo da prestação de cuidados, interligado com conceito de processo de enfermagem embora considere que existem semelhanças mais significativas com modo de agir consciente da enfermeira perita, no atribuir de um determinado diagnóstico.

Efectua mais algumas ligações com os pressupostos de algumas Teóricas de Enfermagem no que diz respeito ao processo da relação Enfermeiro-Doente, considerando os aspectos educativos, no qual ambos poderão alcançar aprendizagens. Conclui neste ponto que a educação sobre a saúde, na qual o enfermeiro é um agente por excelência, reúne aspectos ligados ao crescimento de capacidades do doente que podem ostentar um significativo resultado terapêutico *“na gestão do stress, na qualidade de vida e no desenvolvimento pessoal”*.

## **AVALIAÇÃO CRÍTICA**

Considerando a temática abordada por este autor, em primeira análise, podemos pensar que não se evidenciou na sua originalidade, pois que esta tem sido alvo de diversos estudos efectivados nos últimos tempos e no passado.

Na tentativa de reforçar este pensamento tomemos como exemplo Florence Nightingale que já expôs a abordagem filosófica da enfermagem com enfoque na relação enfermagem e doente-ambiente, na qual considerava as interações verbais e não verbais (PFETTSCHER, 2004, p. 79).

Identicamente Orem na sua teoria considerou que as enfermeiras tinham determinadas capacidades para actuarem dentro de uma estrutura interpessoal, cuidar das pessoas nessas relações e satisfazer as suas necessidades de auto-cuidado terapêutico (TAYLOR, 2004, p. 216).

Ainda Watson (1985) relacionou intimamente o processo do cuidar humano com um processo de interacção entre seres humanos, examinando esta como a principal dimensão da prática enfermagem e que “*é crucial para o cuidar transpessoal*” (NEIL 2004, p. 168).

Sendo a enfermagem uma profissão em que as pessoas prestam cuidados a outras pessoas, é importante a qualidade do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o cliente realizada intencionalmente, não podendo ser pensada separando as relações estabelecidas entre os intervenientes e o acto de cuidar.

Contudo e imergindo na literatura mais recente, este é um tema considerado pertinente e actual, e provavelmente continuará a ser, pois como refere SEQUEIRA (2006, p. 43) a relação interpessoal promovida no exercício da Enfermagem alicerça no respeito pela pessoa cuidada e nas suas capacidades, tendo por base ajudar o outro a concretizar o seu projecto.

Allen e Jensen (1990) relevam que o valor do conhecimento da enfermagem é, em parte, determinado pela sua relevância e significado na compreensão da experiência humana. STREUBERT & CARPENTER (2002, p. 61). Desta forma espera-se que o agir em Enfermagem ocorra de forma compreensiva, no qual o profissional desenvolve uma relação estreita com o cliente; utiliza a empatia para perceber os seus sentimentos e utiliza o relacionamento como uma experiência interpessoal correctiva (RIBEIRO, 2005, p. 36).

A intervenção terapêutica em enfermagem, de acordo com o autor, pressupõe um processo de enfermagem e este não pode subsistir sem a avaliação diagnóstica.

Curiosamente e segundo MCEWEN & WILLS (2009. p. 165) uma das primeiras autoras a referir-se ao “Diagnóstico de Enfermagem”, terá sido Abdellah (1960) no tempo em que as enfermeiras eram ensinadas a empreender a definição do diagnóstico como função do médico. No que respeita à apreciação diagnóstica de uma necessidade de ajuda, CHALIFOUR (2008, p. 224) pesa que no decorrer da relação entre enfermeiro e cliente é necessário que ambos aprendam a reconhecê-la e a atribuir-lhe um significado, para poderem cooperar em intervenções mais adequadas.

TOWNSEND (2002, p.149) reporta-se ao papel do enfermeiro como fundamental no assumir do controle do contexto terapêutico, acrescentando que este é feito através da aplicação do processo de enfermagem. Orlando (1961) também salienta que o doente reage de diferentes modos aos aspectos do ambiente, o que poderá implicar determinadas intervenções terapêuticas e de auxílio que a enfermeira desenvolve através do processo de enfermagem, no qual considera “*o comportamento do doente, a reacção da enfermeira e as acções de enfermagem concebidas para o benefício do doente*” (SCHMIEDING, 2004, p. 449-450).

Numa perspectiva diferente é interessante observar que o autor para além de considerar o processo de avaliação diagnóstica um processo de raciocínio clínico interligado com o processo de enfermagem, enaltece a componente diagnóstica intuitiva utilizada pela enfermeira perita. De facto a experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (1984), pois é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado, ao invés de *“ter em conta um grande número de considerações inúteis”* (BENNER, 2005, p. 31).

Analogamente Goldman (1991) encara que o raciocínio clínico se baseia em diversos aspectos complementares, tais como a experiência e a aprendizagem que facultam interpretação evidência interligadas com a reprodutibilidade e com a intuição (LEAL, 2008, p. 62).

Um dos conceitos chave, considerado pelo autor, é a gestão de sentimentos, que deve ser efectuada em contexto terapêutico. A este respeito, também CHALIFOUR (2009, p.42) concorda que a atmosfera na qual se desenvolve o encontro terapêutico deve *“criar as condições segundo as quais o cliente se sentirá em segurança e acolhido sobre os planos físico e afectivo.”*

Mas, serão as qualidades de autoconfiança, autoconhecimento e de auto-estima, que irão permitir o desenvolvimento de atitudes de compreensão empática, de respeito, de esperança e de escuta, necessárias ao estabelecimento de uma aliança terapêutica, essencial ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (PHANEUF, 2005, p. 163-181).

Já PEPLAU introduziu na sua teoria a noção de crescimento pessoal, sendo este partilhado pela enfermeira e pelo paciente na interacção terapêutica em que ambos vão adquirir consciência de si através da relação que se estabelece no processo do cuidar (ALMEIDA [et al], 2005, p. 205).

Este artigo chama a atenção do leitor para o facto de a gestão de sentimentos só poder ser compreendida em conjunto com a gestão de informação, que segundo LOPES (2006,p. 201) reúne apenas uma categoria, a *“Explicação do processo de doença/tratamento”*na qual é dada especial atenção á sua descodificação e é colocado ênfase na disponibilidade para apoio.

O último conceito poderá ser examinado e apreciado encarando os aspectos informativos cedidos pelo enfermeiro enquanto agente de educação, assumindo a finalidade, como refere GASPAR [et al] (2007, p. 1) de *“possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagens dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento”*. Neste encadeamento podemos ainda estimar o que refere BENNER (2005, p. 92), que as enfermeiras especializadas para além das informações *“oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente”*.

Neste contexto os aspectos comunicacionais são cruciais, e não se findam na banalidade de uma troca de palavras. Assim será importante ponderar o que referem NEVES & PACHECO (2004, p. 70), que *“A comunicação em enfermagem é um processo de interacção que consiste em fazer circular ou transmitir informações, um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do doente, antes do acto de comunicação. Inclui o estabelecimento de relações baseado nas suas percepções recíprocas”*.

Analisando a sequência das fases apresentadas pelo autor do artigo em análise relativamente ao desenvolvimento do processo relacional, verifica-se que estas apresentam algumas características semelhantes com as etapas da relação terapêutica descritas por Chalifour<sup>23</sup>, ou ainda com as fases do processo de aconselhamento descritas por Patterson & Vaughan<sup>24</sup>, embora com denominações diferentes.

Esmiuçando o quanto já foi dito, falta ainda esclarecer que o autor conseguiu abordar o tema de forma distinta, desenvolvendo um novo olhar sobre as dimensões da relação que se estabelece entre o Enfermeiro-Doente. Assim, considera-se que o Doutor Manuel L conseguiu organizar este processo de forma mais assertiva e pormenorizada, do que encontrados em outras obras anteriormente editadas no âmbito da mesma especialidade, evidenciando progresso. Sob este prisma não será difícil entender o relacionamento interpessoal, no qual se centram os cuidados de enfermagem, como científico e técnico permitindo uma perspectiva holística e humanística a qual é responsável pela compreensão da pessoa como um todo.

No final da leitura, podemos ainda pensar que os cuidados terapêuticos possibilitam a compreensão da condição humana no momento da doença oncológica, mas não podem deixar de ser considerados como uma prática transversal a todos os que necessitam do nosso auxílio, incluindo os nossos pares. No entanto devem ser utilizados, pelo enfermeiro, com criatividade, mas nunca sem terem sido submetidos à sua experimentação pessoal ou quando não se sente confortável com os mesmos, quer devido à falta de habilidade no seu manejo ou à dificuldade em gerir os efeitos que deles decorrem (CHALIFOUR, 2009, p. 45).

No desenvolvimento do seu raciocínio o autor dá ênfase a algumas teorias de enfermagem, as quais contribuíram claramente para a realização do seu trabalho, do que podemos aferir ser urgente a sua utilização no âmbito do quotidiano da nossa prática, embora se apreenda uma certa dificuldade por parte de alguns enfermeiros em trabalhar com teorias no âmbito da clínica, como forma de acentuar a intencionalidade terapêutica dos “cenários” onde decorrem as nossas intervenções.

Por último é de salientar que a reflexão suscitada faz com que se perceba, tendo presentes os paradigmas da enfermagem descritos por Kérouac, que o modelo exposto neste artigo no qual a enfermeira e o paciente actuam em comunhão, se insere no Paradigma da Integração. Neste, a prática dos cuidados que se desenvolve em ambiente terapêutico, adquire uma nova dimensão, onde as intervenções passam a ser desenvolvidas conjuntamente com a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (LOPES, 1999, p. 40). E tal como defende o autor é reconhecida a orientação dos cuidados pelo Paradigma da Transformação, onde a enfermeira coloca ao dispor da pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que esta escolher (idem, p. 45). Ainda a este respeito se pode ponderar um dos pressupostos da teoria de PARSE no qual

---

<sup>23</sup> CHALIFOUR (2008, p. 34-35) considera que as fases da relação de ajuda se desenvolvem em três fases: a orientação da relação, o trabalho ou a emergência das identidades e a conclusão.

<sup>24</sup> PATTERSON & VAUGHAN (1988, p.28-32) mencionam que o processo de aconselhamento engloba as seguintes fases: a fase da descoberta inicial, da exploração em profundidade e da preparação para a acção.

refere que “o homem é um ser livre, escolhendo livremente o significado da situação, possuindo responsabilidade pelas suas decisões” (GEORGE, 2000, p. 269).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, resta ainda dizer que ser capaz de produzir um artigo diferente, depois de um elevado número de obras terem salientado esta temática, é só por si notável. Porém, e por outras razões para que o seja, como sendo a clarificação dos saberes de enfermagem, neste caso concreto o saber implicado na prática quotidiana da relação construída entre Enfermeiro-Doente.

Desta forma poderá ser encarada a importância do mesmo no contributo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, tendo em conta as observações empíricas do mundo natural, e o investimento na produção de uma teoria em torno de um conhecimento muito próprio da enfermagem, podendo esta reforçar a prática de cuidados terapêuticos mais coordenados e menos fragmentados.

Os resultados do estudo podem de algum modo ter implicações na prática da clínica em geral permitindo a outros profissionais o reconhecimento da necessidade dos cuidados de enfermagem no projecto terapêutico da equipa de saúde e na prática de cuidados de enfermagem, possibilitando que alguns enfermeiros invistam em novas linhas de actuação e descubram novos caminhos para a realização dos cuidados de enfermagem, mas principalmente encarando o enfermeiro como elemento significativo na totalidade do processo de saúde.

Desde sempre que o homem estabelece interacções sociais com diferentes objectivos, porém nas ciências humanas estes encontros poderão ganhar um valor particular no momento em que se estabelece uma relação com eventual direcção a uma abordagem terapêutica.

Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximo dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela. Assim, segundo LALANDA (1995, p.28), é essencial “*reflectir sobre o que fazemos e como fazemos*”, neste sentido este artigo poderá avivar um olhar sobre a prática dos cuidados terapêuticos e promover um agir mais ajustado utilizando a estrutura sugerida.

Para finalizar, é de referir que o contributo do autor é valioso, mas cabe às instituições proporcionarem condições para o desenvolvimento das habilidades apresentadas e ao enfermeiro mantê-las e melhorá-las, principalmente através de actividades formativas contínuas em serviço, pelo seu treino na prática como uma fonte de aprendizagem inesgotável, e na valorização da supervisão dos cuidados que presta, sendo este tipo de apoio prestado por “*quem estiver mais disponível, ou mais preparado para o fazer.*” LOPES (1997, p. 29)

Em última análise, para além de se poder referir que o autor alcançou o seu objectivo e que este artigo apresenta qualidade científica para ser inserido na bibliografia de outros trabalhos

de investigação, poderá ainda ser uma referência para a formação de novos enfermeiros, que se iniciam nesta “arte”, permitindo o entendimento da interacção Enfermeiro-Doente como uma oportunidade de intervenção terapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vitória; DAMASCENO, Marta; LOPES, Marcos. – **Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada de Barnaum**. Revista Escola Enfermagem USP. [S.L.] ISSN: 0080-6234. 39:2. 2005, p.205 [Em linha]. [consulta 2010-02-13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf> .

AZEVEDO, Carlos Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves – **Metodologia Científica – Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos**. 8ª Edição. Lisboa: UCE, 2006. ISBN: 978-972-54-0149-1, p. 73.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado A Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto. 2005. ISBN: 989-558-052-5, pp. 31 e 92.

BRAGUEZ, Liliana – **Guia de Elaboração de Trabalhos e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Adaptado do documento da escola de enfermagem Pós-básica de Lisboa. Sintra, UCP-ICS- Escola Superior de Politécnica de Saúde, 63 p. 2009.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro - **Metodologia da Investigação - Guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta, 1998. ISBN: 972-674-231-5, p. 353.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. Vol. I, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5, pp. 34,35, 224.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção**. Loures: Lusodidacta. Vol. II, 2009. ISBN: 978-989-8075-21-5, pp. 42, 45, 224.

COSTA, Vital – **Aspectos principais da análise de um trabalho**. [s.l.], [s.d.], p. 7-10 [em linha], [consulta 2010-02-13], Disp. em: <http://www.abonet.com.br/abo/666s/edit03.pdf>

DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [em linha], [consulta 2010-02-14] Disponível em: <http://decs.bvs.br>

FRADA, João José – **Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos**. 2ª Edição col. Microcosmos: Julho de 2000. ISBN 972-762-212-7, pp. 116-118.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação – Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X, pp. 349-357.

GASPAR, P.; PEDRO, R. ; REBOUÇO, H. ; ALVES, E. ; MACHADO, C.; BERNARDINO, A. – **Os Enfermeiros enquanto Agentes de Educação para a Saúde**. 2007, p. 1 [em linha], [consulta 2010-03-13], Disp. [iconline.ipleiria.pt/.../OS%20ENFERMEIROS%20ENQUANTO%20AGENTES%20D](http://iconline.ipleiria.pt/.../OS%20ENFERMEIROS%20ENQUANTO%20AGENTES%20D).

GEORGE, J, B.- **Teorias de Enfermagem: Dos fundamentos à prática profissional** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN: 85-7307-587-2, p. 269.

LALANDA, P. – **A interação enfermeiro – doente. Uma abordagem bioantropológica**. Revista Nursing. Lisboa, Ano 8, Nº88, Maio, 1995, ISSB 0871-6196, p.28.

LEAL, Isabel – **A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica**. Lisboa: Fim de Século, 2008. ISBN: 978-972-754-255-0, p. 62.

LOPES, Manuel J. – **A Integração do Doente Oncológico no seu meio Bio-Socio-Familiar**. In *Enfermagem em Foco – SEP* - Lisboa, Ano VII - Agosto/Outubro. Nº 28 1997. ISSN: 0871-8008, p. 29.

LOPES, Manuel J. – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e implicações**. Lisboa: Gráfica, 1999. ISBN: 972-98149-0-2, pp. 40 e 45.

LOPES, Manuel José - **Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação**. *Rev. Escola enfermagem USP* [S.L.]. 2005, vol. 39, n.2, São Paulo, pp. 220-228. ISSN 0080-6234. [em linha], [consulta 2010-02-13], Disp. em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342005000200013&script=sci_arttext&lng=pt)

LOPES, Manuel J. – **A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X, p. 201.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1788-5, p. 165.

MESQUITA, José Carlos Vilhena – [Como se faz uma Recensão Crítica. Textos Pedagógicos](http://algarvehistoriacultura.blogspot.com/2009/08/como-se-faz-uma-recensao-critica.html). [em linha], [consulta 2010-02-13], Disponível em: <http://algarvehistoriacultura.blogspot.com/2009/08/como-se-faz-uma-recensao-critica.html>

NEIL, R. – Jean Watson – Filosofia e Ciência do cuidar. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 168.

NEVES, Maria; PACHECO, Susana – **Para uma Ética da Para Enfermagem – Desafios**. Lisboa. Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8, p. 70.

NOVAIS, G. – **Relatório de Análise de um Artigo Científico**. In *Enfermagem em Foco – SEP* – Ano VIII – Novembro/Janeiro 98, Nº 29, pp. 40-47.

PATTERSON, Lewis; EISENBERG, Sheldon – **O Processo de Aconselhamento**. 3ª ed. Paulo: Martins Fontes, 1988, pp. 28-32.

PFETTSCHER, Susan – Florence Nightingale – Enfermagem Moderna. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 79.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3 pp.163-181.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 391.

RIBEIRO, M. I. L. – **A Teoria, a percepção e a prática da relacionamento interpessoal**. 2005. Tese (Doutoramento em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, p. 36. [em linha], [consulta 2010-03-13], Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07032006-105727/>

SCHMIEDING, Norma – Teoria do Processo de Enfermagem. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, pp. 449-450.

SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5, p. 43.

STREUBERT, Helene; CARPENTER, Dona – **Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0, pp. 61, 111-129.

TAYLOR, Susan – Dorothea E. Orem – Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 216.

TOWNSEND, Mary C. – **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.149.

APÊNDICE XXVIII  
LEITURAS EFECTUADAS NO CONTEXTO DOS ESTÁGIOS

## **AS MINHAS LEITURAS**

Nesta fase, achei importante seleccionar alguns livros, que me parecem necessários, para projectar o caminho das minhas aprendizagens, em cruzamento com outros já percorridos. Daí que alguns dos livros que aqui apresento já tenham si lidos em outras ocasiões, contudo é importante compreender que a sua análise faz sentido no contexto do ensino clínico a decorrer. Mas, esta escolha inicial poderá ser alterada ao longo deste momento formativo, consoante as perspectivas se forem modificando.

## **OS MEUS LIVROS PREFERIDOS E A SUA ANALISE**

*“Somos responsáveis pela criação da nossa vida.*

*Cada um de nós tem qualquer coisa de incomparável a realizar.*

*É preciso ousar explorar o seu potencial, ousar dar-se um projecto de vida”*

Margot Phaneuf, 2005

## **COMUNICAÇÃO, ENTREVISTA, RELAÇÃO DE AJUDA E VALIDAÇÃO**

PHANEUF, Margot. Loures: Lusociência, 2005, 633 páginas. ISBN: 972-8383-84-3.

Em termos de livros técnicos relacionados com a enfermagem, este é, sem dúvida, um BOM livro. Quando o adquiri, folheei-o e pareceu-me ser bastante útil para a minha prática profissional. Fui lendo umas coisas aqui e ali sem focalizar a minha atenção em nenhum assunto específico. Contudo, quando entrei para o curso verifiquei que alguns professores o referiam como uma obra de grande interesse o que me levou a olhar para ele de forma diferente e passei a abri-lo com mais interesse.

Na realidade, é uma boa ajuda para nos guiar nas relações que estabelecemos diariamente com os nossos clientes. Além das orientações que nos dá, estimula a reflexão acerca da nossa prática, da postura, da linguagem, das diferentes formas de abordagem ao doente e das técnicas a utilizar. Através dos muitos exemplos ajuda-nos a interiorizar a forma correcta de agir.

Efectivamente, é a teoria orientada para a prática dos cuidados relacionais. Tal como refere Bal-Craquin no prefácio, esta é uma obra *“...indispensável a qualquer profissional que procura situar-se melhor no seu «estar com» a pessoa cuidada em rotura de laços”*.

Realmente, no capítulo 7, **“A entrevista, encontro com o outro”**, Phaneuf dá-nos uma perspectiva muito esclarecedora das etapas da entrevista, da preparação, dos objectivos, das estratégias, dos tipos de entrevista e da análise da interacção. Através dos vários exemplos apresentados é fácil perceber que a entrevista é realmente a porta de entrada para um caminho a percorrer na relação com o outro.

Este caminho encontra-se descrito no capítulo 8 **“A relação de ajuda, uma relação de natureza terapêutica”**. Segundo a autora a Relação de Ajuda não é uma conversa amigável, tem características próprias de profundidade e abrangência onde são necessárias atitudes ou

habilidades próprias. A pessoa que ajuda tem de estar completamente voltada para o outro, para as suas vivências, para o seu sofrimento, aceitando-o tal como é, sem impor qualquer condição nem exigência de mudança. O trabalho de ajuda exige respeito, aceitação, empatia e confrontação suave.

É através do respeito pelo outro que o enfermeiro percebe que está perante uma pessoa humana dotada de grande dignidade e valor, um ser único e válido, aceitando-a como livre e capaz de tomar as suas decisões.

É difícil não nos emocionarmos perante determinadas situações ou vivências de quem tentamos ajudar, porém, nessa situação não estamos a fazer mais do que sentir simpatia pela pessoa ajudada, e nesse caso estaremos a prestar pouca ajuda. A empatia é mais do que isso, é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que se pretende ajudar sem no entanto se identificar com as suas vivências ou experimentar as suas emoções.

É importante dar-mo-nos conta que estamos a ser nós próprios, actuando com naturalidade, espontâneos e abertos, ou seja, autênticos. Desta autenticidade, outro dos aspectos importantes da relação de ajuda, surgirão as emoções que guiarão o nosso comportamento.

Segundo a autora, a autenticidade permite-nos exprimir as nossas emoções se julgarmos que essa expressão pode ajudar o doente, a perceber a nossa compreensão perante a sua dificuldade, a dar-se conta da sua condição e a modificar o seu comportamento. Todavia, a autenticidade também tem limites e obstáculos.

Outro dos aspectos importantes na relação de ajuda é levar a pessoa ajudada a tomar consciência dos seus procedimentos, do que diz e o que faz. A esta habilidade, que Phaneuf considera que exige muita perícia por parte do enfermeiro, chama-se confrontação.

Este aspecto, em conjunto com a autenticidade, permite a quem ajuda ir um pouco mais longe, chamando um pouco a pessoa ajudada à realidade.

Considero todos os capítulos de profundo interesse, mas por estranho que pareça, o último capítulo: **“Cuidar dos outros, cuidar de si: balizas para a relação de ajuda”** criou um impacto diferente, fez-me perceber com maior clareza quanto é importante um conhecimento profundo de si próprio para poder cuidar dos outros. É indispensável ter cuidado e atenção ao seu próprio Ser, porque cuidar conscientemente do outro implica saber cuidar-se a si próprio e perceber os seus limites.

Por último considero que a forma tão simples e esclarecedora como este livro está escrito transmite a própria personalidade de Margot Phaneuf. Através das palavras de COUTINHO (2004) no prefácio à edição portuguesa, verifica-se que *“A sua forma despreziosa e humilde de ser, centrando-se nas palavras dos outros, valorizando, respeitando e dignificando cada um individualmente,...”*, traduz a essência do que é a Relação de Ajuda.

Este não é um livro para se ler. É um livro para se ir lendo e relendo, numa consulta quase diária, porque todos os dias se pode aprender algo novo.

## **O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO**

PATTERSON/ EISENBERG. S. Paulo: Martins Fontes Editora, Lda., 1998, 229 páginas.

Este foi outro dos livros que me despertou especial interesse quando o folheei a primeira vez por ter reparado em termos e conceitos sugestivos de se assemelharem aos utilizados na Relação de Ajuda.

Na realidade, a leitura deste livro permitiu compreender o aconselhamento como um processo de ajuda, facilitando a minha própria leitura e compreensão dos padrões interpretativos do *eu*, em relação ao desenvolvimento de competências relacionais com o Outro. Ao longo do livro são referenciadas determinadas situações práticas e a sua forma de resolução, que se identificam perfeitamente com as minhas práticas diárias de enfermagem.

Através de uma abordagem teórico-prática, extremamente compreensiva do processo de aconselhamento, os autores dão a conhecer “*os princípios de ajuda interpessoal efectiva*”, de modo a facilitar as intervenções dos que se iniciam nesta “Arte”.

Segundo estes autores, Rogers será o precursor da intervenção na área do aconselhamento psicológico centrada no cliente. Este define o papel do conselheiro como um facilitar do crescimento e desenvolvimento pessoal, com vista à maior independência e integração do cliente. Nesta conceptualização, o aconselhamento é um conjunto de atitudes do conselheiro, que estimula no cliente o crescimento em direcção à maturidade e auto-confiança.

Os autores do livro utilizam outros pontos de vista teóricos relacionados com trabalho do orientador, o tipo de ajuda prestada, preceitos básicos para o estabelecimento dessa ajuda e características essenciais do conselheiro eficiente. Estas características exigem do conselheiro, qualidades estimuladoras de partilha com aqueles que está a ajudar, tendo sempre presente a individualidade de cada um. O que pressupõe um conhecimento profundo de si mesmo.

Este processo de ajuda tem a finalidade de capacitar os que querem ser ajudados, de novas estruturas ou potencializar as existentes, que lhe permitam obter respostas eficazes para os objectivos pretendidos. As mudanças operadas devem ser observadas no seu crescimento pessoal. Estas podem “*afectar sentimentos, valores, atitudes, pensamentos e acções*”. Se não ocorrer mudança o aconselhamento não será eficaz.

As etapas do processo de aconselhamento deverão ser definidas, entre o conselheiro e o cliente, e devem desenvolver-se num clima de confiança. O processo desenvolve-se de modo a refinar e a aperfeiçoar as próprias visões do cliente, de modo a encontrar respostas mais adequadas para uma questão de conflito ou um conjunto de questões. Os autores descrevem o processo de aconselhamento atribuindo-lhe três fases: a descoberta inicial (construção da relação), a exploração em profundidade (empatia de nível mais profundo) e a preparação para a acção (testar e implementar a acção).

É na primeira fase que o conselheiro utiliza princípios de comunicação eficaz, sincera e aberta, promotora do conhecimento mais profundo do cliente. A empatia, consideração positiva, autenticidade e concreção, constituem as condições necessárias para o bom desenvolvimento desta fase.

Na fase seguinte pretende-se que o cliente adquira capacidades de *insight* com vista à mudança positiva. Através do *feedback* proporcionado pelo conselheiro, o cliente poderá ter o seu próprio *feedback* útil, e conseguir comportamentos mais efectivos. Este processo desenvolve-se com o auxílio de procedimentos de “*empatia avançada, imediação, confrontação, interpretação e dramatização*”.

A abordagem da terceira fase do aconselhamento diz respeito à preparação do cliente para a acção. Se as duas primeiras fases não tiverem ficado bem resolvidas, pode implicar o seu insucesso. Porém, se o cliente não clarifica ainda as acções a desenvolver para as suas decisões, cabe ao conselheiro a responsabilidade de facilitar a reestruturação do processo, e se necessário serão planeadas novas acções. A aplicação científica do método de solução de problemas, facilita esta etapa, permitindo a orientação para o problema, a organização de toda a informação, a avaliação de alternativas e a escolha das acções.

Encorajar o cliente a pôr em práticas as acções planeadas, exige do conselheiro um investimento permanente, de apoio às decisões do cliente. Podem efectuar-se ensaios conjuntos, analisar os modos de acção, podendo as pessoas significativas também ser implicadas no processo. O conselheiro recorre a técnicas de estruturação e condução adaptadas ao nível a que se encontra o cliente, tendo em conta a fase do aconselhamento.

Após a implementação da acção, serão avaliados resultados, que se revêem nas mudanças operadas no cliente e conseqüentemente na sua satisfação. O aconselhamento termina quando o cliente tiver alcançado os seus objectivos, sendo útil uma reflexão conjunta da experiência total do aconselhamento.

Ao terminar um relacionamento intenso, cliente e conselheiro podem experienciar sentimentos de perda, que podem originar resistência à separação. O encerramento do processo, implica a preparação do mesmo, que deve ser iniciada antes da última secção. O término terá de envolver aspectos positivos, que promovam no cliente a melhor utilização da sua nova aprendizagem.

Considerei a leitura deste livro uma mais-valia para a consolidação de conhecimentos sobre as minhas possíveis intervenções. Um conselho pode perfeitamente ser dado de forma desinteressada, porém o mais importante é capacitar quem o solicita a identificar e estabelecer limites para o que quer, dando-lhe a possibilidade de perceber que isso está perfeitamente ao seu alcance.

### **A ARTE DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

SALOMÉ, Jacques; Galland, Silvie. Lisboa: Esquilo, 2004, 327 páginas. ISBN: 972-8605-31-5

A comunicação é um dos aspectos mais importantes do ser humano e fundamental na prática da enfermagem.

Neste livro os autores apresentam-nos algumas de suas descobertas, que nos podem ajudar a comunicar de modo mais eficaz. Levam-nos a compreender os princípios de comunicação, que permitem estabelecer relações mais harmoniosas. As ligações saudáveis que estabelecemos com os outros são fundadas na natureza de sentimentos e não no tipo de relações estabelecidas. Porém, isto implica que cada um melhore a relação que tem consigo próprio.

Pelo processo de formação aprendemos o que nos é transmitido. Através de um processo de “reapropriação” apenas acolhemos em nós, aquilo com que nos identificamos. A forma como entendemos o outro está intimamente ligada com o que somos como pessoas, e nem sempre o que apreendemos do outro é o desejável, como também nem sempre somos entendidos, quando transmitimos algo. Todos os actos de comunicação deveriam ser confirmados e medidos. A finalidade está em encontrar a medida certa para aquilo que queremos comunicar. O jogo da relação desenvolve-se a partir de influências e intercâmbios, respeitando a liberdade de escolha de cada um, relativamente ao que se quer aceitar ou não. Segundo os autores, uma relação será equilibrada, quando cada um dos seus intervenientes aprender a “ *pedir, recusar, receber e dar*” em ligação à alternância e à flexibilidade, que permite passar de uma situação para a outra. A gestão eficaz de todo o processo de comunicação não se funda numa prudência excessiva, mas num modo de agir equilibrado e responsável.

Permitir a expressão do outro, não é dar a nossa interpretação dos seus impulsos ocasionais, é compreender o sentido as suas expressões mais íntimas. E porque somos diferentes, não podemos negar as diferenças existentes em cada um.

O conhecimento mútuo promove o sucesso da comunicação. Mas tudo isto está em ligação ao conhecimento que cada um tem de si próprio. E são também as nossas experiências de vida que nos dão traquejo, para nos movimentarmos em todo este processo, embora cada um guarde percepções das vivências, de modo diferente.

O modo como nos exprimimos também depende do modo como o Outro nos acolhe. Sermos recebidos por alguém não significa que sejamos aceites, mas ouvidos. Comunicar será pois partilhar. Mas esta partilha implica a existência de determinadas predisposições, em mim e no Outro.

Entender é respeitar e aceitar o Outro, ouvi-lo e fazer com que se sinta entendido. Por outro lado a nossa necessidade de sermos entendidos, leva a que por vezes nos façamos ouvir, contudo, sem necessitarmos de resposta.

A comunicação aberta não poderá implicar a responsabilização dos outros pela nossa felicidade e o estabelecimento de falsos compromissos. Mas sim em princípios de fidelidade com o próprio eu, actuando em função das nossas expectativas. Por vezes a nossa obediência e o exagerado conformismo, podem transformarmo-nos em pessoas muito infelizes, daí que não devemos renunciar às nossas próprias afirmações.

Tudo isto exige respeito por nós mesmos e congruência entre o que se diz e o que se sente. E esta é uma comunicação de qualidade que permite a partilha e amplificação das relações, embora muitas vezes agimos de acordo com as nossas convicções.

Também o amor se pode fundar em actos de plena comunicação, recorrendo à compreensão mútua. O amor tem de ser próprio, não se limitando ao global de cada um, mas abrangendo a singularidade de cada um. É pois um processo tão complexo de olhar na mesma direcção, com objectivos que se fundem na construção do Nós. Os autores referem mesmo que uma relação amorosa, portadora de amor dado e recebido, é um mundo de acontecimentos que nenhuma linguagem articulada poderia descrever.

Os exemplos práticos presentes no livro elucidam a transmissão de todo o processo implícito na arte de comunicar. Além do conhecimento científico, levou-me a compreender mais claramente como a comunicação pode afectar a nossa construção, a relação com os outros e a nossa saúde mental. Privilegiar a comunicação e os seus diversos aspectos, é uma das habilidades que favorece a relação com o cliente, com as famílias, com os restantes elementos da equipa e com a sociedade.

No final posso dizer que a síntese aqui apresentada permitiu uma compreensão mais ampla de mim mesmo e um melhor acolhimento dos outros em mim. Aprendi como posso ser mais feliz, ou melhor, que a felicidade está dentro de cada um, cabe-nos a nós descobri-la.

### **A ENTREVISTA DE AJUDA**

BENJAMIN, Alfred. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda., 1993, 195 páginas. ISBN: 85-336-0168-9

Uma das intervenções onde pretendo centrar a minha atenção, durante os Ensinos clínicos, é a Relação de Ajuda. A leitura deste livro foi de uma ajuda imensa para a concretização dos meus objectivos.

O autor começa por definir dois tipos de entrevista: aquela em que o entrevistador procura ajuda e aquela em que o entrevistador procura ajudar, sendo nesta última que centra a sua atenção, em que o objectivo principal é ajudar o entrevistado, já que, como refere, *“ele está no centro; ele é o focalizado; ele é o mais importante”*, podendo vir até nós de livre vontade ou contrariado, dependendo de diversas circunstâncias. De qualquer forma, segundo o autor, a pergunta que nos devemos sempre colocar é: Qual é a melhor forma de ajudar esta pessoa?

Também neste livro é dado especial ênfase ao facto do entrevistador, ter por objectivo capacitar o entrevistado a reconhecer as suas capacidades e opções de mudança, dando sempre algo de si mesmo, ouvindo, compreendendo e sendo empático.

Um dos aspectos que considerei interessantes foi perceber porque ficamos ansiosos sempre que temos que fazer uma entrevista. Na realidade, do que temos medo é, como escreve A. Benjamin, da interacção com o entrevistado, daí a importância das condições, quer externas quer internas, que se devem criar para a realização das entrevistas de ajuda.

Relativamente às condições externas, o autor faz referência a um ambiente calmo, onde possam ser evitadas interferências e interrupções, e onde se possa estar concentrado de modo a promover a confiança. A entrevista de ajuda é, segundo o autor, exigente para ambas as partes e, embora não seja sagrada, é pessoal e merece todo o respeito que pretendemos mostrar ao entrevistado.

Já relativamente às condições internas, o autor valoriza-as ainda mais que as externas. Como diz, são condições que estão dentro de nós e é importante que sintamos realmente vontade de ajudar. Nesse momento nada é mais importante e o entrevistado deve sentir isso como verdadeiro. Para isto, tal como já referi a propósito de outras leituras, importa conhecer-se muito bem a si próprio, estarmos conscientes do que somos capazes, confiantes das nossas ideias e sentimentos, seguros dos nossos limites, sendo honestos connosco mesmos, saberemos ouvir e melhor compreenderemos.

Segundo o autor, caso isto não aconteça, ou se durante uma entrevista, nos apercebermos que não o estamos a ouvir ou a compreender é melhor ser verdadeiro e dizer-lho, já que podemos não ter a solução para o seu caso. Enfrentar a realidade, criando uma atmosfera de confrontação, poderá permitir ao entrevistado obter mais ajuda do que aquela que se esperava. A este propósito, clarifiquei um outro aspecto: por vezes estamos tão preocupados com o que dizer a seguir ou em fazer tudo certo, que acabamos por não escutar e entender o que se está a passar.

Referindo a passagem à prática, o autor caracteriza a entrevista de ajuda em dois tipos: a iniciada pelo entrevistado e a iniciada pelo entrevistador.

Relativamente à primeira, em que alguém solicita a entrevista, o melhor é deixar a pessoa dizer o que o levou a pedir ajuda, deixando expor as suas ideias, por palavras próprias. Deve-se começar a entrevista por algum assunto que facilite o diálogo, como falar do tempo ou do trânsito, e nunca falar em “problema” ou dizer que se está muito contente por ter vindo.

Quanto à entrevista solicitada pelo entrevistador, deve-se começar por esclarecer qual o motivo que o levou a solicitar a entrevista, mostrando seguidamente que estamos dispostos e desejosos de o ouvir.

Para esta primeira fase da entrevista, a abertura, o autor faz alusão à explicação do nosso papel e ao uso de formulários. Relativamente à duração da entrevista é da opinião que 30 a 45 minutos são suficientes, sugerindo também, que se os dois se aperceberem que ao fim de 10 minutos não há mais nada a dizer é melhor terminar a entrevista.

Relativamente às outras duas partes em que divide a entrevista, desenvolvimento ou exploração e encerramento, explica cada uma delas através da utilização de exemplos práticos muito esclarecedores e defende ainda que muitas vezes é difícil identificar de forma isolada cada uma das fases já que estas se fundem frequentemente umas nas outras.

O capítulo cinco deste livro é totalmente dedicado às perguntas. Nele o autor descreve a importância das perguntas abertas vs perguntas fechadas, referindo que a pergunta aberta é ampla, permite ao entrevistado amplas possibilidades e é um convite às suas concepções, opiniões, pensamentos e sentimentos, enquanto a pergunta fechada o limita e restringe a respostas específicas.

Neste capítulo descreve ainda o que fazer em caso da situação se inverter e o entrevistado começar a fazer perguntas, sobre outras pessoas, sobre nós ou sobre ele mesmo. E termina o capítulo abordando a questão do como e quando utilizar as perguntas, valorizando, relativamente ao *como*, as perguntas únicas e não duplas ou múltiplas, e se puderem ser indirectas tanto melhor. Quanto ao *quando* defende que elas devem ser utilizadas em situações em que não fomos capazes de ouvir, escutar ou compreender por qualquer motivo.

O capítulo seguinte aborda a questão da comunicação, apesar de já anteriormente ter feito uma análise a um livro exclusivamente dedicado a este tema, há aspectos que me chamaram a atenção, por exemplo, quando o entrevistado não quer falar. Tal como refere, a entrevista não consiste somente em conversação, porém se esta não existir não há entrevista. Todavia, se o entrevistado tiver interesse ou se o motivarmos um pouco com certeza que falará, apesar disso o autor deixa-nos algumas sugestões de formas possíveis de reiniciar a comunicação verbal.

No capítulo sete o autor dá-nos algumas respostas e indicações, começando pelas centradas no entrevistado, nomeadamente a gestão do *silêncio*, que é uma resposta não verbal mas que pode querer dizer muito. A utilização de vocábulos do tipo “*Ahn-ahn*”, que embora não seja uma palavra é um som que incentiva a pessoa a prosseguir, sendo uma resposta cautelosa por parte do entrevistador. A *repetição*, que pode ser feita de diversas formas com o mesmo fundamento: servir de eco, permitir ao entrevistado ouvir o que disse, podendo ser feita de quatro formas: a repetição exacta, sem mesmo trocar o pronome utilizado; a repetição exacta, trocando o pronome; a repetição de parte do que foi dito, aquela que o entrevistador considera mais importante; e a repetição na forma de resumo.

Seguidamente faz alusão à *Elucidação*, frequentemente entendida como esclarecimento do entrevistador ao entrevistado sobre o que este último disse ou tentou dizer; a *reflexão*, resposta difícil de ser utilizada, já que exige uma compreensão e uma audição profundamente empáticas, ou seja, servir de espelho que reflecta as atitudes e sentimentos do entrevistado. Aqui o autor defende que não se deve confundir *reflexão* com *interpretação*. No reflectir, o entrevistador não faz conjecturas nem suposições, apenas mostra por palavras a mensagem afectiva que recebeu.

A Explicação, que sendo uma afirmação descritiva, pode ser utilizada como uma indicação ou como uma resposta a afirmações e perguntas do entrevistado. Deve ser em tom neutro, tendendo a ser impessoal, lógica e positiva.

Relativamente às respostas e indicações centradas no entrevistador, o autor fala-nos do *Encorajamento*, ao qual põe algumas reticências. Descreve a *afirmação-reafirmção* como uma indicação para dizer ao entrevistado, que acreditamos na sua capacidade de agir e superar obstáculos, demonstrando-lhe que podemos ver mais longe do que ele, que pode confiar em nós, que depende dele a acção, mas que precisa de um pequeno empurrão para o ajudar no caminho que tem para percorrer.

O autor fala-nos ainda da *Sugestão*, como uma forma suave de conselho, através do qual se apresentam possíveis linhas de acção, e do *Aconselhamento*, que depende de cada um, significando dizer mais do que como se comportar, o que fazer ou como agir, que pode ser dado directa ou indirectamente mas o melhor e mais fácil é dar um conselho “desinteressado”. O primeiro passo não é satisfazer imediatamente a solicitação, mas pelo contrário, descobrir o que o próprio entrevistado pensa da situação e que alternativas considera. Assim sendo, o melhor é ajudar o entrevistado a capacitar-se para identificar as áreas em que procura aconselhamento, uma vez que este processo tem nuances e implicações. Contudo o entrevistador se concluir que não tem o direito moral, profissional ou simplesmente razões humanas para dar conselhos deve declará-lo abertamente. Todavia, depois de um conselho dado este deve ser acompanhado.

Outro aspecto que considerei importante ver aqui descrito foi o *Moralismo*, mistura de aconselhamento e pressão mas com mais significado. O autor aconselha que a moralização pode ser um agente útil na entrevista de ajuda, porém pode ser opressora. Por um lado pode permitir ao entrevistado ver como a sociedade o julga, como os outros observam o seu

comportamento, mas também pode bloquear o exame do *eu* e da acção motivada pelo *eu*, reprimindo uma maior expressão de sentimentos e atitudes.

Reconheço que esta análise já vai um pouco longa, contudo, não queria terminar sem fazer referência a um aspecto com o qual me identifico bastante e que o autor referencia nas respostas e indicações autoritárias, que é o uso do *humor*. Não pretendo descurar qualquer dos outros aspectos, porém concordo com o autor quando refere que o humor, quando usado adequadamente pode ser tão útil ou mais quanto outras indicações e respostas. No dia-a-dia faço muito uso do humor, e tal como o autor, não me refiro a sarcasmo, ridicularização ou cinismo, mas tão só àquele leve toque de humor que tem origem no ouvir com empatia, e que reflecte uma visão positiva da vida.

Um pequeno gesto, um sorriso natural e espontâneo, como eu costumo dizer, pode fazer milagres. Neste caso o milagre será o estabelecer de uma relação com mais confiança e de verdadeira ajuda.

### **A RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE COMO INTERVENÇÃO TERAPEUTICA – Proposta de uma Teoria de Médio Alcance**

LOPES, Manuel José. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2006, 360 páginas. ISBN: 972-8485-6-X

Na realidade, não pretendo descrever aqui o conteúdo deste livro. Porém, sinto que não posso deixar de fazer uma pequena análise, já que o livro aborda o tema mais adulado neste portefólio: o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e o doente.

No prefácio, a Dr.<sup>a</sup> Marta Lima Basto começa por apontar **duas razões** para ler este livro. Eu atrever-me-ia a dizer que há várias **razões** para ler este livro **duas** vezes.

Desde a forma como justifica o seu interesse pelos aspectos relacionais Enfermeiro-Doente, o quadro conceptual, a problemática e questões de investigação até às conclusões, todo o texto (que pode parecer complexo), se apresenta de forma metódica, concreta, mas de fácil leitura, levando-nos (leitores enfermeiros), a uma viagem ao interior das nossas preocupações enquanto profissionais, sobre as quais nem sempre reflectimos.

Parece-me que os objectivos eram claros e foram plenamente atingidos. A leitura deste livro mostra e clarifica a natureza dos cuidados de enfermagem e a relação que se estabelece entre “dois seres humanos”, neste caso concreto Enfermeiro-Doente. Muitas vezes desconhecemos porque desenvolvemos determinadas competências e nem sabemos porque fazemos determinadas coisas, nem como as podemos explicar aos outros, porque não lhes atribuímos nomes concretos.

Este estudo, de metodologia qualitativa, frequente em situações em que se pretende conhecer e compreender as relações interpessoais, ocorreu num Hospital de Dia de Oncologia, todavia, as competências enunciadas encontram-se em todas as práticas, seja em que especialidade for. Onde houver um enfermeiro e um doente há a possibilidade, de *ser* e *estar* em relação com o outro. Este *ser* e *estar*, entenda-se como estabelecer uma Relação de Ajuda.

Finalmente, porque comigo aconteceu, este livro é uma chamada de atenção à consciência de cada enfermeiro e um estímulo a continuar a descoberta de si próprio, enquanto pessoa, mas

também como profissional dotado de grandes capacidades, na prática, no ensino ou na investigação. Acredito que ao tomarmos consciência dessas capacidades podemos estar mais perto da excelência.

### **PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL: interconsulta e emergência.**

NEURY, José Botega et al., 2ª Edição, Porto Alegre, Artemed Editora Lda., 2006, 572 páginas. ISBN: 85-363-0560-6

Este é um livro ao qual não poderia ficar alheio, por abordar o tema geral do Projecto dos Ensinos Clínicos. O mesmo aborda as questões essenciais da Psiquiatria Consiliar e de Ligação e é um livro que poderá interessar a todos os técnicos de saúde que trabalhem num hospital geral. A profundidade dos temas, alicerçada na experiência prática dos autores, torna este livro num manual de consulta e reflexão diária.

Neury José Botega, organizador deste livro, reuniu em 35 capítulos, alguns temas importantes, escritos por autores directamente relacionados com a interconsulta<sup>25</sup> psiquiátrica no Brasil.

Assim, poderíamos dividir este livro em três grandes áreas, encontrando nos primeiros dez capítulos referências ao historial e tendências da interconsulta, à morbilidade psiquiátrica no hospital geral, à reacção ao internamento e à doença, ao impacto na família, à natureza e factores do encaminhamento, à visão psicodinâmica e aspectos técnicos, à relação técnico-paciente, formação e organização de serviços e, por fim, a saúde mental dos profissionais.

Numa segunda área, do capítulo 11 ao 25 onde aborda diferentes particularidades das diversas especialidades existentes num hospital geral, nomeadamente a abordagem e avaliação do paciente, avaliação neurológica básica, confusão mental e demência, agitação psicomotora, depressão, álcool e drogas, ansiedade e insónia, somatização, gravidez e puerpério, falência e transplante de órgãos, SIDA e psiquiatria, paciente na UCI, paciente com dor, a morte e o suicídio.

Numa terceira e última área, podemos encontrar temas como a abordagem terapêutica, que inclui as interacções medicamentosas, as reacções adversas e intoxicações, as psicoterapias de apoio, relaxamento, meditação, grupos no hospital geral, atendimento em psiquiatria infantil, aspectos ético-legais e, por fim, os primeiros passos na pesquisa no hospital geral.

Na realidade, os serviços de psiquiatria, num hospital geral, são apresentados como mais uma entre as possibilidades de atendimento ao doente com alterações da sua saúde mental. Todavia, o autor salienta que existe mais a intenção de fazer do que a realidade prática, pois o trabalho do interconsultor psiquiátrico é ainda muito desconsiderado pelo Sistema de Saúde. Tal como refere, não há pagamento pelo serviço prestado, o que revela o tipo de reconhecimento do mesmo.

Mas a decisão de solicitar apoio da psiquiatria não é apenas determinada pelo estado psicopatológico do doente, pode revelar, também, reacções e posturas do técnico, da equipa,

---

<sup>25</sup> A denominação *interconsulta* inclui, no sentido em que é utilizada no Brasil, a consultoria psiquiátrica e a psiquiatria de ligação (*Consultation-Liaison Psychiatric*, nos países anglo-saxónicos), BOTEGA (2006, p. 24).

da instituição ou da interacção entre ambos. Estes aspectos influenciam, muitas vezes, negativamente a concretização do pedido.

A diferença fundamental entre os conceitos das outras especialidades e a psiquiatria de ligação reside no facto deste técnico necessitar de formação e treino específicos que permitam beneficiar o doente, a equipa e a relação entre estes, de forma a evitar ou minimizar riscos.

Porém, apesar do interconsultor ser flexível, eclético, possuir amplos conhecimentos em medicina, farmacologia, psicofarmacologia, interacções medicamentosas, manifestações psíquicas de quadros físicos, reacções psicológicas à doença e à hospitalização, ser eficiente no atendimento a pacientes suicidas, transplantados, terminais e ter uma formação em diferentes abordagens terapêuticas, ele não é um “super técnico”.

Tal como salienta CASSORLA, autor do capítulo 26 deste livro, o profissional que exerce funções de psiquiatra de ligação, membro da equipa ou interconsultor, deve ter as características de todo o profissional de saúde: preparação técnica, amor à verdade, capacidade de ser empático, relacionar-se bem com os outros seres humanos e ser eticamente correcto. Porém, são desejáveis outras características, que podem ser desenvolvidas através da experiência, da aprendizagem com colegas mais experientes, pela discussão em grupo ou através da psicanálise individual: Aceitação da realidade da morte, aceitação das limitações humanas, capacidade de identificar e resolver conflitos complexos, ter profundos conhecimentos éticos, e finalmente, cuidar de si.

Este é, realmente, um livro de grande utilidade.

## **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

NEEB, K. – Loures, Lusociência. 2000. 432 Páginas. ISBN 972-8383-14-2

Apesar de ser de leitura agradável, este não é um livro que se pegue e se leia de uma vez. Sendo um livro essencialmente técnico, presta-se à consulta sempre que dele se necessite. É um livro que apresenta uma perspectiva muito boa dos aspectos de saúde mental para quem trabalha noutras enfermarias de um hospital geral, já que a sua abordagem se centra muitas vezes na relação entre a doença orgânica e os distúrbios psicológicos.

Para a minha reflexão centrei a minha atenção no 2º Capítulo – **Bases da Comunicação** – por ser um tema de grande interesse pessoal para este momento académico.

Sendo a comunicação um aspecto fundamental em enfermagem faz-me todo o sentido que essa área seja aprofundada e desenvolvida. Também porque a técnica de intervenção por mim privilegiada foi a Relação de Ajuda em Enfermagem, importa pois consolidar conhecimentos neste aspecto chave desse processo terapêutico.

Neste capítulo o autor aborda todos os aspectos e formas de comunicação, sua utilização e tipos. Esquemáticamente apresenta os obstáculos à comunicação terapêutica (ajuda) e às técnicas de comunicação terapêutica (ajuda), abordando vários aspectos dos quais foco os seguintes por me terem sido bastante úteis.

**Reflectir, Repetir, Devolver** – Esta técnica consiste em identificar a palavra ou a ideia do doente, que parece ser a chave para o que o doente nos quer comunicar, repetindo-a o enfermeiro encoraja o doente a expressar as suas ideias.

**Clarificar os termos** – Não retirando conclusões erradas, em relação ao que nos é dito, é importante clarificar os termos. Logo, quando um doente diz algo que pode ter várias interpretações, temos que lhe perguntar o que é que realmente ele queria dizer.

**Perguntas abertas** – A utilização deste tipo de perguntas é, provavelmente, das técnicas mais difíceis de aprender. Estas têm por objectivo estimular a participação do doente, de forma recolher o máximo de informação, sem, contudo, ser muito persistente ou intrusivo. Muitas vezes o doente não é capaz de dar uma resposta muito elaborada, porém, um simples “sim” ou “não” pode ser suficiente.

**Pedir o que se precisa ou deseja** – Este aspecto está directamente relacionado com a assertividade. Quando se utiliza esta técnica de comunicação, devem-se colocar no início da frase expressões como “eu quero” ou “eu preciso”. O facto de pedir o que se precisa ou deseja não quer dizer que se exija ou que se seja agressivo para com o outro, mas tão simplesmente ser assertivo.

**Identificar pensamentos e sentimentos** – Esta é outra tarefa importante a desempenhar: reconhecer o que são sentimentos ou emoções e simples pensamentos. Perceber quando uma pessoa se refere ao que sente e quando se refere ao que pensa, permite compreender e identificar melhor o que o doente nos quer dizer.

**Usar a empatia** – Manter uma atitude empática permite tornar o doente no centro das atenções. Empatia e simpatia não são a mesma coisa. A grande diferença é que numa atitude simpática há um envolvimento emocional e o centro da atenção é partilhado por ambas. Ser empático caracteriza-se por reconhecer as emoções do doente sem contudo vivenciar a emoção.

**Silêncio** – O silêncio tem um papel importante na comunicação, porém, muitas vezes, ele é visto como incómodo e deixa as pessoas desconfortáveis. Na comunicação terapêutica ele tem duas funções: por um lado permitir ao enfermeiro e ao doente um período de tempo para organizarem os seus pensamentos, por outro demonstrar ao doente aceitação por parte do enfermeiro. Estar em silêncio durante 2 ou 3 minutos, numa posição descontraída frente ao doente transmite-lhe a ideia que estamos disponíveis para esperar e escutá-lo. Contudo, se o silêncio permanecer por muito tempo o melhor é fazer uma síntese do que foi dito, ou sugerir ao doente uma pausa.

**Fornecer informação** – Os enfermeiros adoptam um papel de professor diariamente, o fornecimento de informação está intimamente ligado com este papel. Se um doente está muito ansioso, porque vai fazer um exame complementar de diagnóstico que desconhece ou sobre o qual já ouviu dizer mal, fornecer informações correctas sobre o mesmo poderá ajudar a diminuir essa ansiedade.

**Utilizar pistas gerais** – Este método tem por objectivo encorajar a pessoa a continuar a falar. Por vezes um simples “ahn ahn” ou um olhar direccionado e mais atento permitem ao doente perceber que está interessado em continuar a ouvir.

**Referir pensamentos e sentimentos subentendidos** – Esta é uma técnica que se pode tornar útil para iniciar uma entrevista informal de relação de ajuda. Através da observação o enfermeiro pode identificar um comportamento específico ou uma alteração do doente. Confrontando-o diminui as possibilidades de negação, uma vez que o doente percebe que estamos dispostos a prestar-lhe atenção e sente que estamos preocupados em o ajudar.

Tal como refere o autor, nem todos os métodos de comunicação funcionam para todas as pessoas em todos os momentos, porém, se utilizados de forma correcta são uma preciosa ajuda no relacionamento enfermeiro/ utente.

### **DE INICIADO A PERITO – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**

BENNER, P. – Edição Comemorativa. Coimbra. Quarteto. 2006, 262 páginas. ISBN: 989-558-052-5

A enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, redefinindo-se e renovando-se continuamente, adaptando-se às constantes mudanças do mundo actual. Esta redefinição tem por objectivo, entre outros, a conquista de um espaço e autonomia próprios, porém, isso só é possível se estiver alicerçada por um campo de competências próprio.

Neste livro Patrícia Benner descreve, através da apresentação do um modelo de aquisição de competências em enfermagem, uma definição clara dos domínios e competências de enfermagem, contributo essencial para a autonomização e desenvolvimento da profissão.

Este modelo foi desenvolvido com base no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, que fora construído indutivamente, a partir de estudos realizados com jogadores de xadrez e pilotos de avião, e que concluiu que o indivíduo durante a aquisição de competências passa por cinco níveis de proficiência: Principiante, Principiante avançado, Competente, Proficiente e Perito.

Assim, com o objectivo de transpor este modelo para a prática clínica de enfermagem e de forma a clarificar as características de desempenho dos enfermeiros, nos diferentes níveis de aquisição de perícia, Patrícia Benner realizou entrevistas e observação com enfermeiros clínicos experientes, com enfermeiros recém formados e alunos de enfermagem do último ano, em diferentes hospitais.

Através dessas entrevistas e das descrições de episódios da prestação de cuidados muito pormenorizadas, Benner identificou 31 competências, que reagrupou em 7 domínios, tendo por base a similaridade da função e da intenção, e que descreve neste livro de forma muito clara através da apresentação de exemplos práticos.

Segundo esta autora, os enfermeiros desenvolvem e observam muitas formas de entender e de lidar com a doença assim como muitas maneiras de outros a vivenciarem. Os enfermeiros oferecem vias de entendimento, controle aumentado, aceitação e até mesmo triunfo no meio do que, para o doente, é uma experiência desconhecida e única.

Benner considera o desempenho do enfermeiro perito, holístico, em vez de fraccionado, processual e baseado em passos sucessivos.

A experiência, para além da formação e preparação formal, é necessária para atingir este nível. É impossível aprender formas de estar e lidar com os doentes unicamente através de conceitos ou teorias. Para se chegar ao nível de perito é necessário prestar cuidados e reflectir constantemente sobre eles. Como refere Benner as competências emergem de um conjunto de saberes que são adquiridos através da formação e reflexão das práticas, permitindo uma actuação mais adequada, numa determinada situação, pressupondo um reconhecimento pelo outro. Para esta autora o conhecimento em enfermagem não se desenvolve na sua totalidade se as enfermeiras não interiorizarem e não utilizarem os conhecimentos adquiridos com a prática e a experiência. Neste modelo verifica-se, então:

- ✓ Uma viragem de um paradigma onde o indivíduo depende de princípios abstractos para um paradigma onde as experiências passadas são utilizadas;
- ✓ Uma mudança de percepção da situação como uma compilação de factos de igual importância para uma percepção global onde certos elementos tem mais peso do que outros;
- ✓ Um movimento de uma posição de observador para uma posição de executante.

As competências não são inatas, adquirem-se, desenvolvem-se e aperfeiçoam-se com o decorrer do tempo. Considerei a leitura deste livro uma mais-valia, o modelo apresentado é emergente da prática para a teoria e com o qual facilmente me identifico.

### **COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO CLINICO**

NUNES, J.M.M – Lisboa, Bayer Health Care, 2007. 194 Páginas

Embora escrito por um médico de clínica geral este livro é dirigido a todos os profissionais de saúde. O tema central é a comunicação, destacando o autor, o contributo de alguns modelos da escola semiótica e processual dando exemplos práticos da sua aplicação na comunicação, quer interpessoal quer social e da forma como esses mesmos modelos nos ajudam a compreender de que forma, quer o processo (o acolhimento ao utente, a escolha dos espaços, o ruído, as interrupções, as nossas próprias interferências cognitivas, emocionais e sociais) quer o conteúdo (os sinais e o seu significado) interferem na comunicação que estabelecemos com o utente.

Para o autor, a tão desejada humanização hospitalar passa pelo facto de se conhecer a importância da comunicação em saúde, em todas as formas específicas de comunicar, desde a informação, a educação para a saúde ou a entrevista.

Neste livro, o autor, dedica um capítulo, o 5º, às capacidades do bom entrevistador: a empatia, cordialidade, concreção, assertividade, convicção, demonstrando profundos conhecimentos sobre o poder terapêutico das palavras. O sexto e sétimo capítulos são inteiramente dedicados à entrevista, descrevendo e classificando os diferentes tipos e fases da entrevista clínica.

Segundo o autor, o conhecimento aprofundado de cada uma das fases da entrevista deve ser encarada como um mapa, não nos obrigando a seguir as estradas representadas mas indicamos o melhor caminho a seguir.

Mais um óptimo e útil livro para o desenvolvimento e concretização dos meus objectivos.

## **MASTECTOMIA E AUTOCONCEITO**

BRUGES, M.L.B.M.P. – Loures, Lusociência, 2007. 104 Páginas. ISBN 972-8930-27-5

Este livro apresenta-nos o estudo realizado para a tese de doutoramento da autora, abordando um importante problema de saúde comunitária: o cancro da mama. Na verdade, segundo dados da autora, a patologia mamária com ameaça de cancro ou proposta de cirurgia constituem motivos de angústia que pode levar a casos extremos como o suicídio, pelas alterações psicológicas que provoca, como a alteração da auto-imagem, da identidade ou até de personificação.

As angústias expressas pelas mulheres mastectomizadas levaram a autora a considerar este grupo como vulnerável e a necessitar de intervenções específicas, estando directamente relacionado, pelas alterações físicas e psicológicas que provoca, com o auto conceito.

Este livro encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira dedicada à mastectomia, aspectos históricos, classificação e implicações, onde se podem ler os aspectos relacionados com a enfermagem. Avaliação, elaboração de diagnósticos, planeamento e implementação de cuidados, são alguns dos assuntos focados.

Na segunda parte, totalmente dedicada ao auto conceito, a autora considera importante fazer uma abordagem às grandes teorias filosóficas e psicológicas sobre este tema, pelo que aborda as diferentes escolas do pensamento, sobre a noção de auto-conceito e seus componentes.

Citando vários autores, a autora relembra que o auto conceito é a percepção que a pessoa tem de si, sendo um construto hierárquico e multifacetado, com alguns componentes básicos: componente cognitivo, componente avaliativo e componente comportamental. Assim, faz no capítulo 3, uma análise dos diferentes componentes/ dimensões do auto conceito, tomando por base a perspectiva de vários autores, sendo a auto-estima a componente afectiva do auto conceito.

No penúltimo capítulo são abordados os distúrbios do auto-conceito, fazendo uma abordagem a vários modelos de intervenção em enfermagem, propondo uma interferência centrada na família para as pessoas com problemas de auto-conceito/ auto-estima e que esta abordagem seja iniciada com a pessoa internada devendo ser incluída no planeamento da alta e seguida nos centros de saúde.

Nanchoff-Glatt (1998), citado pela autora, é de opinião que se considerem alguns princípios ao utilizar-se o processo de enfermagem:

- 1) Compreende-se e trata-se melhor o auto-conceito/auto-estima se partir de uma perspectiva circular e não linear;
- 2) As pessoas, com baixo auto-conceito/auto-estima, necessitam de descobrir as suas próprias capacidades de resolução de problemas, de recursos e de forças;
- 3) A possibilidade da pessoa estimular o auto-conceito/auto-estima depende da sua capacidade para alterar a sua percepção do problema.

A leitura deste livro despertou-me para vários aspectos importantes para colocar em prática nestes ensinamentos clínicos, mas que poderão vir a ser muito úteis na minha prática diária posteriormente. A apresentação de diversos quadros torna este livro esclarecedor e p

demonstrando que este é um tema muito pertinente para a prática da enfermagem de consultadoria e ligação.

## **OS ARTIGOS QUE LI E A SUA ANÁLISE**

### **CONDIÇÕES DE EFECTIVIDADE E DE IMPLEMENTAÇÃO DA PSIQUIATRIA CONSILIAR/LIGAÇÃO E PSICOSSOMÁTICA NUM HOSPITAL GERAL**

VALENTE, A. SAMICO, Georgina; COSTA, José; RAIIO, José – In Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação. Ano I – Nº 1 – Março de 1995, pp. 35-38. ISSN: 0873-612X

Neste artigo os autores reportam-se, ao período, da não existência de preocupações com as relações terapêuticas humanizadas e holísticas, nos diversos serviços de um hospital geral, estando os técnicos mais preocupados em tratar o órgão, aparelho ou sistema, do que aquilo que o doente vivencia, sente ou o preocupa.

Assim, apresentam-nos a sua experiência na implementação de um serviço de psiquiatria consiliar/ligação e psicossomática no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, cujo objectivo era melhorar as condições de assistência global aos doentes, aumentar a eficácia do tratamento prestado e melhorar o prognóstico. Assim, actuando com o doente, com a equipa e com a família, através de uma postura consultante, mediática e específica, com uma atitude psicopedagógica, psicoterapêutica e psicofarmacológica, saindo do serviço de psiquiatria e actuando onde o doente se encontrava.

Apresentam-nos também as dificuldades na actuação de uma equipa de psiquiatria consiliar/ligação, como sendo: as dificuldades inerentes à própria equipa; em termos de apoio teórico, necessário não só para a formação dos vários elementos mas também para a definição de linhas de actuação; a relação entre os vários elementos da equipa; a dinâmica interna instituída; dificuldades no relacionamento com as diferentes estruturas e restantes técnicos do serviço, e dificuldades colocadas à actuação e à compreensão desta actividade nos outros serviços.

Todavia, os autores referenciam as soluções preconizadas para ultrapassar estas dificuldades: pertencer a um grupo mais alargado (Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática); aceitação dos vários elementos, promovendo encontros e reuniões frequentes; não existência de programas rígidos e demasiado estruturados. Assim, privilegiavam uma postura dinâmica, em que a sua actuação era mais que o cumprir um programa, era uma atitude.

Finalmente, apresentam algumas reflexões dos quatro anos de trabalho, abordando a questão do limiar da equipa de onde vem o pedido; as resistências pessoais, quer da equipa, quer dos doentes, como um impedimento à formulação do pedido; ao relacionamento dos outros técnicos com os profissionais de psiquiatria, uma vez que o relacionamento entre estes servirá de modelo ao relacionamento com o doente.

Os autores defendem que a articulação entre os clínicos e os psiquiatras deve ser estimu permanentemente divulgada, devendo o técnico de psiquiatria ser o elo de ligação en

diferentes espaços (social, educativo, familiar, clínico, psicodinâmico, etc.), sem, no entanto, perder a sua identidade e não ser outra coisa senão o que realmente é.

Este é, porventura, um dos primeiros artigos sobre o tema, em língua portuguesa e que reflecte bem a realidade que estou neste momento a vivenciar.

### **PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO**

MOTA, A. – In Revista de Medicina Interna. Vol. 7, Nº 4, 2000, pp. 239-245. ISSN: 14712318

Neste artigo, a Dr<sup>a</sup> Ana Mota, Psiquiatra, faz uma abordagem global ao conceito de Psiquiatria de Ligação enquanto sub-especialidade da Psiquiatria. Assim, partindo duma revisão teórica de vários autores, aborda as questões históricas do surgimento da psiquiatria de ligação a nível internacional e em Portugal, apresentando em seguida a definição, objectivos e focos de intervenção, descrevendo com algum pormenor todos estes aspectos.

Quer, através do próprio texto, quer esquematicamente, recorrendo à utilização de diversos quadros, apresenta-nos de forma clara e esclarecedora, aspectos como a avaliação clínica, a perícia da entrevista, a importância da clarificação do pedido e os vários pontos da intervenção terapêutica.

Apresenta ainda os vários modelos de organização de serviços de psiquiatria de ligação, e conclui que em Portugal a actividade de investigação nesta área, tem sido predominantemente na área da cormobilidade psiquiátrica em doentes internados no hospital geral. O principal modelo de intervenção utilizado é o de consultadoria/ligação, e a formação em psiquiatria de ligação para médicos psiquiatras requer um estágio oficialmente estruturado, que constitui valência obrigatória do internato de psiquiatria.

Em termos de literatura em português este é dos artigos mais esclarecedores e abrangentes sobre este tema.

### **CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY: CONTRIBUTIONS TO MEDICAL PRACTICE**

KORNEFELD, D.S. – In *American Journal of Psychiatry*, 2002, pp. 1964-1972. ISSN: 1535-7228

Em Outubro 2001, a *American Board of Psychiatry and Neurology*, em resposta a uma solicitação da *Academy of Psychosomatic Medicine*, recomendou que a Psiquiatria Consiliar de Ligação fosse aprovada como uma sub-especialidade, e como uma nova designação "da medicina psicossomática."

Consequentemente, esta parecia ser a altura apropriada para rever a forma como os psiquiatras da consultadoria/ligação contribuíam para a prática da medicina, e o que consideravam ser oportunidades e desafios futuros. A maioria dos psiquiatras não estava consciente deste trabalho até que muito dele apareceu nos jornais médicos ou cirúrgicos com grande impacto.

Este artigo trata de uma revisão teórica, a partir de diversos artigos, sobre os contributos da psiquiatria consiliar/ligação para a melhoria da prática médica, através da descrição de diversos casos onde os psiquiatras de ligação tiveram um papel importante na alteraç

actuação dos clínicos, e a influência da publicação desses trabalhos, junto da comunidade médica.

Segundo os autores, tais publicações podem influenciar a prática médica nos estados unidos e em torno do mundo. As necessidades psiquiátricas dos pacientes existirão sempre, as observações clínicas astutas precisam de ser feitas e estudadas, e novas intervenções eficazes necessitarão de ser instituídas. Nesta era tecnológica, a necessidade de contribuir para a formação dos nossos colegas é também maior que nunca. Assim, o psiquiatra de consultadoria/ligação ou, como a sugerida, medicina psicossomática, devem sobreviver e florescer porque a presença substancial destes meios sub-especialistas melhoram o cuidado médico através do trabalho clínico directo, das suas práticas, assim como o seu ensino e pesquisa.

Considere este artigo muito interessante, levando-me a reflectir ainda mais, sobre a importância de fundamentar e dar visibilidade ao trabalho que desenvolvemos. O trabalho do enfermeiro especialista só passará a ter valor e a fomentar a sua necessidade quando, na realidade, passar a ser visível aos olhos de quem dele necessita.

### **UM MODELO PARA O PARECER PSIQUIÁTRICO NO HOSPITAL GERAL**

NASCIMENTO, António Leandro; ANDRADE, Mónica Gomes de; ASSED, Amanda Mendes Pinheiro; BRASIL, Marco António Alves – In Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55 (2). 2006, pp. 102-107. ISSN: 0047-2085

Este artigo apresenta um estudo elaborado a partir de uma pesquisa sistemática nas bases de dados PubMed/Medline e PsycINFO, de artigos que descrevessem modelos para as respostas aos pareceres psiquiátricos nos hospitais gerais.

Assim, os autores seleccionaram os artigos que descreviam modelos estruturados para as respostas aos pedidos de pareceres psiquiátricos em hospitais gerais, tendo utilizado as informações contidas nesses artigos para a construção de uma proposta de ficha de parecer psiquiátrico.

Esta ficha, que os autores apresentam em anexo, está estruturada em sete secções (cabeçalho, motivo do pedido, anamnese, exame psíquico, exame físico, diagnóstico e recomendações). Cada uma destas secções vem discriminada pormenorizadamente no texto.

Na conclusão os autores referem que um parecer psiquiátrico no hospital geral é uma ferramenta de grande utilidade para o diagnóstico e tratamento dos pacientes, sendo ainda uma forma de familiarizar os médicos de outras especialidades com as características do diagnóstico e dos tratamentos psiquiátricos. Contudo, para que o parecer cumpra essas funções é necessário que seja preenchido de maneira clara e concisa.

Finalmente sugerem a realização de outros estudos que avaliem a utilidade deste modelo e a sua adaptação a contextos específicos.

## **PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO – DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL**

CARDOSO, G. – In Acta Médica Portuguesa, 19. 2006, pp. 405-412. ISSN: 1646 – 0758.

Neste artigo, a Dr.<sup>a</sup> Graça Cardoso, apresenta-nos a evolução da Psiquiatria de Ligação desde os seus primórdios, a nível Internacional, incluindo obviamente Portugal. Começa por fazer referência à recomendação do *American Board of Psychiatry and Neurology*, na sua reunião de Outubro de 2001, de aprovar a passagem da Psiquiatria de Ligação a uma sub-especialidade, com a nova designação de Medicina Psicossomática, consagrando, assim, o reconhecimento formal de um campo específico da Psiquiatria, construído através de várias contribuições ao nível da investigação, da clínica, do ensino e da ética, deixando para trás todo um percurso histórico iniciado em 1902 com a criação da primeira unidade de Psiquiatria num hospital geral, o *Albany Hospital* em Nova Iorque.

A autora aborda ainda os desenvolvimentos e vicissitudes que marcaram este caminho, bem como os espectaculares progressos científicos registados nos anos 90 e de que forma isso influenciou a aproximação da Psiquiatria à Medicina. Recorrendo a outros autores, a autora aponta as razões que justificam a necessidade desta articulação, que derivam de diversos factores, dos quais destaca:

- O avanço tecnológico da medicina, que permite tratar situações clínicas cada vez mais complexas, mas leva ao mesmo tempo a situações particularmente difíceis para os doentes e seus familiares;
- Os resultados da investigação científica que mostraram a frequência com que surgem reacções psicológicas como resultado ou em simultâneo com as doenças somáticas, introduzindo modificações na eficácia do tratamento;
- As vantagens, crescentemente confirmadas pela investigação, de utilizar uma perspectiva biopsicossocial no diagnóstico e tratamento das situações médicas;
- A insuficiente preparação dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos das doenças.

No que respeita a Portugal a Dr.<sup>a</sup> Graça Cardoso refere que o desenvolvimento da PL surgiu associado a uma perspectiva psicossomática, progressivamente, através de experiências isoladas, dependentes de investimentos pessoais. Faz referência a alguns estudos e teses de doutoramento que foram aparecendo durante este período, aludindo a alguns trabalhos mais recentes que estudaram a efectividade das intervenções de PL e a detecção de depressão nos cuidados de saúde primários.

Ela própria e João França de Sousa apresentaram em 1986 o projecto de criação do Núcleo de Psiquiatria de Ligação no Hospital de Santa Maria, cuja efectiva criação se deu em 1987. Tratou-se de um projecto pioneiro, a criação de uma equipa que permitia oferecer a todos os serviços do hospital geral cuidados psiquiátricos e com continuidade.

Segundo a autora, a PL é uma área fortemente vocacionada para a formação pré e pós-graduada, o que permite integrar na prática uma abordagem médica segundo o modelo biopsicossocial.

Com o surgimento de estudos sobre a comorbilidade psiquiátrica começou a sentir-se mais a necessidade de se criarem serviços de PL e com estes a necessidade de organizar grupos de

trabalho. Em 1993 surge a Sociedade Portuguesa de Medicina Psicossomática, que a partir de 1995 passou a incluir um grupo de trabalho em Psiquiatria de Ligação, que tinha como objectivo ser o fórum nacional de comunicação entre técnicos desta área representando-os a nível nacional e internacional.

No fim dos anos 90, no Porto, foi criado o actual Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática. Em Janeiro de 1999, o colégio da especialidade da Ordem dos Médicos tornou obrigatório um estágio de 3 meses em PL no internato de psiquiatria, o que obrigou à necessidade de criação de programas de formação devidamente estruturados e com objectivos bem definidos.

Este artigo parece-me ser o mais completo e actual sobre a história, percurso e objectivos da Psiquiatria de Ligação. Penso que é urgente dar visibilidade ao trabalho e às competências do enfermeiro especialista em saúde mental a exercer funções de consultadoria e ligação, no sentido de estabelecer programas e objectivos concretos no que diz respeito ao papel deste técnico na equipa multidisciplinar em PL.

### **O ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO**

TUNMORE, R - In Nursing, Revista Técnica de Enfermagem. (Out.1990). Ano 3, nº33, pp. 15-18. ISSN: 0871-6196.

Este trabalho de Tunmore apresenta-nos os objectivos da enfermagem psiquiátrica de ligação, como sendo o de alterar as respostas negativas à doença física, promovendo a saúde mental através do desenvolvimento de uma sensação de auto-domínio entre os doentes e enfermeiros.

Assim, estes enfermeiros prestam serviços de saúde mental de forma directa e indirecta. O objectivo dos cuidados directos é realçar as capacidades do doente para a resolução de problemas, apoiando-o e reforçando as suas estratégias para enfrentar as situações. O objectivo dos cuidados indirectos será alterar o comportamento do doente efectuando mudanças no comportamento do enfermeiro responsável em relação ao doente. Quer, o autor, com isto dizer, que se pretende melhorar os aspectos terapêuticos da relação enfermeiro/doente como meio de melhorar os cuidados de enfermagem.

Inicialmente, segundo o autor, o enfermeiro psiquiátrico agia como consultor dos outros enfermeiros sendo considerado como enfermeiro especialista. Porém, dado o fluxo de trabalhos então surgido, as suas funções tem variado entre a reabilitação e a intervenção. Contudo, a literatura continua a acentuar e desenvolver o tema do enfermeiro especialista em saúde mental como consultor, podendo integrar-se em qualquer das seguintes situações:

- Um elemento do serviço de psiquiatria de um hospital geral, a tempo inteiro, que providencia um serviço de “chamada” para todo o hospital;
- Um elemento de uma equipa interdisciplinar de consultadoria/ligação ligado a um serviço de psiquiatria,
- Integrado numa equipa que providencia um serviço especializado para um grupo ou local específicos;

- Um enfermeiro independente nos serviços de enfermagem dum hospital geral com oportunidade para contactar regularmente com um departamento de psiquiatria.

O autor apresenta ainda a possibilidade do enfermeiro de consultadoria/ligação poder estar integrado numa equipa de cuidados primários, providenciando um serviço de ligação entre o hospital e a comunidade.

Tunmore, socorrendo-se de outros autores, apresenta ainda os benefícios de identificação do enfermeiro de psiquiatria de ligação com o serviço de enfermagem do hospital, como sendo: a familiarização com os procedimentos e políticas do hospital, o contacto regular com as equipas hospitalares e autorização pela administração de enfermagem para envolvimento na prática clínica.

No final, o autor sugere que, o desenvolvimento destes cuidados a indivíduos com doenças físicas, além de poderem ajudar na recuperação podem ainda ajudar a ultrapassar alguma da resistência e estigma na utilização dos serviços de saúde mental. Podendo, ainda, ultrapassar algumas barreiras relativas à consultadoria de enfermagem, acentuando o reconhecimento mútuo e utilização de capacidades de enfermagem, enriquecendo a qualidade dos cuidados prestados.

### **PENSAR EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO – CONTRIBUTOS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

LOPES, J; VIEGAS, A. – In Enfermagem em Foco – SEP – Ano VII – Novembro/Janeiro 97 – Nº 25, pp. 34-38. ISSN: 0871-8008.

Neste artigo os autores partem de algumas questões sobre a expressão humanização para desenvolverem e justificar a sua opinião sobre a importância da formação em saúde mental e psiquiatria para a humanização dos cuidados de saúde. Segundo escrevem, uma vez que a própria palavra humanizar significa tornar humano, não lhes faz muito sentido tornar humano o que já é humano, sendo isto uma característica inerente à própria espécie.

Assim, debruçam-se mais concretamente sobre a humanização dos cuidados de enfermagem, porém, voltam a interrogar-se, uma vez que estes, sendo prestados por gente não podem deixar de ser humanos.

Para os autores esta temática da humanização dos cuidados parece ter perdido o protagonismo a favor de outras concepções mais actuais como seja a “Qualidade dos Cuidados”, como se a primeira fosse uma realidade conseguida. Segundo afirmam, ideia da qual eu partilho, a humanização dos cuidados continua a ser um dos grandes desafios da enfermagem actual no nosso país.

Assim, consideram que a humanização, da saúde em geral e dos cuidados de enfermagem em particular, depende em grande parte de diversas macro e micro-estruturas, entendendo as primeiras como as políticas nacionais de saúde e, relativamente às segundas, a própria prática diária dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido abordam um aspecto interessante, directamente ligado com a enfermagem: a responsabilidade da formação. Assim, escrevem sobre a formação de base, centrando a sua preocupação nos aspectos relacionais da intervenção do futuro enfermeiro que praticamente

não existe nas escolas ou nos ensinamentos clínicos, dada a curta duração e objectivos dos mesmos, iniciando, logo que conclui a sua formação, uma prática autónoma sem antes ter conseguido compreender-se a si próprio.

Relativamente à formação permanente realizada pelos enfermeiros, os autores são de opinião que a grande maioria se centra em áreas médico-cirúrgicas, urgências e intensivismo, cujos pressupostos não contemplam o utente como um todo, sendo que a formação em saúde mental é essencialmente realizada por enfermeiros que já trabalham na área.

Relativamente à especialização, os autores defendem que a especialidade de saúde mental é a única em que os aspectos relacionais do enfermeiro consigo próprio enquanto pessoa, com os outros e do outro são abordados, permitindo assim aos enfermeiros, conhecendo-se, se disponibilizar para melhor conhecer e compreender o outro. Pelo que consideram importante o papel da formação em saúde mental nos três momentos formativos que nos apresentam.

No ponto 2 deste artigo os autores reportam-se à enfermagem de Consultadoria e Ligação, tomando por base o artigo de Tunmore apresentado anteriormente, dando especial ênfase ao que considero ser as competências do enfermeiro de consultadoria e ligação: **a clínica**, reportando-se à prestação de cuidados directos, quando a situação apresentada pelo consultante é pouco clara, actuando ao nível da avaliação diagnóstica, de suporte informativo e de suporte emocional; **a formação**, donde se destaca o trabalho de consultadoria, em que o especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (no papel de consultor) dá a outro enfermeiro (no papel de consultante), com o objectivo de alterar o comportamento do utente promovendo mudanças no comportamento do enfermeiro. Neste caso o problema do utente está claramente formulado, o enfermeiro já tem um plano de intervenção, necessitando apenas de validação e apoio do consultor. Neste trabalho de consultadoria desenvolvem-se situações, criando-se espaços de reflexão e troca de saberes que se transformam em momentos altamente formativos. E finalmente a **investigação**, a que os autores atribuem a possibilidade de criar um corpo de conhecimentos específicos a partir da prática e para a prática e a que apelidam de “Produção de Saber em E.C.L”. Segundo escrevem, esta produção de saberes permitirá renovar e fundamentar meios de otimizar saberes que possam ir para além das suas validades intelectuais, mas que em simultâneo as confrontem e desenvolvam.

Neste artigo os autores apontam ainda a comunicação, enquanto instrumento básico da enfermagem, como elemento determinante na Enfermagem de Consultadoria e Ligação, favorecendo uma relação privilegiada e com potencial de desenvolvimento do utente, consigo mesmo, com os outros (utentes e familiares), com os enfermeiros e com o hospital; do enfermeiro, consigo mesmo enquanto pessoa, enquanto enfermeiro, com o utente e com a instituição de saúde. A esta relação desejável, os autores chamam **RELAÇÃO ECOLÓGICA**, defendendo que a E.C.L. poderá ser um dos importantes mediadores da Humanização dos cuidados de enfermagem, actuando ao nível psicológico, social e até espiritual, na díade enfermeiro/utente.

Finalmente, os autores apresentam algumas sugestões de partida, reforçando a importância da colaboração das escolas com as instituições hospitalares numa perspectiva de manter uma relação duplamente frutífera entre a teoria e a prática.

## **A INTEGRAÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO NO SEU MEIO BIO-SÓCIO-FAMILIAR**

LOPES, Manuel José. In *Enfermagem em Foco – SEP – Lisboa, Ano VII – Agosto/Outubro 1997 – N.º 28*, pp. 25-29. ISSN: 0871-8008.

Neste artigo o autor apresenta-nos um projecto elaborado no seu curso de especialização, e posteriormente implementado no Hospital do Espírito Santo – Évora, com a criação de uma consulta de enfermagem, com dois gabinetes, um de Relação de Ajuda, outro de Estomaterapia. O objectivo era: *“Ajudar as pessoas em crise motivada por diagnóstico de cancro, cirurgia mutilante, fase terminal de vida, entre outras”*.

Assim, partindo de uma abordagem teórica sobre o cancro, problemáticas envolvidas e sua complexidade, o autor faz-nos uma descrição das diversas fases do projecto, dos objectivos e dos resultados alcançados, como tendo sido uma mais-valia a nível pessoal.

Após a fundamentação teórica, o autor expõe as situações mais frequentes, que recorriam aos seus cuidados, dividindo-as em duas fases. A primeira em que as pessoas se referiam ao choque do diagnóstico médico e a associação entre o diagnóstico de cancro e a ideia de morte e sofrimento. Numa segunda fase, segundo escreve, as pessoas caracterizavam as questões de auto-imagem e auto-conceito, com as consequentes repercussões relacionais, como situação problemática.

Segundo o autor, cada um destes momentos tem características próprias, que clarifica no decorrer do texto. Assim, no que diz respeito à Relação de Ajuda, a sua acção tinha por base um conjunto de pressupostos essenciais tendo como referência uma estruturação teórica, e como fio condutor uma relação terapêutica devidamente organizada e *“construída paulatinamente”*, gerida diariamente de acordo com o evoluir da situação. Esta actuação tinha como pressuposto basilar o respeito total pela pessoa e pela sua autonomia, que conduzia a uma acção no sentido de não substituir a pessoa e/ou família, respeitando as suas decisões.

A Relação de Ajuda, tal como é vista pelo autor, tem este duplo sentido. Por um lado é o contexto em que se desenvolvem todos os cuidados prestados, por outro lado, é uma técnica que ajuda a pessoa a ultrapassar uma situação de crise, assentando em *“pilares fundamentais”* como sejam: a empatia, a congruência, o respeito incondicional e a escuta positiva.

Sob este prisma, para o autor, a ideia fundamental é que a pessoa tome consciência dos seus problemas e dificuldades, mas também das suas capacidades para os ultrapassar.

No estabelecer desta relação, o autor refere, como forma de actuação, um conjunto de passos de metodologia científica, a saber: Num primeiro momento, em conjunto com a pessoa, determina-se quais os problemas e hierarquizam-se, ou seja, a elaboração de um diagnóstico. Num segundo momento, corresponde a fase de resolução de problemas, ou seja, a determinação de objectivos e estratégias para os alcançar. Neste momento importa, não só que a pessoa adquira capacidades para ultrapassar a crise, mas também que tenha a noção que foi ela que a ultrapassou, e quais os mecanismos que usou, para que no futuro o consiga fazer sozinha em crises semelhantes.

O autor faz referência ao facto da família ter um papel importante, na resolução dos problemas de um dos elementos. A esse propósito, dá o exemplo da mulher mastectomizada, em que o

marido tem um papel crucial na recuperação da sua auto-imagem, funcionando o técnico de saúde apenas como mais um recurso. Esta será a terceira fase, ou seja a execução das estratégias planeadas.

Como quarta e última fase deste processo, quer dizer, a avaliação, o autor apresenta-a como sendo, também, da responsabilidade das pessoas envolvidas, contudo, e tal como nas fases anteriores, deve contar com a ajuda dos técnicos. Esta avaliação deverá ser feita em consonância com a noção que as pessoas tenham da sua evolução. Segundo o autor, essa reavaliação permite identificar e reforçar estratégias que possam ser mais eficazes, eliminando as de menor eficácia.

Este artigo é a prova da determinação e capacidade dos enfermeiros, em elaborar, estruturar e pôr em prática intervenções autónomas, capazes de ajudar as pessoas na sua totalidade bio-psico-social.

Este artigo completou de forma diferente, muito mais rica e esclarecedora, as minhas possibilidades enquanto enfermeira a prestar cuidados psicoterapêuticos.

### **O ESCUTAR NA RELAÇÃO DE AJUDA**

OLIVEIRA, Isabel; VINHA, Joaquina; CORREIA, Maria Amélia; MORATO, Maria de Lurdes. In Enfermagem em Foco – SEP – Lisboa - Ano V – Agosto/Outubro 1995 – N.º 20, pp.29-3. ISSN: 0871-8008.

Este artigo é muito interessante. Considero que as autoras se inquietaram com a sua organização. Assim começam por fazer uma abordagem à Relação de Ajuda para depois se centrarem na escuta como a sua base fundamental, descrevendo todos os aspectos inerentes a uma escuta com qualidade.

Com base em KARKUFF, que define a escuta como uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada, as autoras referem que a escuta, traduz-se por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e escuta propriamente dita (audição). A adopção deste conjunto de atitudes demonstra que o enfermeiro se interessa verdadeiramente pelo outro, na medida em que lhe manifesta a sua atenção.

Estes e outros aspectos servem de alerta par as expressões que fazemos, a postura que adoptamos, ou seja, a forma como comunicamos, porque todo o comportamento é comunicação, e se estamos a observar o doente também estamos a ser observados. Logo, todo o nosso comportamento deve ser coerente e demonstrador de respeito, de disponibilidade, de empatia.

No desenvolvimento deste artigo, as autoras exploram muito bem todos os aspectos ligados à capacidade de escuta, apresentando no final, alguns obstáculos à escuta de qualidade e as características que a mesma pressupõe.

Considerarei este artigo extremamente esclarecedor e de bastante interesse para as minhas reflexões e construção do meu conhecimento.

## **TOQUE TERAPÊUTICO – FUNDAMENTAÇÃO E APLICABILIDADE EM ENFERMAGEM**

PACHECO, Sílvia; VIEGAS, Sónia; ROSA, Zélia. – In Nursing, Revista Técnica de Enfermagem (Set. /07), pp. 7-13. ISSN: 0871-6196.

Neste artigo, as autoras escrevem sobre o toque terapêutico como sendo uma técnica das Terapias Complementares, desenvolvida nos anos 70, sustentada pelos princípios do Ser Humano Unitário, teoria desenvolvida por Martha Rogers.

Para as autoras o toque terapêutico é um método holístico não invasivo, baseado na concepção de que o ser humano possui um campo de energia abundante, que se estende além da pele e flui em determinados padrões que se pretendem equilibrados.

Sendo uma das primeiras terapias descobertas pelo ser humano, o toque é extremamente importante para o nosso bem-estar físico e emocional, sendo utilizado para demonstrar a nossa presença, para cumprimentar, para chamar a atenção, para confortar, etc. Ou seja, é um aspecto fundamental da comunicação humana estando presente em todas as culturas, classes e extractos sociais, embora em cada uma haja necessidade de respeitar a forma como ele é entendido.

Segundo as autoras, todos necessitamos do toque, desde criança, para estabelecer relações e sobreviver, até à quarta idade, para minimizar a solidão ou a sensação de que não se é desejado.

A terapia complementar aqui apresentada pelas autoras pode não implicar um contacto directo entre o terapeuta e o paciente, mas tem por base a transmissão e a comunicação ao outro de sensações de bem-estar.

Assim, é-nos apresentado a origem do toque terapêutico, como derivando da Imposição das Mãos, uma arte antiga de base religiosa, porém, este não possui qualquer base religiosa e é independente da fé ou de crenças dos que o recebem ou praticam.

No decurso do texto é-nos apresentada a comprovação científica do toque terapêutico, seguindo-se uma fundamentação teórica sobre a teoria de Martha Rogers, o ser humano unitário. As autoras fazem referência aos postulados identificados por Rogers, em 1970 e que são sustentadores do seu modelo, provenientes de literatura da física, matemática e ciência comportamental.

Citando diversos autores, as autoras referem que o pensamento criativo da ciência Rogeriana propõe a transformação da prática da Enfermagem num sistema terapêutico independente que promova a saúde, baseado na utilização da energia e em processos não invasivos, como é o caso da aplicação do toque terapêutico.

Apresentam-nos então as etapas do toque terapêutico, como consistindo num “toque sem toque”, uma vez que não há necessariamente o contacto directo do terapeuta com a pele do paciente.

Finalmente as autoras apresentam-nos algumas das possibilidades de aplicação do Toque Terapêutico.

No fundo este artigo trata-se de uma revisão de literatura sobre este tema, ao qual as autoras tentaram, e muito bem, dar um “toque” científico. Considero que a abordagem teórica está razoável e apesar de em português haver pouca literatura sobre o tema, em francês ou inglês

existe muita coisa, pelo que também considero que a pesquisa bibliográfica apresentada foi muito limitada.

### **ENFERMAGEM DE LIGAÇÃO – Cuidados Pediátricos no Domicílio**

MARINHEIRO, P. – Coimbra, Ed.Quarteto, 2002. 150 Páginas. ISBN 972-8717-16-4.

Este livro apresenta um trabalho de investigação realizado num Centro de Saúde, na zona centro do país (Cantanhede), abordando a questão da importância da enfermagem de ligação nos cuidados pediátricos. Não tem propriamente a ver com a Enfermagem de Consultadoria e Ligação em psiquiatria, no hospital geral, porquanto o estudo diz respeito à ligação do centro de saúde aos cuidados domiciliários, numa linha de cuidados continuados em pediatria. Surgiu devido ao facto da autora ter tomado conhecimento da proposta da Comissão Nacional de Saúde Infantil, feita ao Ministro da Saúde em 21 de Maio de 1994, com a criação do enfermeiro de ligação que, segundo esta comissão serviria como “pivot entre os profissionais e como agente facilitador da saúde e qualidade de vida das crianças e suas famílias”.

Assim, a autora, apresenta-nos uma perspectiva benéfica da importância da visita domiciliária, enquanto actividade nuclear do enfermeiro de ligação. Segundo refere, o indivíduo doente e o grupo familiar, observados no seu ambiente natural, manifestam um maior controlo sobre esse meio, que lhes aumenta a sensação de segurança, facilita a sua tomada de decisão e a prestação dos cuidados.

Segundo MARTIN (1994), citado pela autora, para que esta sensação de segurança e domínio da situação se desenvolva, é importante o acompanhamento e apoio do enfermeiro, para que, perante as dificuldades, a família possa actuar por si mesma, ou saiba onde recorrer em caso de necessidade.

Neste contexto a autora referencia um aspecto muito importante que é a comunicação, já que esta, estabelecida no domicílio é mais fluida, espontânea e num clima de maior liberdade, permitindo um conhecimento apropriado dos sucessos quotidianos e adopção de uma relação de ajuda mais congruente com uma avaliação completa do meio físico, familiar e social.

Na perspectiva apresentada, a visita domiciliária deve ser uma actividade que o enfermeiro de ligação desenvolva com comodidade e naturalidade, de modo a concretizar com responsabilidade os cuidados directos ao doente (neste caso concreto à criança) e sua família para que estes progressivamente, se tornem mais autónomos e independentes na sua vida.

Apesar de ser interessante, este livro afasta-se um pouco da perspectiva da enfermagem psiquiátrica de consultadoria e ligação, a que diz respeito o meu projecto inicial, a qual centra a sua actividade no apoio ao doente internado no hospital geral acometido por alterações emocionais derivadas da doença física. Porém, poderá ser um aspecto a explorar, uma vez que se torna urgente a ligação dos DPSM com os Centros de Saúde, podendo esta integrar uma perspectiva de consultadoria abrangendo os cuidados directos ou os indirectos, para um melhor acompanhamento, quer dos doentes mentais, quer dos doentes que após o internamento hospitalar ou por qualquer outra razão regressem ao seu domicílio e quer ainda dos seus cuidadores informais.

### **OS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM AVC**

MARQUES, Sónia. Coimbra: Formasau. 2007. 185 p. ISBN: 972-8485-78-6.

Este é um livro que convida a reflectir sobre vários aspectos, como sejam o impacto que a situação de doença do outros assume na dinâmica individual e familiar do cuidador informal, as suas necessidades e os factores de sobrecarga.

Pode ser considerado um importante contributo que aprofunda o conhecimento sobre a pessoa que cuida de modo informal de quem sofreu um AVC, pois este não tem merecido nos últimos tempos um olhar atento e indulgente.

No enquadramento teórico, são mencionados vários estudos realizados na área dos cuidadores informais que evidenciam toda a problemática inerente do forma clara e objectiva.

É sem duvida um instrumento de trabalho útil e interessante recomendável a todos que por esta área nutrem interesse.

### **ACOLHER EM CASA O UTENTE DEPENDENTE COM AFECÇÃO NEUROCIRURGICA**

PINTO, A.; CARRANCA, M.; & BRITES, M. Revista de Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 21 Fevereiro de 2010. ISSN: 0874-0283, pp. 69-81.

O presente artigo evidência a problemática interligada com a imprevisibilidade das altas hospitalares, a preparação reduzida para a alta que é feita aos cuidadores informais de utentes dependentes do foro neurológico, conduzindo á necessidade de estes assumirem papéis para os quais não estão preparados.

No estudo as autoras identificam através das entrevista realizadas, que a inesperada alta hospitalar leva a sentimentos de revolta e de impotência nos familiares. Por outro lado, o próprio estado de saúde do doente, os poucos recursos que as família dispõem e que a comunidade oferece, condicionam a forma como o cuidador informal recebe o seu familiar no domicilio. No entanto as altas para casa são uma realidade, e este trabalho realça a necessidade da criação de instituições formais de apoio, especialmente unidades locais, interventivas ao nível comunitário e domiciliário, com o objectivo de promover a continuidade dos cuidados e apoio aos cuidadores.

Por ultimo é valorizado o papel do enfermeiro no capacitar os cuidadores informais, considerando as autoras o que é referido na Ordem dos Enfermeiros que “Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (...) promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”.

### **A TRANSIÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DOS CUIDADORES QUANDO INCORPORAM UM MEMBRO DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

PETRONILHO, Fernando. Revista de Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. Nº 21 Fevereiro de 2010. ISSN: 0874-0283, pp. 43-58.

Este artigo apresenta um estudo no qual é utilizado uma revisão sistemática da literatura e pesquisa efectuada revela que a transição dos membros de família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente é um processo bastante crítico, do qual decorrem diferentes necessidades de suporte. Na opinião do autor o apoio existente é ainda muito deficiente.

As dificuldades resultantes da necessidade de prestar cuidados (falta de mestria), isolamento social, stress e sobrecarga física e psicológica são indicadores muito comuns de uma adaptação ineficaz.

O estudo comprova que os recursos de apoio aos familiares cuidadores são determinantes para uma transição saudável no exercício do cuidar do seu membro dependente.

### **CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY: A LONGITUDINAL AND INTEGRATED APPROACH**

SZIGETHY, E. M; RUIZ, Pedro; DeMASO, David; SHAPIRO, Federic; & BEARDSLEE, William – In *American Journal of Psychiatry*, 159:3, 2002, pp. 373-378.

Ao longo da história, os psiquiatras e outros profissionais de saúde mental sempre tiveram um papel importante como consultores aos pacientes internados em serviços médico-cirúrgicos e uma menor colaboração em serviços sem internamento.

Entretanto, com o aparecimento dos cuidados integrados, esta situação mudou radicalmente. Apesar de reconhecida a necessidade dos cuidados psiquiátricos aos doentes médico-cirúrgicos, os serviços de Psiquiatria Consiliar e de Ligação não foram incluídos rotineiramente. Consequentemente, a coordenação e a integração de serviços psiquiátricos e médico-cirúrgicos, em cuidados ambulatoriais, não são somente mais difíceis de adquirir mas conduzem frequentemente à descontinuidade em serviços de saúde longitudinais e integrados. Segundo os autores, são vários os factores que ilustram o espaço e o valor deste problema:

1. Os pacientes com problemas médico-cirúrgicos e psiquiátricos concomitantes representam um número significativo dos pacientes tratados actualmente pelo sistema dos serviços de saúde nos EUA.
2. A presença de condições médico-cirúrgicas e comorbilidade psiquiátrica conduz a uma morbidade e a uma mortalidade mais elevadas, assim como um aumento nos custos dos cuidados de saúde aos referidos pacientes.
3. A evidência demonstra que as doenças médico-cirúrgicas e comorbilidade psiquiátrica tendem a diminuir, apesar de não completamente, quando as intervenções psiquiátricas, tais como psicofarmacoterapia e a psicoterapia, são utilizadas.
4. Demonstrou-se que os técnicos dos cuidados primários, frequentemente, não diagnosticam e não tratam adequadamente as situações interligadas com as alterações psiquiátricas.

É neste contexto que, neste artigo, os autores apresentam e discutem um estudo de caso que evidência a história de uma paciente médico-cirúrgica e com alterações psiquiátricas, e que demonstram uma redução nos seus sintomas psiquiátricos e físicos após o tratamento integrado, com a intervenção psiquiátrica e médico-cirúrgica longitudinal. Desta forma, esperam que a descrição deste caso sirva para melhorar e/ou chamar a atenção das actuais deficiências

do sistema de cuidados de saúde deste país, no que aos serviços de Psiquiatria de Ligação diz respeito.

### **REFERENCIAR UM DOENTE: QUEM, COMO, QUANDO E PORQUÊ?**

SARMENTO, C. – Revista Acta Médica Portuguesa. nº10, 1997. ISSN: 1646-0758, pp. 339-344.

Este artigo apresenta de um estudo descritivo e comparativo no qual é visível a articulação entre a comunidade e o hospital, sendo referenciados dois casos de dois Centros de Saúde para um serviço hospitalar de psiquiatria.

Assim, o autor faz, inicialmente, uma revisão teórica entre a relação da psiquiatria de ligação com a clínica geral, reportando-se ao facto de os clínicos gerais serem uma grande fonte de referência de casos para os serviços de saúde mental em países com uma rede de cuidados de saúde primários bem desenvolvida.

Apresenta alguns modelos de ligação à clínica geral, com vantagens e desvantagens específicas: o Modelo de Substituição, de reforço de referência de casos, de seguimento directo de casos, de supervisão-consultadoria, entre os principais. Faz, também, referência à existência da comorbilidade psiquiátrica nos cuidados de saúde primários e de que forma se justifica o interesse por esta área como objecto de investigação.

Para o autor, as perturbações psiquiátricas ao nível dos cuidados primários, em Portugal, serão possivelmente superiores às apresentadas nos estudos existentes, não havendo um consenso entre doentes, clínicos gerais/médicos de família e psiquiatras acerca dos critérios de referenciação de casos. Assim, na perspectiva do autor, torna-se essencial determinar quais são os doentes mais susceptíveis de serem referenciados, numa atitude de rentabilização de recursos e de melhor prestação de cuidados.

Contudo, no final, deixa uma questão por esclarecer, que é saber até que ponto os clínicos gerais que referenciam mais casos, estão a referenciar mais do que o necessário, ou pelo contrário se são os clínicos que referenciam menos que estão a travar o acesso destes doentes a cuidados especializados. Na sua opinião serão necessários mais estudos, no sentido de esclarecer os resultados encontrados, mas também com o objectivo de desenvolver novos modelos de ligação à clínica geral.

### **A IMPORTÂNCIA DO PORTEFÓLIO PARA A CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM – UM PROCESSO QUE COMPORTA ALGUNS RISCOS.**

SOARES, Maria; BASTO, Marta. Revista da Ordem dos Enfermeiros, Nº 17/Julho 2005. ISSN: 16462629, pp.57-60. [em linha], [consulta 2010-08-07], Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_17\\_Julho\\_2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf)

Neste artigo, as autoras começam por referir que, caminha-se cada vez mais para a utilização de formas alternativas de certificação de competências, que incluem a utilização do portefólio,

quer em Portugal quer no resto do mundo, basicamente para todas as profissões, e fazem alusão a alguns relatos de experiências de sucesso em enfermagem.

O conceito de competência tem sido muito discutido no seio da sociedade, não apenas pela sua complexidade mas também pela amplitude que representa. Para estas autoras, citando DUARTE (1997), a competência profissional traduz-se em comportamentos que integram saberes/conhecimentos – vertente cognitiva; saber-fazer/ capacidades – vertente psicomotora, saber-ser – vertente emocional-afectiva-ética, variando de competência para competência o peso de cada uma destas vertentes.

Há várias formas de certificação profissional, por um lado a acreditação da formação, por outro, os programas específicos de formação, os estágios tutelados, a certificação da autoformação ou a combinação destas formas.

É também considerado que a acreditação da formação reconhece que determinada formação corresponde a critérios mínimos de garantia de qualidade, e que para que esta seja garantida é fundamental que a acreditação tenha por base o perfil de competências profissionais. No caso dos enfermeiros a Ordem dos Enfermeiros já cumpriu este requisito, apesar de ainda pouco conhecidas e discutidas pela maior parte dos enfermeiros.

No caso do enfermeiro especialista, as autoras defendem que este pode adquirir competências através do desempenho das respectivas funções, complementando com leituras, formação em serviço, registos e reflexões em portefólio, orientado por um enfermeiro tutor certificado pela Ordem.

O portefólio composto por vários elementos resumidos é uma forma de objectivar a autoformação, servindo como prova de aquisição de competências. Neste artigo, com base na literatura consultada, as autoras sugerem uma metodologia de portefólio que inclui cinco etapas: a Preparação; Retorno histórico; Inventário das aprendizagens; Tradução das aprendizagens e a Demonstração, como última fase, a ser presente a um júri ou um avaliador.

A realização de um portefólio é um processo individualizado, já que as necessidades e objectivos de cada um variam, como também podem ser influenciadas pelo tutor. São apresentados alguns exemplos de experiências em outros países, onde a realização do portefólio tem quase sempre o objectivo de renovação da licença de prática.

Em suma, para estas autoras, a realização do portefólio pode ser uma mais valia para a certificação de competências e simultaneamente uma forma de aprendizagem, desde que elaborado com clareza, de acordo com normas estabelecidas e com objectivos bem definidos e devidamente acompanhado por um profissional credenciado.

### **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL – O CAMINHO PARA A COMPETÊNCIA**

CONCEIÇÃO, M. Fátima; RAMOS, Paula. Revista Sinais Vitais, Coimbra, nº 55. Julho 2004. ISSN: 0872-8844, pp.31-35.

Partindo de diversas elações do conceito do que é ser competente na perspectiva de quem recebe os cuidados, as autoras colocam várias questões sobre a noção de competência sob a perspectiva do cliente e do profissional que, deve ser demonstrada na prática.

Para as autoras, são muitos os factores a ter em linha de conta para definir um enfermeiro competente, não se percebendo esse desempenho se cada um deles se apresentar isoladamente. Na realidade, possuir conhecimentos e/ ou capacidades não significa por si só ser competente. É necessário todo um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, que permitam ao profissional executar as técnicas com rigor mas também possuir conhecimentos mais vastos que facilitem conhecer a pessoa de quem se cuida, apoiando-se nos seus valores, nas experiências vividas, avaliando o essencial desse cuidar de forma a crescer ao cuidar do outro.

A este propósito, as autoras questionam-se, se ser competente é sinónimo de ser experiente. Partem do pressuposto que um recém-formado não deixa de ser competente, porque embora sem experiência, tem os conhecimentos da sua formação de base que lhe permitem prestar cuidados, sendo nesta fase que se inicia o seu processo de maturação.

Alegam ainda que todos nós já fomos recém formados, e que são estes que trazem “uma lufada de ar fresco às equipas”. No entanto o desenvolvimento da sua competência depende dos mais experientes. Assim como nós mais experientes aprendemos com quem é ainda mais experiente que nós, temos o dever e a responsabilidade de proporcionar a quem é menos experiente que nós.

E concluem que a experiência profissional, a auto-avaliação e o reconhecimento da prática são os vectores indicativos das competências.

Parece-me que este artigo está um pouco incompleto ou pelo menos há aspectos com os quais discordo. Os aspectos apresentados podem ser indicativos de competências, contudo elas precisam ser desenvolvidas, “alimentadas”. A meu ver há competências que necessitam de ser constantemente actualizadas. Um enfermeiro que se forma e que ao longo de vários anos se “deixa andar”, fazendo aquilo que lhe é imposto por rotina, não desenvolverá competências como aquele que complementa a sua prática com a formação e com a análise, e a reflexão de ambas.

### **CUIDAR: O QUE PENSAR? COMO FAZER?**

RÔXO, Ana Luísa et al. Revista da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, N.º 8. Fev. 2003. ISSN: 16462629, pp. 37-42.

Neste artigo as autoras reflectem sobre o conceito de enfermagem, considerando que não se trata apenas da execução de cuidados técnicos mas também da valorizar os aspectos afectivos, dando à pessoa o direito de participar no seu processo de saúde e ajudá-la a fazer uso das suas capacidades para crescer com essa experiência.

Segundo escrevem, a prática do cuidar assenta numa relação enfermeiro/ pessoa, e, portanto, cuidar é um verdadeiro encontro com o outro, conseguindo libertar-se das preocupações consigo mesmo e apercebendo-se que o outro é “pessoa”. Ao usar a confiança, a compreensão, a coragem, a responsabilidade, a honestidade “eu” cresço porque ajudo o outro a crescer, colocando nele o meu interesse.

As autoras fizeram ainda referência à importância de reconhecermos e “sentirmos os nossos sentimentos”, já que quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos do outro.

São vários os factores que estão presentes numa relação interpessoal, parte integrante da Relação de Ajuda. Neste caso concreto, há uma pessoa com a sua história de vida, as suas experiências e conhecimentos, o enfermeiro, dotado de competências e saberes, e os aspectos da comunicação. É a interacção de todos estes elementos que promove o crescimento da pessoa que pede ajuda.

Porém, segundo as autoras, não basta ter competências. É preciso reflectir. E citando, “essa faculdade de comparar, combinar e estruturar ideias, o pensamento reflexivo, pressupõe a “arte” de julgar, censurar, suscitar crise e mudança”. Segundo redigem, o pensamento reflexivo é um desafio à criatividade e à ponderação, justificando ideias e acções. Contudo, para as autoras, não se pode confundir pensamento (ideias que passam pela cabeça) com pensamento reflexivo.

No pensamento reflexivo, partindo da observação ou percepção atribui-se uma sequência lógica às ideias, logo, no pensamento reflexivo “uma coisa é possível como consequência de outra”. Desta interacção entre dados e ideias surge a conclusão. Daí que as autoras considerassem que o pensamento reflexivo é fundamental em enfermagem. Todavia, ele deve ser disciplinado, exacto e profundo de forma a aperfeiçoar as capacidades pessoais e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

Finalmente, concluíram que é pertinente que os enfermeiros, na sua prática diária, desenvolvam as suas competências relacionais, mobilizem o pensamento reflexivo para o processo de cuidados, dêem visibilidade ao cuidar, reflectindo e promovendo a reflexão em equipa.

Este artigo foi uma verdadeira chamada de atenção para a minha auto-reflexão, sobre a prática, sobre este contexto académico e, especificamente, sobre este ensino clínico.

### **A ENFERMAGEM COMO ELO DE LIGAÇÃO ENTRE O UTENTE/FAMÍLIA/COMUNIDADE (COMUNICAÇÃO/RELAÇÃO DE AJUDA)**

PARRACHO, Margarida; SILVA, Maria dos Anjos; PISCO, Rosa. Revista Sinais Vitais, Coimbra, N.º 58, Janeiro de 2005. ISSN: 0872-8844, pp. 65-66.

Achei por bem ler este artigo de opinião por abordar dois aspectos que penso serem interessantes : a comunicação e a relação de ajuda.

Para desenvolver uma eficaz relação de ajuda é importante desenvolver competências comunicacionais, já que a comunicação é a pedra fulcral do desenvolvimento da Relação de Ajuda. Por considerar este facto, tudo o que possa ler sobre comunicação é uma mais valia para o meu conhecimento. Reconheço que não são só as leituras que promovem o desenvolvimento das competências comunicacionais, mas complementam todo o resto.

Neste artigo as autoras começaram por abordar a importância da comunicação como elo de ligação entre o enfermeiro/utente/família/comunidade, já que a enfermagem como parte integrante da equipa de saúde deve privilegiar a comunicação, pois é da sua eficácia que dependem os “bons cuidados” na articulação com as outras partes.

Segundo escreveram, todos os aspectos da comunicação são importantes. Não é só o que se diz, mas o tom de voz utilizado, a expressão facial, os gestos, que transmitem grandes significados à pessoa que escuta. Assim, é importante que a enfermeira amplie as suas capacidades comunicacionais, considerando os resultados que poderá alcançar relativamente ao bem-estar dos beneficiários dos seus cuidados

Fazendo referência às definições de ROGERS (1983) e LAZURE (1994), a Relação de Ajuda foi apresentada como contributo para uma prestação de melhores cuidados, de forma global e personalizada numa perspectiva holística/humanística.

É um pequeno artigo de opinião mas de conteúdo agradável e simpático, focando aspectos de extrema importância para a enfermagem.

### **O ESCUTAR NA RELAÇÃO DE AJUDA**

OLIVEIRA, Isabel; VINHA, Joaquina; CORREIA, Maria Amélia; MORATO, Maria de Lurdes. Revista Enfermagem em Foco – SEP – Lisboa - Ano V – Agosto/Outubro 1995 – N.º 20. ISSN: 0871-8008, pp.29-31.

Este artigo é muito interessante. Considero que as autoras se preocuparam com a sua organização. Assim começaram por fazer uma abordagem à Relação de Ajuda para depois se centrarem na escuta como a sua base fundamental, descrevendo todos os aspectos inerentes a uma escuta com qualidade.

Com base em KARKUFF, que definiu a escuta como uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada, as autoras narram que escutar, se traduz por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e ouvir propriamente (audição). A adopção deste conjunto de atitudes demonstra que o enfermeiro se interessa verdadeiramente pelo beneficiário dos seus cuidados, na medida em que lhe manifesta a sua atenção.

Estes e outros aspectos servem de alerta para as expressões que fazemos, a postura que adoptamos, ou seja, a forma como comunicamos, porque todo o comportamento é comunicação, e se estamos a observar o nosso cliente também estamos a ser observados. Logo, todo o nosso comportamento deve ser coerente e demonstrador de respeito, de disponibilidade, e de empatia.

No desenvolvimento deste artigo, as autoras exploraram muito bem todos os aspectos ligados à capacidade de escuta, apresentando no final, alguns obstáculos à escuta de qualidade e as características que a mesma pressupõe.

Considerarei este artigo extremamente esclarecedor e de bastante interesse para as minhas reflexões e construção do meu conhecimento.

## **SENTIMENTOS QUE OS ENFERMEIROS VIVENCIAM AO CUIDAR DO DOENTE IDOSO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO**

MATEUS, Duarte Moura. Revista Sinais Vitais, Coimbra, N.º 61, Julho 2005. ISSN: 0872-8844, pp. 26-31.

Este artigo apresenta os resultados de um estudo no qual o autor pretendeu conhecer os sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar o doente idoso internado.

Assim, começou por apresentar alguns conceitos de sentimento, cuidar, envelhecimento e relação de ajuda, recorrendo a definições de outros autores. Na introdução reportou-se ao envelhecimento como um fenómeno que faz parte da realidade humana, verificando-se na actualidade cada vez mais um aumento da população idosa. Esta população, por utilizar frequentemente os serviços de saúde, impõe aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, novos desafios, devido à complexidade dos problemas inerentes ao processo de envelhecimento, que implicam uma abordagem holística.

O autor fez aqui referência a um aspecto com o qual concordo inteiramente: para muitos enfermeiros trabalhar com idosos é encarado como pouco aliciante e motivador e desprestigiante para a sua carreira. A meu ver, isto deve-se à falta de informação e de experiências nesta área.

Sob este prisma, o autor citou HESBEEN (1997), que enfatizou a importância do enfermeiro caminhar com o doente, no contexto do seu projecto de vida, pois só assim o estará a cuidar verdadeiramente. A partir deste e de outros aspectos importantes o autor levanta então as duas questões de investigação:

- 1. Que sentimentos vivenciam os enfermeiros no cuidar de doentes idosos?*
- 2. Que significado os enfermeiros atribuem a esses mesmos sentimentos e o que é que os leva a ter esse tipo de sentimentos?*

Antes ainda de passar ao enquadramento metodológico, faz uma breve referência à importância dos sentimentos no cuidar.

Seguidamente apresentou então a metodologia utilizada, descrevendo o tipo de estudo, como sendo de carácter exploratório e descritivo, inserido numa abordagem qualitativa. Utilizou a entrevista semi-estruturada como técnica de recolha de dados para o tratamento desses dados usou a análise de conteúdo. Fez ainda referência à população em estudo, constituída por todos os enfermeiros (no total de 11), que se encontram na prestação de cuidados de um serviço de medicina, num hospital central, da região da grande Lisboa. Escolheu como método de amostragem a amostra probabilística, casual simples por sorteio.

Seguidamente apresentou alguns gráficos, o que considerei um aspecto fundamental, e finalmente as conclusões. Neste último capítulo, o autor apresenta a análise da informação recolhida, concluindo que os enfermeiros têm consciência da problemática do idoso, reflectem sobre ela, e expressam o desejo de ver modificadas as condições que os levam a não ter tempo para dedicar ao idoso e de ver modificado o seu desempenho profissional. Segundo o autor, os enfermeiros referiram-se mais aos cuidados técnicos, partilhando essa informação

com os seus pares, através dos registos de enfermagem e das passagens de turno, omitindo habitualmente os cuidados relacionais, embora reconheçam a sua importância, utilizando frequentemente o respeito, a atenção, a disponibilidade, o ouvir/escutar, entre outros, porém de forma implícita, camuflada pelos cuidados técnicos.

Numa posterior análise, mais profunda, aos dados recolhidos, o autor verificou que os enfermeiros valorizam os cuidados ao idoso da vertente relacional, porém, por questões organizacionais, como o rácio de enfermeiros e a sobrecarga de trabalho, determinam que os cuidados prestados ao doente idoso se centrem mais na vertente técnica.

Considerarei este artigo extremamente interessante. Por um lado por abordar aspectos que não estejam directamente ligados ao tema deste portefólio mas que se podem enquadrar, por outro por se tratar de um artigo de investigação permitindo manter “vivos” os conhecimentos adquiridos neste curso.

### **A DEPRESSÃO NO IDOSO**

JONES, Alun. – In Nursing, Lisboa, Ano 2. N.º22. Abr./ Jun. 2001. ISSN: 0871-6196, pp. 8-12.

Considerarei mencionar aqui este artigo, pois na parte final a autora fez referência a alguns aspectos importantes a conhecer na prática da Relação de Ajuda. Embora não seja o tema central deste portefólio, mas é certamente o fulcral da enfermagem.

Assim, a autora, reportou-se à comunicação como um aspecto essencial no estabelecimento de qualquer relação enfermeiro/ doente. Faz referência a Rogers, como defensor de uma atitude positivista incondicional na relação terapêutica. Defende a criação de um ambiente no qual o doente se sinta capaz de comunicar os seus sentimentos mais íntimos, em que a atitude do enfermeiro seja calma, carinhosa e de aceitação.

Para a autora, cuidar do doente deprimido é um desafio. Alguns doentes têm dificuldade em falar, outros tornam-se extremamente dependentes, assim deve ser-lhe dada a oportunidade de exprimirem os seus sentimentos. A compreensão e a empatia ajudam o doente a ultrapassar esta “tempestade emocional”. Tal como escreve, às vezes basta estar com a outra pessoa para ajudar.

A autora fez ainda referência à importância do enfermeiro se conhecer muito bem a si próprio, proporcionando a possibilidade de falar com alguém sobre os seus problemas, já que estas situações podem criar dúvidas que precipitam o enfermeiro para o mesmo desespero e falta de amor-próprio do doente.

Este artigo complementa, de alguma forma, as outras leituras. Apesar de ser um artigo publicado há já algum tempo, e as referências bibliográficas serem pouco recentes, no que poderá haver alguma discrepância relativamente a alguns dados actuais, porém, no geral, considerarei-o muito completo e interessante, sobretudo pelos aspectos que enumerei anteriormente.

## **POUR UN TOUCHER THERAPEUTIQUE**

ABRASSART, Jean-Louis. 2007. [em linha], [consulta 2010-08-13], Disponível em: <http://www.ressources.be/articles/39touchertherapeutique.htm>

O toque é uma das habilidades a desenvolver pela pessoa que necessita de estabelecer relações harmoniosas e terapêuticas. Neste artigo o autor focou a importância do toque terapêutico como recurso para atingir o bem-estar e uma vida mais feliz. Segundo o mesmo, estas técnicas visam o alívio de sintomas físicos e o mal-estar corporal associado, sem pôr em causa a parte psíquica e os processos internos associados.

Assim, abordou o Toque Revelador, aplicado a doentes com dificuldades em exprimir os seus problemas por palavras, manifestando-os por sintomas psicossomáticos. Segundo disse, a introdução do toque num processo terapêutico centra o doente sobre a consciência do seu corpo e sobre a sua vida sensorial. Neste caso o toque, antes de ser uma intervenção, é escuta. A mão do técnico oferece-se ao doente, como forma deste perceber as sensações e afectos que daí decorrem. Este diálogo sobrepõe-se à troca verbal entre doente e terapeuta, que assim percebe a vivência sensorial e emocional do doente.

Após se estabelecer o contacto corporal, a mão do terapeuta, treinada pela prática, recebe uma imensidão de informações, que traduzem a forma como o doente registou as suas vivências. O toque terapêutico provoca a lembrança de situações e interacções relacionais da vida passada do doente, lembranças que dão, a maior parte das vezes, uma nova imagem do seu problema orientando para saídas terapêuticas. A mão que toca apoia o processo terapêutico, como que reconhecendo um “reparar sensorial”, que acompanha a lembrança. Esta reparação sensorial garante que o impacto terapêutico e o resultado obtido se inscrevem no nível fisiológico, de acordo com a ecologia da pessoa. Este é o Toque Reparador.

Este tipo de toque recorre ao corpo como memória do passado, mas não procura sistematicamente, como em outras técnicas que utilizam uma pressão profunda e dolorosa, fazer reaparecer emoções e lembranças traumatizantes, como é o caso do toque catalisador. Segundo o autor, a hipótese, verificada pela prática, é que o doente, após o toque, manifesta os recursos de que tem necessidade para gerir a sua problemática. Ou seja, tocar catalisa as potencialidades do doente para favorecer mudanças de atitudes de vida. A interacção do toque com a tensão gerada orienta para o recurso que deve ser integrado, como se o corpo reconhecesse o caminho que permite ultrapassar o problema.

Quer então dizer, que o toque propicia um clima de confiança, que permite ao doente o reconhecimento da sua problemática e o encontro das soluções para a sua resolução. Como se a dinâmica interna da pessoa, que permite a resolução das suas dificuldades, se reencontrasse no corpo – como modificação do estado sensorial e fisiológico – e no imaginário sob a forma de produção de imagens internas.

Esta leitura fez-me reconhecer e reflectir sobre a importância do toque, enquanto intervenção terapêutica devidamente estruturada, não sendo, como a maioria das pessoas pensa, colocar apenas a mão no ombro. Não quer dizer que este também não tenha importância, já que

através dele se pode demonstrar disponibilidade. Porém, nesta leitura fala-se da função terapêutica do toque, intervenção à qual quem pratica a Relação de Ajuda não deve ficar alheio.

# **ANEXOS**

ANEXO I  
GUIA DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MENTAL – OPÇÃO ADIÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

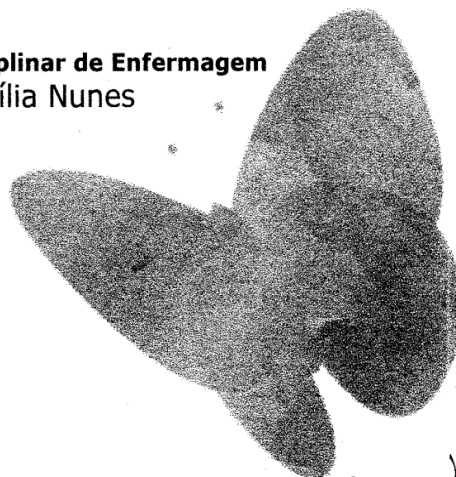
# Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde



## Guia do Curso de Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental

**Responsável de Área Disciplinar de Enfermagem**  
Professora Doutora Lucília Nunes

**Coordenador do Curso**  
Mestre Joaquim Lopes



Setúbal  
Março de 2007



## 2. ESTRUTURA DO CURSO

O Curso é composto por 14 Unidades Curriculares, 7 em cada semestre.

No 2º semestre são tratadas as unidades curriculares específicas de cada opção.

### 1º Semestre – Tronco Comum

Unidades Curriculares	ECTS <sup>b)</sup>	Área científica
Narrativas de Vida Para os Cuidados de Enfermagem – 30h	1,5	C. S. Humanas
Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem – 30h	1,5	Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e Familiar – 15h	0,5	Enfermagem
Ética em Enfermagem de Saúde Mental – 15h	0,5	Enfermagem
Técnicas Expressivas – 15h	0,5	Enfermagem
Supervisão de Cuidados 1 – 15h	0,5	Enfermagem
Estágio 1 – 180h <sup>a)</sup>	7,5	Enfermagem

### 2º Semestre – Tronco Específico

Unidades Curriculares Opção A	ECTS <sup>b)</sup>	Área científica
<b>Enfermagem de Saúde Mental na Adição e na Reabilitação Psicossocial</b>		
Enfermagem de Saúde Mental com Clientes com Prob. de Adição – 30h	1,5	Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial – 30h	1,5	Enfermagem
Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas – 15h	0,5	Ciências Médicas
Gestão do Stresse – 15h	0,5	Enfermagem
Seminário de Peritos em Adição e em Reabilitação Psicossocial – 15h	0,5	Enfermagem
Supervisão de Cuidados 2A – 15h	0,5	Enfermagem
Estágio 2 – 180h <sup>a)</sup>	7,5	Enfermagem

Unidades Curriculares Opção B	ECTS <sup>b)</sup>	Área científica
<b>Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil e Infanto-Juvenil</b>		
Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil – 30h	1,5	Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental Infanto-Juvenil – 30h	1,5	Enfermagem
Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas – 15h	0,5	Ciências Médicas
Saúde Mental em Contexto Escolar – 15h	0,5	Enfermagem
Seminário Peritos em Saúde Mental Materno-Infantil e Infanto-Juvenil – 15h	0,5	Enfermagem
Supervisão de Cuidados 2B – 15h	0,5	Enfermagem
Estágio 2B – 180h <sup>a)</sup>	7,5	Enfermagem

- As unidades curriculares de Estágio 1 e 2, com um total de 360h, são realizadas pelos formandos em contexto de trabalho.
- Na contabilização dos créditos ECTS (*European Credit Transfer System*) é tido em conta o trabalho do formando associado à realização de cada unidade curricular.

**4. UNIDADES CURRICULARES**

Unidade Curricular	SUPERVISÃO DE CUIDADOS 1
Docente	Joaquim Lopes e António Nabais
Carga Horária	10h TP, 5h TE
Objectivos	Unidade curricular teórico-prática que decorre durante todo o primeiro semestre. Favorece o empoderamento profissional a partir da responsabilização pela gestão da dialéctica entre as vivências pessoais e profissionais dos formandos e o enfoque teórico e técnico desenvolvido na Pós Graduação.  Apoia a elaboração do portefólio.
Resultados esperados	Que o formando seja capaz de: Responsabilizar-se pela dinâmica que se estabelece entre: O "enfermeiro pessoa" e o enfermeiro profissional O enfermeiro e a enfermagem enquanto disciplina e profissão O enfermeiro e as necessidades do Outro, em processo de transição
Conteúdos	A desenvolver em cada sessão.
Metodologias	Trabalho em pequeno grupo. Discussão e reflexão (auto e inter) sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental, considerando: Os contextos de prestação de cuidados; Os beneficiários dos cuidados de enfermagem; Os processos de transição; O enquadramento disciplinar e profissional da enfermagem; O desenvolvimento conceptual contemporâneo da Pós Graduação; As idiossincrasias individuais.
Avaliação	Integrada no Portefólio.
Bibliografia essencial	A das unidades curriculares do primeiro semestre.

ESS/IPS  
ENROLAMENTOS

1. 10/207  
5#

2. \_\_\_\_\_ \$

3. \_\_\_\_\_ \$

TOTAL 5#

Setúbal, 06/06/08  
O Funcionário,  
[assinatura]

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Está conforme o original

Setúbal, 06/06/08  
A Directora  
[assinatura]

<b>Unidade Curricular</b>	<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA E FAMILIAR</b>
<b>Docentes</b>	Ana Paula Gato e Lino Ramos
<b>Carga Horária</b>	10h TP, 5h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular teórico-prática que aborda as temáticas da saúde mental comunitária e da família, partindo do entendimento de saúde mental comunitária e de família, são explorados os diferentes modelos e abordagens em saúde mental. Procura-se mobilizar os conhecimentos dos formandos relacionados com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem e discutir o papel do enfermeiro na comunidade.
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando seja capaz de: Compreender os vários conceitos de saúde mental comunitária e familiar; Analisar os vários modelos de intervenção comunitária; Identificar o papel do enfermeiro em saúde mental comunitária e familiar; Compreender os principais determinantes de saúde mental; Reconhecer a relevância das intervenções de enfermagem junto de populações vulneráveis
<b>Conteúdos</b>	1 – Saúde mental comunitária 2 – Família e dinâmica familiar 3 – Determinantes de saúde mental 4 – Vulnerabilidade e populações vulneráveis (exclusão social e pobreza) 5 – Cuidados dirigidos a pessoas com doença mental na comunidade 6 – Papel do enfermeiro em saúde mental comunitária
<b>Metodologias</b>	Método afirmativo-expositivo e interrogativo. Recurso à experiência pessoal e profissional dos formandos. Discussão e reflexão. Sínteses intercalares e síntese final.
<b>Avaliação</b>	Integrada no Portefólio.
<b>Bibliografia essencial</b>	Alarcão, M. (Des) Equilíbrios Familiares. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto, 2002.  Leff, J. Cuidados na Comunidade – Ilusão ou Realidade 1ª Edição Climepsi. Editores. 2000.  Neeb, K. Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa. Lusociência. 2000.  Stanhope, Marcia, Lancaster, Jeanette – Enfermagem comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Maria Adelaide Pita Negrão e outras. 4ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1999. 1225 p. ISBN 972-8383-05-  Stuart, G.; Laraia, M. Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 4ª Edição. Artmed. Porto Alegre. 2001.  <u>Outros recursos:</u> PSIQUIATRIA.COM: <a href="http://www.psiquiatria.com">www.psiquiatria.com</a>

ESS/IPS	
EMOLUMENTOS	
1. <i>Agência</i>	5 €
2. _____	\$
3. _____	\$
TOTAL	5 €
Setúbal:	06/06/08
O Funcionário,	
<i>af</i>	

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal: 06/06/08
A Directora
<i>Mm.</i>

Unidade Curricular	RELAÇÃO DE AJUDA E ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM
Docente	Joaquim Lopes e João Gerales
Carga Horária	15h T, 15h TE
Objectivos	Unidade curricular teórica que trata a Relação de Ajuda e o Aconselhamento no contexto disciplinar e profissional da enfermagem em geral e da enfermagem de saúde mental em particular. Partindo do acervo de experiência dos formandos, é aprofundado o entendimento do aconselhamento como processo de ajuda, procurando-se uma mobilização constante da temática com as realidades de prestação de cuidados dos formandos.
Resultados esperados	Que o formando seja capaz de: Compreender o aconselhamento como um processo de ajuda; Discutir os "cenários" do aconselhamento na óptica dos cuidados de enfermagem Discriminar as fases por que passa um processo de aconselhamento Analisar os fenómenos «internos» e relacionais ao processo de Aconselhamento: transferência, contra-transferência, mecanismos de defesa. Reconhecer, na sua experiência profissional, o impacto da "Transferência" e da "Contra-transferência" na prestação de cuidados de enfermagem.
Conteúdos	1 - Relação de Ajuda "versus" Aconselhamento 2 – O Aconselhamento enquanto estratégia de "Empowerment" do Outro 3 – Os diferentes "settings" do aconselhamento em enfermagem 4 - O Aconselhamento como processo: Acolhimento e Descoberta Inicial Pedido Foco Contrato de ajuda Exploração em profundidade Preparação para a acção Avaliação do impacte da acção Terminar 5 – Fenómenos «internos» e relacionais ao processo de Aconselhamento: transferência, contra-transferência, mecanismos de defesa.
Metodologias	Método afirmativo-expositivo e interrogativo. Recurso à experiência pessoal e profissional dos formandos. Discussão e reflexão. Sínteses intercalares e síntese final.
Avaliação	Integrada no Portefólio.
Bibliografia essencial	Beck, C. <i>et al</i> – <u>Mental Health Psychiatric Nursing. A Holistic Life-Cycle Approach</u> . Second Edition. C. V. Mosby Company. St. Louis. 1988. Canavarró, M. <u>Relações Afectivas e Saúde Mental</u> . Coimbra. Quarteto. 1999. Cordeiro, J. Dias <u>O Adolescente e a Família</u> . 1ª Moraes Editores. Lisboa.1979. Cordeiro, J. Dias <u>A Saúde Mental e a Vida</u> . 3ª Ed. Lisboa. Edições Salamandra. 1994. 2000 - 180 p. ISBN: 85-87516-14-0 Patterson, Lewis; Eisenberg; Sheldon – <u>O Processo de Aconselhamento</u> . Martins Fontes. São Paulo. 1988. Rogers, Carl; Wallen, John – <u>Manual de Couseling</u> . Coleção Psicologia e Existência. Encontro. Lisboa. 2000. ISBN 972-8502-05-2. Salomé, Jacques; Galland, Sylvie - <u>A arte da comunicação humana</u> . Esquilo. 2004. Scheeffer, Ruth – <u>Aconselhamento Psicológico. Teoria e Prática</u> . 7ª Edição. Editora Atlas. São Paulo. 1981. Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves – <u>Psicoterapia Breve</u> . Ano I. N.º 3. Janeiro-Março 1989. Lisboa. 1989. Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves – <u>Psicoterapia Breve</u> . Volume VII. Novembro 2002. Lisboa. 2002.

ESS/IPS  
EMOLUMENTOS

1. 10/02/07  
5 €

2. \_\_\_\_\_ \$

3. \_\_\_\_\_ \$

TOTAL 5 €

Setúbal: 06/06/08

O Funcionário,  
ef

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Esta conforme o original

Setúbal 06/06/08

Directora  
[Assinatura]



<b>Unidade Curricular</b>	<b>ÉTICA EM SAÚDE MENTAL</b>
<b>Docente</b>	Lucília Nunes
<b>Carga Horária</b>	15h T, 15h TE
<b>Objectivos</b>	- providenciar aportes e recursos relativos aos aspectos éticos, bioéticos e jurídicos no domínio da enfermagem de saúde mental; - desenvolver o conhecimento e a compreensão crítica - explorar questões éticas que surgem na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
<b>Resultados esperados</b>	- identificar questões éticas e dilemas da prática de enfermagem - desenvolver a tomada de decisão ética - entender a ética como fundamento para tomada de decisão e guia de actuação, a partir das teorias do cuidado e da compaixão, dos aspectos legais bem como da protecção dos direitos dos clientes
<b>Conteúdos</b>	1. A saúde mental e a construção de Si. 2. Do cuidado 3. Da Compaixão: Martha Nausbam 4. Da autonomia e vulnerabilidade 5. Da protecção dos direitos – na clínica e na investigação 6. Quadro jurídico: Lei de Saúde Mental 7. Fronteiras da relação profissional
<b>Metodologias</b>	Método afirmativo-expositivo e interrogativo. Recurso à experiência pessoal e profissional dos formandos em análise de casos. Discussão e reflexão.
<b>Avaliação</b>	Integrada no Portefólio.
<b>Bibliografia essencial</b>	WHO. <u>Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implication for the future.</u> 2005. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. <u>Cuidar, sim. Excluir, não.</u> 2005. <a href="http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf">http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf</a> Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950) Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano, com relação à Aplicação da Biologia e Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina (1996) Recomendação 1235 sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994) Recomendação No. Rec (2004)10 Relativa à Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental (2004) Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanos ou Degradantes (1987) Carta Social Europeia revista (1996) Lei da Saúde Mental. Pareceres do CNECV ROBERTS, Laura Weiss; DYER, Allen R. - <u>Concise Guide to Ethics in Mental Health Care.</u> 2004 ISBN 9780880489447 MARTIN, Mike W. - <u>From Morality To Mental Health. Virtue and Vice in a Therapeutic Culture.</u> 2006. ISBN13: 9780195304718

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>10124</u>
5€
2. _____
3. _____
TOTAL <u>5€</u>
Setúbal, <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>ef</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal, <u>06/06/08</u>
Directora
<u>[Assinatura]</u>



Unidade Curricular	TÉCNICAS EXPRESSIVAS
Docentes	João Gerales e Joaquim Lopes
Carga Horária	10h TP, 5h TE
Objectivos	Unidade curricular teórico-prática que aborda a utilização terapêutica da comunicação expressiva nos cuidados de enfermagem. Explora teórica e vivencialmente diferentes materiais e técnicas de intervenção (barro, escrita criativa, relaxamento, etc.) Pretende-se proporcionar uma introdução à utilização terapêutica da comunicação expressiva no contexto dos cuidados de enfermagem. Partindo dos conceitos da comunicação expressiva, são exploradas diferentes técnicas que potenciam a sua expressão e utilização terapêutica e discutida a sua aplicabilidade nos contextos de prestação de cuidados dos formandos.
Resultados esperados	Que o formando: Analise o valor da comunicação expressiva nos processos de cuidados de enfermagem; Identifique os princípios teóricos das técnicas expressivas; Discuta o conceito de "mediador de expressão" e o seu potencial comunicacional; Conheça as particularidades das técnicas tratadas; Reflicta sobre as vivências da participação activa no conjunto das técnicas Propostas; Discuta a aplicabilidade das técnicas expressivas no seu contexto de cuidados de Enfermagem;
Conteúdos	1 – Comunicação "social", comunicação terapêutica e comunicação expressiva 2 – Teoria e técnica das terapias expressivas 3 – Mediadores de Expressão 4 – Aplicabilidade das técnicas expressivas aos contextos de cuidados de enfermagem em geral e em saúde mental em particular
Metodologias	Alternância entre método afirmativo-expositivo e participação vivencial das técnicas. Discussão e reflexão. Síntese final.
Avaliação	Integrada no Portefólio.
Bibliografia essencial	Arcuri, Irene (org.) - <u>Arteterapia de corpo &amp; alma</u> . ed. - São Paulo - Casa do Psicólogo - 2004 - 389 p. ISBN: 85-7396-340-9  Brandes, Donna- <u>Manual de jogos educativos</u> . Moraes editores.  Ciomai, Selma (org.) - <u>Percurso em arteterapia: ateliê terapêutico, arteterapia no trabalho comunitário, trabalho plástico e linguagem expressiva, arteterapia e história da arte</u> . São Paulo - Summus Editorial - 2004 - 317 p. ISBN: 85-323-0849-X  Killick, Katherine e Schaverien - <u>Joy. Art, Psychotherapy and Psychosis</u> . 1ª Ed. London.Routledge.1997.  Liebman, Marian - <u>Art Therapy for Groups</u> .4ª Ed. Bristol. Routledge. 1994.  Liomar Quinto de Andrade - <u>Terapias expressivas</u> . ed. - São Paulo - Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. - 2000 - 180 p. ISBN: 85-87516-14-0  Pain, Sara - <u>Teoria e técnica da arte-terapia: a compreensão do sujeito</u> . Artes médicas/Dinalivro. 2002. Isbn: 9788573071573  Salomé, Jacques; Galland, Sylvie - <u>A arte da comunicação humana</u> . Esquilo. 2004.  Serra, A. <u>O Stress na Vida de Todos os Dias</u> . 2ª Edição. Coimbra. 2002.  Valadares, Ana Cláudia Afonso (org.) - <u>Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental</u> . ed. - São Paulo - Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. - 2004 - 209 p. ISBN: 85-7585-083-0  Vieira, Fernando - <u>(Des)Dramatizar na Doença Mental</u> . 1ª Ed.Lisboa.Edições Sílabo. 1999

ESS/IPS	
EMOLUMENTOS	
1. <u>Morreu</u>	\$ <u>5,76</u>
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
TOTAL <u>5,76</u>	
Setúbal <u>06/06/08</u>	
O Funcionário,	
<u>M</u>	

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE	
Instituto Politécnico de Setúbal	
Está conforme o original	
Setúbal <u>06/06/08</u>	
A Directora	
<u>[Assinatura]</u>	



Unidade Curricular	NARRATIVAS DE VIDA PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Docentes	Dulce Cabete e Joaquim Lopes
Carga Horária	15h S; 15h TE
Objectivos	Unidade curricular que procura fomentar os rudimentos da apropriação de "si-pessoa" e a transferência para as situações de interacção cuidativa informal e profissional com o Outro. Proporciona aos formandos o acesso ao (re)conhecimento em intersubjectividade dos aspectos autobiográficos que enformam o seu "ser-enfermeiro".
Resultados esperados	Que o formando: Identifique as experiências individuais significativas à explicitação da compreensão de si (Re)considere a compreensão de si ampliada em inter-subjectividade Transfira a apropriação de si para a situação de exercício profissional
Conteúdos	A abordagem biográfica na formação, na investigação e na prática clínica Conceito de vivência e experiência Níveis de experiência formadora
Metodologias	Método Auto-biográfico.
Avaliação	Integrada no Portefólio.
Bibliografia essencial	Badouin, Jan-Michel & Josso, Christine - <u>Penser la formation</u> . Genève: Université de Genève – Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation. 1993.  Canário, R. - <u>Educação de Adultos</u> . Um Campo e uma Problemática. Lisboa: EDUCA. 1999.  Filliozat, Isabelle. <u>Trouver son propre chemin</u> . Belfond. Presses Pocket.  Josso, Marie-Christine - <u>Cheminer vers soi</u> . Lausanne: Editions L'Age d'homme, 1991.  Josso, Marie-Christine - <u>Experiências de Vida e Formação</u> . Lisboa : Educa. 2002.  Nóvoa, A.; Finger, M. - <u>O Método (auto) Biográfico e a Formação</u> . Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos. 1988.

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>Vaga 07</u>
<u>57</u>
2. _____
\$ _____
3. _____
\$ _____
TOTAL <u>57</u>
Setúbal <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>ef</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal <u>06/06/08</u>
Directora
<u>[Assinatura]</u>



<b>Unidade Curricular</b>	<b>ESTÁGIO 1</b>
<b>Docentes</b>	Joaquim Lopes
<b>Carga Horária</b>	10h S; 60h TE; 110h E
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular que proporciona a comunicabilidade entre o desenvolvimento da Pós Graduação e cuidados de enfermagem prestados pelos formandos na área da enfermagem de saúde mental.
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando: Informe a sua aprendizagem na pós graduação a partir da significação e práticas de cuidados do seu exercício profissional; Transfira para o exercício profissional as significações e as práticas de cuidados tratadas na pós graduação.
<b>Conteúdos</b>	Não aplicável.
<b>Metodologias</b>	Decorre no local de trabalho de cada formando. Aceitam-se igualmente, condicionadas à apreciação da Comissão Científico-Pedagógica, propostas de estágio noutros locais. É sujeito a regime de faltas. O formando não poderá exceder 25% de faltas das horas previstas para o estágio.
<b>Avaliação</b>	Integrada no Portefólio.
<b>Bibliografia essencial</b>	Carvalho, A.; Diogo, F. - <u>Projecto Educativo</u> . Porto: Edições Afrontamento. 1999. Kerouac, Suzanne et all. - <u>La pensée infirmière</u> . Laval: Edition Études vivantes. 1994. Paré, André (1987). <u>Le journal: instrument d'intégrité personnelle et professionnelle</u> . Québec: Centre d'intégration de la personne, 81 p. Pineau, G. (1991) La reconnaissance des acquis comme passage-frontière entre le monde des individus et celui des organismes. In Pineau, G., Liétard, B., Chaput, M. <u>Reconnaître les Acquis</u> . Maurecourt : Editions Universitaires. 211-217. Sequeira, J. - <u>Desenvolvimento pessoal</u> . Lisboa: Monitor. 2000. Vermersh, P. (1989) Expliciter l'expérience. <u>Education Permanente</u> . 100/101 p.123

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>1107242</u>
57
2. _____
\$
3. _____
\$
TOTAL <u>57</u>
Setúbal <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>[Signature]</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal <u>06/06/08</u>
A Directora
<u>[Signature]</u>

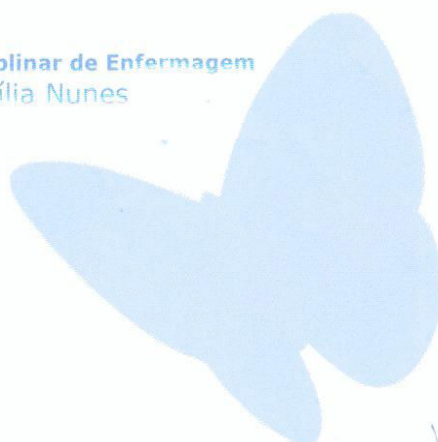
# Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde



## Guia do Curso de Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental Opção Adição e Reabilitação Psicossocial 2º SEMESTRE

**Responsável de Área Disciplinar de Enfermagem**  
Professora Doutora Lucília Nunes

**Coordenador do Curso**  
Mestre Joaquim Lopes



Setúbal  
Março de 2007



## 1. ESTRUTURA DO SEGUNDO SEMESTRE

O segundo semestre do Tronco Específico é composto por 7 Unidades Curriculares.

São tratadas as Unidades Curriculares específicas da opção de Enfermagem de Saúde Mental na Adição e na Reabilitação Psicossocial

<b>Unidades Curriculares Opção A Enfermagem de Saúde Mental na Adição e na Reabilitação Psicossocial</b>	<b>ECTS <sup>b)</sup></b>	<b>Área científica</b>
Enfermagem S. Mental com Clientes com Problemas de Adição - 30h	1,5	Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial - 30h	1,5	Enfermagem
Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas - 15h	0,5	Ciências Médicas
Gestão do Stresse - 15h	0,5	Enfermagem
Seminário de Peritos em Adição e em Reabilitação Psicossocial - 15h	0,5	Enfermagem
Supervisão de Cuidados 2A - 15h	0,5	Enfermagem
Estágio 2A - 180h <sup>a)</sup>	7,5	Enfermagem

- a) A Unidade Curricular de Estágio 2A, com um total de 180h, é maioritariamente realizada pelos formandos em contexto de trabalho.
- b) Na contabilização dos créditos ECTS (*European Credit Transfer System*) é tido em conta o trabalho do formando associado à realização de cada unidade curricular.

## 2. EQUIPA DOCENTE DO SEGUNDO SEMESTRE

<b>Alice Ruivo</b> Mestre - Doutoranda Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Docente ESS/IPS	<b>Domingos Malato</b> Mestre Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro
<b>Elsa Coutinho</b> Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Terapeuta Familiar CAT Santarém	<b>Glória Toletti</b> Mestre Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Docente ESE LX
<b>Joaquim Lopes</b> Mestre – Doutorando Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Docente ESS/IPS	<b>Margarida Lobo</b> Mestranda Médica Psiquiatra Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro

Acrescem os técnicos que participarão no Seminário de Peritos.

**3. UNIDADES CURRICULARES DO SEGUNDO SEMESTRE**

<b>Unidade Curricular</b>	<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL COM CLIENTES COM PROBLEMAS DE ADIÇÃO</b>
<b>Docente</b>	<b>Elsa Coutinho</b>
<b>Carga Horária</b>	15h T, 15h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular teórica que visa proporcionar a compreensão da problemática da adictologia a partir de bases teóricas e da reflexão sobre as experiências da prática. Pretende-se proporcionar o (re)conhecimento da intervenção da Enfermagem com pessoas com problemas de adição.
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando: - Identifique os processos inerentes ao desenvolvimento da adição; - Reconheça a importância das intervenções de Enfermagem junto de pessoas com problemática de adição; - Compreenda as dimensões da relação de ajuda na problemática da adição; - Compreenda as estratégias de intervenção na problemática da adição, em serviços de saúde e na comunidade.
<b>Conteúdos</b>	1 – A adição Diferentes substâncias Processo de desenvolvimento da adição 2 - Consequências da adição no indivíduo, na família e na comunidade 3 – Metodologias de intervenção na prevenção primária no tratamento na reinserção na redução de riscos e minimização de danos 4- Recursos da Comunidade com intervenção em Adictologia 5- A intervenção da Enfermagem na prevenção primária, no tratamento, na reinserção e na redução de riscos e minimização de danos.
<b>Metodologias</b>	Método afirmativo - expositivo e interrogativo. Trabalho em pequenos grupos. Recurso à experiência profissional do formador e dos formandos. Discussão e reflexão. Sínteses.
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso
<b>Bibliografia essencial</b>	Alarcão, M. - (Des) Equilíbrios Familiares. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto, 2002. Carrilho, Luísa, - <u>Meia Laranja - o que os jovens dizem da toxicodependência</u> . Porto. Ed. Afrontamento, 1995. Novo, Alzira C.R., - <u>A toxicodependência na escola</u> . Lisboa. Paulinas, 2001 Patrício, Luís D.B. , - <u>Face à droga: como (re)agir?</u> . Lisboa. Colecção Projecto VIDA. 1997 Patrício, Luís D.B. , - <u>DROGA para que se saiba</u> . Porto. Figueirinhas. 2002

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. 14/02/08
5/8
2. _____
3. _____
TOTAL 5/8
Setúbal 06/06/08
O Funcionário,

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal 06/06/08
A Directora



<b>Unidade Curricular</b>	<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</b>
<b>Docente</b>	<b>Glória Toletti Domingos Malato</b>
<b>Carga Horária</b>	15h T, 15h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular teórico-prática que aborda as temáticas da reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental crónica. Partindo da compreensão de um modelo de reabilitação psicossocial, são exploradas as perspectivas de cuidados, sua articulação e técnicas de intervenção. Procura-se mobilizar as experiências pessoais e profissionais dos formandos em contexto de prática clínica, no sentido de consolidar as suas intervenções.
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando: Compreenda os vários componentes de um modelo de reabilitação psicossocial. Discuta os contributos de um plano de intervenção psicossocial para o projecto terapêutico. Analise a rede de cuidados e perspectivas de evolução no sentido da integração social. Reconheça a relevância das intervenções de enfermagem na reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental crónica.
<b>Conteúdos</b>	Reabilitação psicossocial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Princípios de suporte ao modelo.</li> <li>• Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial.</li> <li>• Contributos do modelo no âmbito do projecto terapêutico.</li> <li>• Intervenção do enfermeiro.</li> </ul> Rede de cuidados e perspectivas de evolução: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturas de reabilitação.</li> <li>• Gestão e continuidade dos cuidados.</li> <li>• Consultoria e Ligação.</li> </ul> Intervenções terapêuticas individuais e de grupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções psicoeducativas.</li> <li>• Treino de competências sociais.</li> <li>• Treino de memória e reestruturação cognitiva.</li> <li>• Intervenções em terapia familiar.</li> </ul>
<b>Metodologias</b>	Método afirmativo-expositivo e interrogativo. Recurso à experiência pessoal e profissional dos formandos. Discussão e reflexão.
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso
<b>Bibliografia essencial</b>	OMS (2002). <u>Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança</u> . Ministério da Saúde, DGS, 1ª Ed., Lisboa, ISBN: 972-675-082-2, DGS. <u>Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental</u> . DGS, 2004, Lisboa. Coelho, C. & Palha, A. (2006) <u>treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia</u> . Lisboa: Climepsi. Cordo, M. (2003) <u>Reabilitação das pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família</u> . Lisboa : Climepsi. Lieberman, RP (1988). <u>Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients</u> . American Psychiatric Press. Vicente, A. et. al. (2005). <u>Manual de Boas Práticas : um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas</u> . Lisboa Instituto da Segurança Social. Ornelas, JP (1999). <u>Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença Mental</u> . Lisboa. AEIPS. Stuart, Gw; Laraia, Mt (2001). <u>Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática</u> , Artmed Editora, 6ª Ed., Porto Alegre, ISBN: 85-7307-713-1. Lieberman, RP: <u>Reabilitação psiquiátrica</u> . In: tratado de psiquiatria. Kaplan, HL & Sadock, BJ. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>5/06/08</u>
<u>56</u>
2. _____
3. _____
TOTAL <u>56</u>
Setúbal: <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>7</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal: <u>06/06/08</u>
A Directora
<u>[Assinatura]</u>



<b>Unidade Curricular</b>	<b>TEORIAS E TÉCNICAS PSICOTERAPÊUTICAS</b>
<b>Docente</b>	<b>Margarida Lobo</b>
<b>Carga Horária</b>	10h T, 5h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular que define as linhas gerais das grandes correntes teóricas que deram origem às técnicas psicoterapêuticas usadas em Saúde Mental.  Pretende-se uma abordagem orientadora e não exaustiva dos conceitos teóricos, por forma a dar espaço a algumas aplicações práticas dos conceitos.
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando: Identifique e conhecer as principais teorias e técnicas psicoterapêuticas Reconheça a possibilidade / impossibilidade de aplicação das teorias e técnicas psicoterapêuticas no seu contexto de prestação cuidados.
<b>Conteúdos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Fenomenologia</li> <li>2. A Psicanálise e os conceitos emergentes a partir desta – Psicoterapias de inspiração analítica</li> <li>3. A Sistémica e a Terapia Familiar</li> <li>4. A Escola Cognitiva e a Escola Comportamental. Evolução dos conceitos e psicoterapias emergentes.</li> </ol>
<b>Metodologias</b>	Exposição Teórica de Conceitos Orientação de Pesquisa de Material de Estudo <i>Role Play</i> de algumas técnicas a serem usadas pelo enfermeiro no seu contexto de prestação de cuidados
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso
<b>Bibliografia essencial</b>	<p>Badaracco, J.G.; <u>Psicoanálisis Multifamiliar</u>; 1.ª Edição, Paidós, Buenos Aires, 2000</p> <p>Gabbard, G.; <u>Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice</u>; 3.ª Edição, American Psychiatry Press, Washington, 2000.</p> <p>Gameiro, J.; <u>Quem sai aos seus...</u>, 2.ª Edição, Edições Afrontamento, Porto, 1998.</p> <p>Gonçalves, O.; <u>Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas</u>, 4.ª Edição, Edições Afrontamento, Porto, 2004.</p> <p>Leal, I.; <u>Iniciação às Psicoterapias</u>; 2.ª Edição, Fim de Século Editores, Lisboa, 2005.</p> <p>Moreira, P.; Gonçalves, O.; Beutler, L.; <u>Métodos de Selecção de Tratamento</u>, 1.ª Edição, Porto Editora, Porto, 2005.</p> <p>Rogers, C.; <u>Tornar-se Pessoa</u>; 4.ª Edição, Moraes Editores, Lisboa, 1977.</p> <p>Sampaio, D., Gameiro; <u>Terapia Familiar</u>, 5.ª Edição, Edições Afrontamento, Porto, 2002.</p>

ESS/IPS  
EMOLUMENTOS

1. Vag 2008  
5€

2. \_\_\_\_\_ \$

3. \_\_\_\_\_ \$

TOTAL 5€

Setúbal, 06/06/08

O Funcionário,

fl

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Está conforme o original

Setúbal, 06/06/08

A Directora

[Signature]



<b>Unidade Curricular</b>	<b>Gestão do Stresse</b>
<b>Docente (s)</b>	<b>Alice Ruivo (Responsável) / Fátima Esteves</b>
<b>Carga Horária</b>	10h TP, 5h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular teórico-prática onde se pretende dar um contributo actualizado na área do Stresse, numa visão holística, focando diferentes tipos de estratégias de coping (técnicas e abordagens terapêuticas, programação neurolinguística e abordagens complementares).
<b>Resultados esperados</b>	Que o formando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecte sinais de distresse no próprio e no cliente;</li> <li>• Conheça diferentes tipos de abordagens utilizadas na Gestão de Stresse;</li> <li>• Saiba identificar qual a técnica/abordagem a utilizar face aos diferentes clientes/situações;</li> <li>• Reflicta sobre as vivências da participação activa no conjunto das técnicas propostas;</li> <li>• Discuta a aplicabilidade das técnicas de Gestão de Stresse no seu contexto de cuidados de Enfermagem.</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modelo Transaccional de Stresse.</li> <li>○ Diferentes tipos de Estratégias de Coping</li> <li>○ Enfermeiro em Stresse</li> <li>○ Cliente em Stresse</li> <li>○ A Relação Enfermeiro/Cliente afecta da problemática do Stresse</li> <li>○ Técnicas de relaxamento <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Massagem</li> <li>▪ Toque terapêutico</li> <li>▪ Musicoterapia</li> <li>▪ Visualização</li> </ul> </li> <li>○ Abordagens Complementares <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reiki</li> </ul> </li> </ul>
<b>Metodologias</b>	Exposição teórico-prática do tema. Dinâmicas de grupo. <i>Role Playing.</i>
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso

**Bibliografia essencial**

- Brandes, Donna - Manual de jogos educativos. Moraes Editores.
- Field, T. Touch therapy. Edinburgh: Churchill. 2000. Lazarus R. Monat A. Stress and Coping: an anthology. 3ª Ed. New York: Columbia University Press. 1991.
- Maslo, M. Stresse não é uma fatalidade. Cascais Pergaminho.2002
- Malchiodi, C. Expressive therapies. New York: The Guilford Press. 2007.
- Ribeiro, J. P. L. Introdução à Psicologia da Saúde. 1ª Ed. Coimbra: Quarteto. 2005.
- Rich, G. Massage therapy: the evidence for practice. Endinburgh: Mosby.2002.
- Serra, A. O Stress na Vida de Todos os Dias. 2ª Edição. Coimbra. 2002.

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>Vigilância</u>
5\$
2. _____
\$
3. _____
\$
TOTAL <u>5\$</u>
Setúbal, <u>06/06/08</u>
O Funcionário,

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal, <u>06/06/08</u>
A Directora



Unidade Curricular	SUPERVISÃO DE CUIDADOS 2 A
Docente	Joaquim Lopes
Carga Horária	10h TP, 5h TE
Objectivos	Unidade curricular teórico-prática que decorre durante todo o segundo semestre.  Favorece a utilização dos saberes adquiridos/aprofundados no primeiro semestre, em favor das relações de cuidados (ajuda/aconselhamento) desenvolvidas pelos formandos nos seus contextos profissionais (de estágio).  Apoia a elaboração do estudo de caso.
Resultados esperados	Que, em conformidade com a metodologia do estudo de caso, o formando: Adquira um conhecimento extenso do "caso" (contexto, pessoa, problemática, evento específico...) Formule uma compreensão profunda do "caso", confrontando-o com teorias existentes Proponha o acompanhamento do "caso" na óptica da enfermagem de saúde mental Relate o processo de acompanhamento (ajuda/aconselhamento) do "caso" Avalie os resultados do acompanhamento na óptica do "caso" (contexto, pessoa, problemática, evento específico...) e da sua própria aprendizagem
Conteúdos	A desenvolver em cada sessão
Metodologias	Trabalho em pequeno grupo. Discussão e reflexão (auto e inter) sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental, considerando: Os contextos de prestação de cuidados; Os beneficiários dos cuidados de enfermagem; Os processos de transição; O enquadramento disciplinar e profissional da enfermagem; O desenvolvimento conceptual contemporâneo da Pós Graduação; As idiosincrasias individuais.
Avaliação	Integrada no Estudo de Caso
Bibliografia essencial	A das unidades curriculares do segundo semestre.

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>Magreuz</u>
58
2. _____
\$
3. _____
\$
TOTAL <u>58</u>
Setúbal <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>fl</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal <u>06/06/08</u>
A Directora
<u>[Signature]</u>



<b>Unidade Curricular</b>	<b>ESTÁGIO 2 A</b>
<b>Docentes</b>	<b>Joaquim Lopes</b>
<b>Carga Horária</b>	10h S; 60h TE; 110h E
<b>Objectivos</b>	<p>Unidade curricular que proporciona a comunicabilidade entre o desenvolvimento da Pós Graduação e os cuidados de enfermagem prestados pelos formandos na área da enfermagem de saúde mental, com particular incidência nas áreas da adição e da reabilitação psicossocial.</p> <p>Pretendendo alargar o entendimento da área temática deste segundo semestre, é considerada a realização de duas visitas de estudo a instituições que prestam cuidados no âmbito da reabilitação psicossocial:          Casa de Saúde do Telhal – Belas (Distrito Lisboa)          Espaço T - Porto</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Que o formando:</p> <p>Informe a sua aprendizagem na pós graduação a partir da significação e práticas de cuidados do seu exercício profissional;</p> <p>Transfira para o exercício profissional as significações e as práticas de cuidados tratadas na pós graduação em matéria de adição e reabilitação psicossocial.</p>
<b>Conteúdos</b>	Não aplicável.
<b>Metodologias</b>	<p>Decorre no local de trabalho de cada formando.</p> <p>Aceitam-se igualmente, condicionadas à apreciação da Comissão Científico-Pedagógica, propostas de estágio noutros locais. É sujeito a regime de faltas. O formando não poderá exceder 25% de faltas das horas previstas para o estágio.</p>
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso
<b>Bibliografia essencial</b>	<p>Carvalho, A.; Diogo, F. - <u>Projecto Educativo</u>. Porto: Edições Afrontamento. 1999.</p> <p>Kerouac, Suzanne et all. - <u>La pensée infirmière</u>. Laval: Edition Études vivantes. 1994.</p> <p>Paré, André (1987). <u>Le journal: instrument d'intégrité personnelle et professionnelle</u>. Québec: Centre d'intégration de la personne, 81 p.</p> <p>Pineau, G. (1991) <u>La reconnaissance des acquis comme passage-frontière entre le monde des individus et celui des organismes</u>. In Pineau, G., Liétard, B., Chaput, M. <u>Reconnaître les Acquis</u>. Maurecourt : Editions Universitaires. 211-217.</p> <p>Sequeira, J. - <u>Desenvolvimento pessoal</u>. Lisboa: Monitor. 2000.</p> <p>Vermersh, P. (1989) <u>Expliciter l'expérience</u>. Education Permanente, 100/101 p.123</p>

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. 119247
58
2. _____
\$
3. _____
\$
TOTAL 58
Setúbal, 06/06/08
O Funcionário,

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal 06/06/08
A Directora



<b>Unidade Curricular</b>	<b>SEMINÁRIO DE PERITOS EM ADIÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</b>
<b>Docentes</b>	<b>Joaquim Lopes (org.)</b>
<b>Carga Horária</b>	10h S, 5h TE
<b>Objectivos</b>	Unidade curricular em regime de seminário que procura, no contacto com diversos técnicos de saúde mental, a exploração compreensiva dos conceitos, das técnicas e das boas práticas nas áreas da adictologia e da reabilitação psicossocial.
<b>Resultados esperados</b>	Que, tendo em vista as áreas da adictologia e da reabilitação psicossocial, o formando: Discuta os conceitos, as técnicas e as experiências apresentadas Sumarize as boas práticas (pessoas e instituições) apresentadas Analise a transferência dos aportes do seminário para o seu contexto profissional
<b>Conteúdos</b>	Não aplicável.
<b>Metodologias</b>	Mesa de peritos Metodologia expositiva-participativa Sínteses finais
<b>Avaliação</b>	Integrada no Estudo de Caso
<b>Bibliografia essencial</b>	A das unidades curriculares do segundo semestre.

ESS/IPS
EMOLUMENTOS
1. <u>1.150,00</u>
2. _____
3. _____
TOTAL <u>5,00</u>
Setúbal, <u>06/06/08</u>
O Funcionário,
<u>[Signature]</u>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico de Setúbal
Está conforme o original
Setúbal <u>06/06/08</u>
Directora
<u>[Signature]</u>

ANEXO II  
REUNIÃO INFORMAL COM A PSQUIATRA DE LIGAÇÃO

## REUNIÃO INFORMAL COM A PSIQUIATRA DE LIGAÇÃO

Dado que a ligação da psiquiatria com os outros serviços de internamento vem sendo feita desde 1991, tornou-se indispensável informar a Psiquiatra que por isso é responsável, Dr.<sup>a</sup> H. F., no sentido de solicitar a sua colaboração e também de obter alguns dados importantes, o que aconteceu no dia 30/04/2010.

Assim, foi possível saber que, com a criação do então Centro de Saúde Mental, foi criado um serviço de apoio ao hospital. Inicialmente esse apoio era dado pelo psiquiatra de urgência que ficava de chamada à ligação até às 16 horas, situação que durou alguns meses. Posteriormente foi organizado o Núcleo de Psiquiatria de Ligação, constituído por três psiquiatras, um dos quais era responsável pelo trabalho de supervisão, tendo sido previamente feita uma abordagem pessoal a todos os directores de serviço do hospital, com o objectivo de fornecer informações sobre a Psiquiatria de Ligação e de que forma iria funcionar.

Na opinião da médica psiquiátrica, continua a haver alguma resistência, por parte de alguns serviços, na entrada do psiquiatra no processo terapêutico, porém, na globalidade a sua presença é bem aceite e desejada.

As principais dificuldades apresentadas, por esta psiquiatra, para uma boa prestação de serviços de Psiquiatria de Ligação, são a falta de técnicos e de supervisão, uma vez que dois dos psiquiatras que inicialmente integravam a equipa saíram para outros hospitais. A não atribuição de tempos para a realização desta actividade é outro obstáculo ao desejável funcionamento desta valência.

Nesta situação, presta essencialmente serviços na área da clínica, a todos os serviços do hospital de internamento, não podendo dar resposta à vertente do ensino e investigação. Assim, organiza-se em função da sua disponibilidade, que é repartida pelo internamento de agudos, pela consulta e pelo serviço de urgência e, actualmente embora interinamente, pela direcção do serviço de psiquiatria e saúde mental.

Dos motivos pelos quais é mais frequentemente solicitada, apura-se em termos de diagnósticos médicos, são essencialmente *“os síndromes de privação de substâncias com agitação, as ostomias e neoplasias, geralmente associados a uma situação de mau prognóstico”*.

A Dr.<sup>a</sup> H. F. tem registado todos os pedidos que lhe são feitos, desde 1992. Desses registos, que me foi dada oportunidade conhecer, verifica-se que entre 1992 e 2002 houve um número médio de 136 pedidos ano, sendo que 46% foram para utentes do sexo masculino e 54% para mulheres. Neste período, o ano com mais pedidos foi o ano de 1998 com 169 pedidos e o ano com menos pedidos o de 1992 com 100 pedidos de observação.

Neste período a percentagem de pedidos por especialidades foi a que se apresenta na Tabela 1.

<b>Especialidade</b>	<b>%</b>
Medicina Geral	31%
Cirurgia Geral	22%
Especialidades Médicas	12%
Especialidades Cirúrgicas	6,5%
Oncologia (internamento)	10,5%
Ginecologia	7,5%
Cardiologia	4%
Pediatria e UCI	5,5%
Total	100%

**Quadro 3** – Percentagem de pedidos por especialidade, 1992 a 2002.

Na Tabela 2 podem ver-se os pedidos realizados entre 2003 e 2009.

<b>Ano</b>	<b>Pedidos</b>
2003	174
2004	146
2005	150
2006	158
2007	107
2008	200
2009	174

**Quadro 4** – Número de pedidos por ano.

Quanto à sensibilidade dos enfermeiros para identificar problemas psicológicos dos clientes que cuidam, reconhece que fala pouco com eles, porém, parece-lhe que a sua sensibilidade é

muito fidedigna, embora também lhe pareça que, por vezes, esses enfermeiros têm algumas dificuldades em lidar com situações que envolvam alterações psicológicas, sobretudo ao nível do relacionamento com pessoas em fase terminal. Nomeadamente no serviço de oncologia, visado no presente trabalho, considera que os enfermeiros beneficiavam e estariam disponíveis para se criarem espaços de reflexão no sentido de perceber as dificuldades que despertam em si, o lidar diariamente com a doença terminal e a morte.

Na sua opinião a Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação tem todo o sentido de existir, favorecendo espaços de diálogo e troca de informações com os outros enfermeiros no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Porém considera que o Núcleo de Psiquiatria de Ligação num hospital geral, além dos médicos e enfermeiros deve ainda ter a participação de outros profissionais, tais como: uma assistente social e uma psicóloga.

**ANEXO III**  
**GUIÃO DA ROTINA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

## GUIÃO DA AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL<sup>26</sup>

### **APARÊNCIA**

Deve-se observar o modo do paciente de andar, sua postura, roupas, adornos e maquilhagem utilizados, sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho, atitude (amigável ou hostil), humor ou afecto predominante, modulação afectiva, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais e o contacto visual. O ideal é que seja feita uma descrição precisa, de maneira que o leitor possa visualizar a aparência física do paciente no momento do exame. Uma postura encurvada pode sugerir afecto triste, assim como desleixo no modo de vestir-se. Já o uso de roupas extravagantes e o excesso de adornos fazem pensar em mania ou características históricas de personalidade. Uma pessoa com uma doença crónica ou com um grande sofrimento (por exemplo: depressão) pode aparentar uma idade maior do que a real, enquanto que pacientes hipomaníacos, histriónicos ou hebefrénicos podem parecer mais jovens. Pouco contacto de olhar pode indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento. É útil a comparação das características de aparência do paciente com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconómica, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação a aparência anterior da pessoa.

### **ACTIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO**

A actividade psicomotora refere-se à maneira como a actividade física se relaciona com o funcionamento psicológico, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos do comportamento motor do paciente.

Um paciente em agitação psicomotora caminha constantemente, não consegue ficar quieto e frequentemente apresenta pressão para falar e ansiedade. Outros sintomas comuns são rabiscar, balançar pés ou pernas, cruzar e descruzar frequentemente as pernas, roer unhas, ficar enrolando o cabelo, etc., em padrão acelerado.

O retardo psicomotor é caracterizado por uma lentificação geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento, usualmente acompanhado de humor deprimido. Também ocorrem: respostas monossilábicas, aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por longo tempo, pouca gesticulação, expressão facial triste ou inexpressiva. A actividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada, assim como podem ocorrer sintomas catatónicos ou de agitação.

Consideram-se, ainda, outras formas de distúrbios específicos (que ocorrem em estados psicóticos), como movimentos estereotipados, maneirismos, negativismo (fazer o oposto do que está sendo requisitado), ecopraxia (imitar os movimentos de outra pessoa) e flexibilidade cêrea (manter certa posição desagradável por horas apesar do aparente desconforto). É interessante que se descreva o tipo de actividade que o paciente apresentou durante a

---

<sup>26</sup> Baseado em ZUARDI & LOUREIRO (1996) – Semiologia Psiquiátrica (pp.47-52); em BAKER (2001) – Exame psiquiátrico do estado mental (pp. 25-66); e em CORDIOLI, ZIMMERMANN, & KESSLERM (2007) - Rotina de Avaliação do Estado Mental.

entrevista ao invés de apenas classificá-lo, por exemplo, "o paciente permaneceu imóvel durante toda a sessão" informa melhor do que apenas "o paciente apresenta grave retardo psicomotor".

### **ATITUDE PERANTE O EXAMINADOR**

Frequentemente os pacientes são inicialmente reservados, limitando-se a responder as perguntas do examinador. Alguns são mais abertos, fornecendo mais dados e informações ricas, a partir de menos perguntas. Outros são reticentes, fechados e até desconfiados, por vergonha, falta de vontade ou medo de contar suas experiências pessoais. Também podem ser hostis, numa tentativa de envergonhar ou humilhar o examinador; bajuladores, para agradar o entrevistador; ou sedutores. Ainda, podem ser ambivalentes, ou seja, apresentarem simultaneamente emoções aparentemente incompatíveis, positivas e negativas, em relação ao médico.

Assim, a atitude frente ao examinador pode ser amigável, cooperativa, irônica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente. Aqui também é interessante que, além de classificar a atitude do paciente frente ao examinador, se realize uma descrição sumária da parte do relato do paciente que fez o médico pensar em tal atitude (dar um exemplo).

### **COMUNICAÇÃO COM O EXAMINADOR**

Devem ser descritas as características da fala do paciente, em termos de quantidade, velocidade e qualidade de produção. Dessa forma, o tipo de comunicação pode ser descrito como normalmente responsável, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Também podem ser incluídos aqui defeitos da fala, como gaguez e tiques vocais, como ecolália. Devem ser descritas as características da fala do paciente, em termos de quantidade, velocidade e qualidade de produção. Dessa forma, o tipo de comunicação pode ser descrito como normalmente responsável, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Também podem ser incluídos aqui defeitos da fala, como gaguez e tiques vocais, como ecolália.

O entrevistador deve relatar a impressão emocional geral transmitida pelo paciente, ou seja, os sentimentos despertados em sua pessoa pelo paciente. Geralmente são sentimentos de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar. Tais dados podem ser uma importante pista para a psicopatologia subjacente.

Destaca-se, ainda, que este item é intimamente relacionado com a aparência do paciente.

**Ordem de Avaliação do Estado Mental** – Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afectividade, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta e Linguagem

ANEXO IV  
GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO SEGUNDO  
BERNSTEIN E BORKOVEC

# **GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO SEGUNDO BERNSTEIN E BORKOVEC**

**Sente-se confortavelmente na cadeira e descontraia-se.**

**Feche os olhos devagar e sinta-se tranquilo.**

**Inspire profundamente e expire.**

**Deve repetir cada exercício duas vezes.**

**Cada movimento de contracção deve ser acompanhado por uma inspiração e a descontração por expiração.**

**Vamos dar início ao relaxamento muscular:**

**Levante as sobrancelhas até fazer rugas na testa. Agora relaxe**

**Feche os olhos com força e tente levantar o nariz. Ao mesmo tempo cerre os dentes com força e puxe os cantos da boca para trás. Como se estivesse a rir-se exageradamente. Sinta a tensão e Relaxe.**

**Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Largue. Repita mais uma vez.**

**Empurre o cotovelo direito contra a cadeira ou contra o seu corpo. Sinta a pressão no seu braço.**

**Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita este movimento novamente.**

**Agora feche a mão esquerda. Sinta a pressão. Abra a mão lentamente. Repita o movimento.**

**Empurre o cotovelo esquerdo contra a cadeira ou contra o seu corpo. Sinta a pressão no seu braço.**

**Largue a tensão e repare na diferença. Repita este movimento outra vez.**

**Puxe o queixo contra o peito sem deixar tocar. Sinta os músculos do pescoço a contraírem-se.**

**Mantenha esta posição durante alguns segundos. Agora relaxe.**

**Inspire Suspenda a respiração e puxe os ombros para até as omoplatas se tocarem.**

**Sinta a tensão nos ombros, peito e costas. Agora expire. Liberte todo o ar que tem nos pulmões.**

**Agora ponha os músculos da barriga duros, como se fosse levar um murro na barriga. Mantenha e relaxe.**

**Contraia os músculos da coxa da direita. Ao mesmo tempo empurre os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura. Mantenha por uns momentos. Agora liberte a tensão.**

**Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé. Agora relaxe.**

**Agora com a outra perna. Contraia a coxa ao mesmo tempo que puxa os dedos do pé para cima.**

**Sinta a tensão muscular na barriga da perna. Mantenha. E relaxe.**

**Vire o pé esquerdo para dentro e encolha os dedos para baixo. Sinta a tensão na parte do meio do pé. E relaxe.**

**Agora vou contar até cinco e vai abrir os olhos lentamente. 1. 2. 3. 4. 5.**

ANEXO V  
GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ENTREVISTA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

**GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ENTREVISTA DE AJUDA**

	A COMUNICAÇÃO		PROCESSOS ASSOCIADOS À TOMADA DE CONSCIÊNCIA DE SI	AS ATITUDES FACILITADORAS	AS FASES DE DESENVOLVIMENTO DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	FORMAS DE INTERVENÇÃO UTILIZADAS
	NÃO VERBAL	VERBAL				
ASPECTOS A CONSIDERAR DURANTE A ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A voz</li> <li>• Os silêncios</li> <li>• Os gestos, as mímicas</li> <li>• As posturas</li> <li>• Os encorajamentos a prosseguir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A reiteração</li> <li>• A reformulação</li> <li>• A elucidação</li> <li>• As questões</li> <li>• A síntese</li> <li>• O "feed-back"</li> <li>• A revelação de si</li> <li>• A informação, o conselho</li> <li>• A confrontação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção da situação (os factos)</li> <li>• Os pensamentos (significação dos factos)</li> <li>• Os sentimentos (emoções)</li> <li>• Motivações (intenções, desejos, necessidades)</li> <li>• Comportamentos (dizer, fazer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia</li> <li>• Autenticidade</li> <li>• Respeito</li> <li>• Especificidade</li> <li>• Imediatz</li> <li>• Confrontação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colheita de dados</li> <li>• Determinação das necessidades</li> <li>• Escolha e planificação das intervenções</li> <li>• Aplicação das intervenções</li> <li>• Avaliação dos resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autoritária</b></li> <li>• Prescritiva</li> <li>• Informativa</li> <li>• Confrontação</li> <li>• <b>Facilitadora</b></li> <li>• Catalítica</li> <li>• Catalítica</li> <li>• De suporte</li> </ul>
<b>O INÍCIO</b>						
O contacto (iniciar)						
O desenvolvimento (planificar)						
O fim (clarificar)						
<b>O CORPO</b>						
O contacto (manter)						
O desenvolvimento (respeitar)						
O fim (explorar)						
<b>O FIM</b>						
O contacto (encerrar)						
O desenvolvimento (avaliar)						
O fim (concluir)						

## ANEXO VI

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A  
FORMA DE POSTER “ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO:  
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CONSULTOR” NO XXVIII ENCONTRO  
DO GRUPO PORTUGUÊS DE PSIQUIATRIA CONSILIAR/LIGAÇÃO E  
PSICOSSOMÁTICA



# DIPLOMA

*Certifica-se que o(a) Exmo.(a) Senhor(a)*

**CLÁUDIA CARMO GUERREIRO SILVA**

*Apresentou o trabalho “ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO — COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CONSULTOR” na forma de Poster no XXVIII*

*Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática subordinado ao tema “Psiquiatria de Ligação: Competências e Controvérsias”, que se realizou nos dias 28 e 29 de Maio de 2010 no Hotel Grão Vasco — Viseu.*

*Viseu, 29 de Maio de 2010*

*A Presidente do GPPCLP*

*Dra. Graça Santos*

## ANEXO VII

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A  
FORMA DE POSTER “RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM  
ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO” NO II CONGRESSO  
INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL



**SPESM**

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)



# DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o trabalho científico:  
**RELACIONAMENTO TERAPÉUTICO EM ENFERMAGEM DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO,**

Sob a forma de **Poster**

Com o(s) seguinte(s) autor(es):

C. Silva

foi apresentado no II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de **Enfermagem de Saúde Mental, “DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”**, que se realizou dos dias 26 a 29 de Outubro de 2010 no Auditório da Casa Saúde S. João Deus - Barcelos - Portugal.

Barcelos, 29 de Outubro de 2010

Comissão Científica



Presidente SPESM

(DR II Série, n.º 174 de 10-09-2007)  
Contribuinte N.º 508147964

## ANEXO VIII

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA” NO II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL



**SPESM**

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)



# DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o trabalho científico:  
**ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA,**

Sob a forma de **Poster**

Com o(s) seguinte(s) autor(es):

C. Silva      M. Marto      T. Fonseca

foi apresentado no II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de  
**Enfermagem de Saúde Mental, “DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO EM  
SAÚDE MENTAL”**, que se realizou dos dias 26 a 29 de Outubro de 2010 no  
Auditório da Casa Saúde S. João Deus - Barcelos - Portugal.

Barcelos, 29 de Outubro de 2010

Comissão Científica



Presidente SPESM

*[Handwritten signature]*  
Comissão Científica (DR II Série, nº 174 de 10-09-2007)  
Contribuinte N.º 508147964

## ANEXO IX

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO SOB A FORMA DE POSTER “A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO ACTIVO: (RE)CONSTRUIR UM NOVO CAMINHO” NO II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

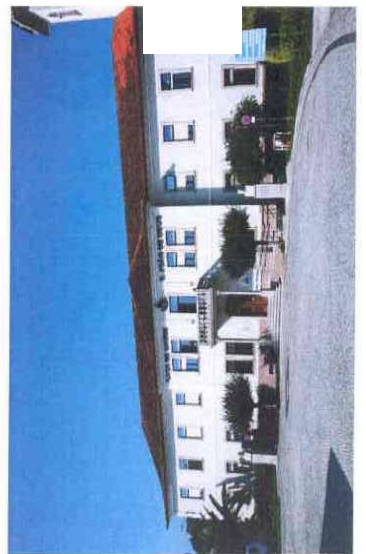


**SPESM**

(Diário da República II Série nº 174 de 10 de Setembro de 2007)



Casa de Saúde S. João de Deus  
Barcelos



# DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o trabalho científico:

**A RELAÇÃO DE AJUDA E O ENVELHECIMENTO ACTIVO: (RE) CONSTRUIR UM NOVO CAMI-NHO,**

Sob a forma de **Poster**

Com o(s) seguinte(s) autor(es):

C.Silva      L. Galvão      L.Reis      M. Dias

foi apresentado no II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de **Enfermagem de Saúde Mental, “DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”**, que se realizou dos dias 26 a 29 de Outubro de 2010 no Auditório da Casa Saúde S. João Deus - Barcelos - Portugal.

Barcelos, 29 de Outubro de 2010

Comissão Científica



Presidente SPESM

*[Handwritten signature]*  
(DR II Série, n.º 174 de 10-09-2007)  
Contribuinte N.º 508147964

ANEXO X  
ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

### ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (SEQUEIRA, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Score:

## Escala de sobrecarga do cuidador

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

## ANEXO XI

DECLARAÇÃO – PARTICIPAÇÃO NA ASSOCIAÇÃO A OUTRA MARGEM



(Diário da República II Série n.º 145 de 28 de Julho de 2006)

## **DECLARAÇÃO**

Declara-se para os devidos e legais efeitos que a Sr<sup>a</sup> Enfermeira **Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva** é Vice-Presidente da Assembleia Geral da Associação "A Outra Margem" desde 26 de Julho de 2009.

Esta associação tem por objectivo a promoção da investigação e desenvolvimento do conhecimento da Psiquiatria e de outras áreas disciplinares que com ela se avizinham, promover a congregação dos técnicos de Saúde Mental e o intercâmbio científico entre profissionais, terapeutas e investigadores, seus agrupamentos, associações e sociedades.

Por ser verdade passa-se a presente declaração que se assina.

Barreiro, 09 de Novembro de 2010

A Direcção

**ASSOCIAÇÃO A OUTRA MARGEM**  
Qt.ª Marques da Costa  
Contribuinte N.º 507 723 040  
Rua Florbela Espanca, N.º 49 • Santo André  
2830 - 235 BARREIRO

## ANEXO XII

CERTIFICADO - PARTICIPAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA “FAMÍLIAS: QUE INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL”



(Diário da República II Série n.º 145 de 28 de Julho de 2006)

## **DECLARAÇÃO**

Declara-se para os devidos e legais efeitos que a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira **Cláudia do Carmo Guerreiro da Silva** enquanto Vice-Presidente da Assembleia Geral da Associação "A Outra Margem" participou na organização do evento científico realizado a 19 de Novembro de 2010 e onde foi apresentada a Conferência "*Famílias: que intervenções em saúde Mental?*".

Este evento tem lugar nos termos do ponto 1, Artº 4º dos Estatutos desta Associação, que tem por objectivo a promoção da investigação e desenvolvimento do conhecimento da Psiquiatria e de outras áreas disciplinares que com ela se avizinham, promover a congregação dos técnicos de Saúde Mental e o intercâmbio científico entre profissionais, terapeutas e investigadores, seus agrupamentos, associações e sociedades.

Por ser verdade passa-se a presente declaração que se assina.

Barreiro, 19 de Novembro de 2010

A Direcção  
**ASSOCIAÇÃO A OUTRA MARGEM**  
Qt.ª Marques da Costa  
Contribuinte N.º 507 723 040  
Rua Florbela Espanca, N.º 49 • Santo André  
2830 - 235 BARREIRO

Sede Social: Quinta Marques da Costa, Rua Florbela Espanca, 49 - Santo André - 2830 - 235 - BARREIRO