



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Ana Isabel Fernandes Alves

(março 2015)



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Ana Isabel Fernandes Alves
Sob orientação de Professor Doutor Luís Sá

(março 2015)

«Tente mover o mundo - o primeiro passo será mover a si mesmo.»

Platão

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O período de estágio a que se reporta este relatório é de 28 Abril de 2014 a 21 de janeiro de 2015, estando o estágio dividido em três módulos. Estes foram realizados nos seguintes locais, todos pertencentes à Casa de Saúde do Bom Jesus:

- Módulo I - Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental – na unidade móvel de apoio domiciliário e na unidade sócio-ocupacional;
- Módulo II – Unidade de S. José – unidade de médio/longo internamento;
- Módulo III – Serviço de Reabilitação.

Este documento tem como objetivo descrever e refletir sobre o percurso formativo realizado ao longo do estágio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Traduz a análise e reflexão crítica das competências desenvolvidas e adquiridas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim como progressos e fatores que contribuíram para a minha aprendizagem e dificuldades sentidas relativas às experiências vivenciadas e à concretização dos objetivos e intervenções delineados para o estágio.

Em suma, considero que este percurso formativo contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de um leque diversificado de competências profissionais e pessoais, nomeadamente de específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. De entre as atividades realizadas destaco a implementação de um programa de Estimulação Cognitiva e um de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Mental e Psiquiátrica, Competências

Abstract

This report was elaborated in the scope of the Master's Degree of Nursing with professional nature and specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing of Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

This report refers to an internship period from 28th April of 2014 to 21st January of 2015, being that same internship split into three different modules. Those modules were performed in the following locations, all of them belonging to Casa de Saúde do Bom Jesus:

- Module I - Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental, in the movable unit of homecare and the socio-occupational unit;
- Module II - Unidade de S. José, unit of medium/long term internment;
- Module III - Unidade de Reabilitação (rehabilitation unit).

This document intends to report my training path during the internship of the specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing. It translates my analysis and reflection review of the developed and acquired skills inherent to the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry, as well as the progress and factors that contributed to my learning, the difficulties that I've felt regarding my experiences and the accomplishment of the objectives and interventions outlined to the internship.

In short, I consider that this training path contributed to the acquisition and development of a diverse range of professional and personal skills, namely the specific ones of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry. From the fulfilled activities, I highlight the implementation of a program of Cognitive Stimulation and a Management of Medicine Regime Training.

Keywords: Nursing, Mental Health and Psychiatry, Skills

Agradecimentos

Ao meu Pai e à minha Mãe, agradeço o seu amor, carinho, tolerância e apoio incondicional durante todo este percurso;

Agradeço à minha família e amigos que sempre procuraram animar-me nos momentos de desânimo;

Ao Paulo, pela companhia, compreensão e paciência ao longo desta caminhada;

Agradeço ao Professor Doutor Luís Sá pela disponibilidade, orientações e ajuda para a concretização deste relatório;

À Casa de Saúde do Bom Jesus, nas pessoas das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e Enfermeira Paula Palmeira, por aceitarem a minha presença e pela forma acolhedora que me receberam, assim como às equipas multidisciplinares dos contextos pelos quais passei;

Agradeço aos Enfermeiros tutores nos diferentes módulos de estágio, Sílvia Peixoto, Paulo Cerqueira, Cecília Vilas Boas e Carla Azevedo, pela orientação, experiências partilhadas, enriquecimento pessoal, dedicação e generosidade que demonstraram ao longo deste meu percurso;

Agradeço ainda a todas as pessoas que não mencionei mas que de algum modo contribuíram para a concretização deste trabalho.

Estou grata a todas as pessoas portadoras de doença mental, familiares e cuidadores que se cruzaram no meu percurso formativo, só por eles este percurso faz sentido!

Siglas

ASPESM – Sociedade Portuguesa Enfermagem de Saúde Mental

CASA – Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

EC – Estimulação Cognitiva

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

GIS – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

MEESMP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE – Mini Mental State Exam

OMS – Organização Mundial de Saúde

QCF – Questionário de crenças acerca dos fármacos

UMADIC – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado ConSentido

USJ – Unidade de São José

UVA – Unidade de Vida Apoiada

UVP – Unidade de Vida Protegida

Índice

0. Introdução	15
1. Módulos de estágio – contextualização	19
1.1 Módulo I – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental.....	20
1.1 Módulo II – Unidade de S. José	22
1.3 Módulo III – Unidade de Reabilitação.....	23
2. Competências adquiridas e desenvolvidas.....	27
2.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.....	29
2.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	35
2.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.....	40
2.4 Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	44
3. Conclusão.....	53
4. Referências bibliográficas.....	57
4.1 Bibliografia legislativa.....	60
Anexos.....	61
Anexo I – Dinâmicas de Grupo implementadas no GIS	63
Anexo II – Dinâmicas de Grupo implementadas na USJ.....	77
Anexo III – Dinâmicas de Grupo implementadas no serviço de Reabilitação.....	83
Anexo IV – Estudo de Caso	89
Anexo V – Programa de Estimulação Cognitiva.....	117
Anexo VI – Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva	169

Anexo VII – Planos das sessões do Programa de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso.....	175
Anexo VIII – Operacionalização do Workshop de Primeiros Socorros	183

0. Introdução

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

De acordo com o plano de estudos do Curso, o período de estágio a que se reporta este relatório é de 28 Abril de 2014 a 21 de janeiro de 2015, estando o estágio dividido em três módulos, cada um com 180 horas de contacto direto.

O Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde realizou-se no Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS) da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), durante o período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014. O GIS disponibiliza um conjunto de serviços integrados na comunidade. Assim, tive a possibilidade de integrar e colaborar com a equipa da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado Consentido (UMADIC) e da Unidade Sócio-Ocupacional S.Bento Menni (USO), duas estruturas reabilitativas psicossociais preconizadas pelos cuidados continuados integrados em saúde mental. O meu intuito primordial centrou-se na oportunidade de conhecer e compreender as principais necessidades e dificuldades que enfrentam as pessoas com doença mental e suas famílias em contexto comunitário. Esta era uma realidade com a qual nunca contactara e que me suscitava bastante interesse e curiosidade, tendo motivado para a escolha do contexto para realização de um módulo de estágio.

O Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, foi realizado na Unidade de São José (USJ), na CSBJ, durante o período de 15 de setembro a 8 de novembro de 2014. É uma unidade de médio/longo internamento, com uma lotação para 78 pessoas do sexo feminino, que permitiu fomentar as minhas competências, nomeadamente, de intervenção na crise do adulto. Está vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental com vista à melhoria da qualidade de vida. Frequentemente, esta unidade referencia as pessoas com doença mental para a unidade de reabilitação da mesma instituição, onde desenvolvi o módulo seguinte.

Assim, o Módulo III – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros) – foi desenvolvido na Unidade de Reabilitação, na CSBJ, durante o período de 10 de novembro de 2014 a 21 de janeiro de 2015. Tive como intuito conhecer estruturas direcionadas para uma intervenção reabilitativa e o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) no seu seio. O serviço de reabilitação da engloba o projeto C.A.S.A. (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem). É composto por uma Unidade de Vida Protegida (UVP) e três Unidades de Vida Apoiada (UVA). Estes últimos localizados na comunidade.

O meu exercício profissional tem sido sempre desenvolvido numa Instituição que presta serviços de internamento nas seguintes áreas: Psiquiatria, Psicogeriatría, Deficiência Mental, Toxicoddependência e Alcoolismo. Neste sentido, surgiu em mim a necessidade de ampliar, aprofundar e consolidar conhecimentos, habilidades e competências nesta área específica, de modo prestar cuidados de maior qualidade e especializados visando dar uma melhor resposta às necessidades dos utentes aos quais presto os meus cuidados, mas também conhecer novas realidades e contextos. Pois, conforme o Regulamento das Competências Específicas do EESM, na especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em Enfermagem distintas das outras áreas de especialidade. Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da saúde mental, no tratamento e reabilitação psicossocial.

Assim sendo, o EESM assume um papel preponderante ao fomentar a pessoa a identificar, perceber e consciencializar-se dos seus problemas e necessidades e dotá-la de conhecimentos e estratégias de forma a lidar com eles. Não se deve descorar o facto que pessoa está inserida num contexto biopsicossocial em constante interação com este em que está inserida, bem como a fase de transição que vivencia.

Este relatório pretende relatar e refletir sobre o percurso formativo, traduzindo as competências desenvolvidas e adquiridas, progressos e fatores que contribuíram para o sucesso ou insucesso da minha aprendizagem e dificuldades sentidas nos diferentes domínios relativas às experiências e à concretização dos objetivos e intervenções

delineados para o estágio. Permite fomentar o pensamento crítico e reflexivo acerca das experiências proporcionadas e realizadas durante o estágio. Para além disso, responde a uma das exigências de avaliação preconizadas no plano de estudos para a unidade curricular supracitada.

O exercício profissional da Enfermagem deve reger-se pelo pensamento crítico e reflexivo, visto que só desse modo se pode fundamentar a prática em conhecimentos teóricos sólidos que se sustentem a si mesmos. Assim sendo, devo ter presente este pensamento, procurando, deste modo, tornar o meu processo de aprendizagem enriquecedor. Para a elaboração do presente documento, foi usada uma metodologia critico-reflexiva e descritiva, fundamentada pela reflexão e revisão bibliográfica necessária e subjacente.

No sentido de facilitar a leitura e compreensão de presente documento, este é composto pela presente introdução, seguido de um primeiro capítulo designado Módulos de estágio – contextualização, em que é elaborada uma breve descrição dos diferentes locais em que foram desenvolvidos os módulos de estágio e justificação da sua escolha. Segue-se o capítulo, Competências adquiridas e desenvolvidas, no qual explico e reflito sobre a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESM com a concretização dos objetivos delineados e consequentes atividades desenvolvidas, no projeto de estágio, nos vários locais de estágio. Optei por organizar este segundo capítulo seguindo as competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento de Competências Específicas do EESM. Pois o objetivo central definido para este processo formativo foi de desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria. Para finalizar, é apresentada a conclusão do relatório, que expõe a minha síntese final, as referências bibliográficas utilizadas e os anexos, que permitem uma melhor caracterização das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

A elaboração deste documento segue as normas fornecidas pela Universidade Católica Portuguesa e as referências a Norma Portuguesa 405.

A principal dificuldade apontada na construção deste trabalho está relacionada com a organização de toda a informação e material compilados ao longo do estágio, sendo necessário uma análise e reflexão sobre estes mesmos.

1. Módulos de estágio – contextualização

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), Saúde Mental não é apenas a ausência de doença mental, mas sim um estado de bem-estar em que o indivíduo tem noção das suas capacidades, consegue lidar com o *stress* normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade. Assim sendo, este conceito reveste-se de um cariz complexo, devendo ser entendido numa perspetiva holística. Segundo Sá (2010), a saúde mental, nesta mesma perspetiva, inclui a capacidade do indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Torna-se assim fulcral compreender que a saúde mental deriva de um equilíbrio dinâmico resultante da interação do indivíduo com os vários sistemas. Constantemente, a mente e o corpo interagem entre si. Assim como, o indivíduo interage continuamente com o ambiente externo e social. Portanto, é importante não descorar a pertinência de fatores biológicos, psicológicos e sociais para a saúde mental e consequentemente a sua relevância para o adoecer.

Em 2001, a OMS aponta que os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos. O documento Portugal Saúde Mental em números – 2013 expõe que estudos epidemiológicos recentes mostram que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral tornaram-se a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo. Menciona também que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas ou mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (ex., desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a relevância que as políticas de saúde mental não podem deixar de assumir no contexto das políticas gerais de saúde dos países, em termos nacionais.

A OMS (2001) incita os países desenvolvidos à incrementarem serviços na comunidade, residências alternativas e à prestarem cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental mudou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um baseado na atenção comunitária. Segundo este, há maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas. Por sua vez, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 tem, nomeadamente, definido como objetivo promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Estes factos inspiraram-me na escolha dos contextos de estágio. A realização de uma unidade curricular de estágio é de todo pertinente, pois permite ao aluno contactar com a prática profissional, complementar, aplicar e analisar a formação teórico-prática, compreender as reais condições e necessidades da área, assim como desenvolver competências, fomentando consequentemente a sua aprendizagem, autonomia e responsabilidade profissional, surgindo experiências que constituem verdadeiros momentos de aprendizagem. A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos, 2004). Só refletindo sobre as práticas se consegue melhorar o desempenho. Além de que a capacidade de resolução de problemas e de pensamento crítico resulta da interação entre o indivíduo, a formação e o contexto da prática.

Segue-se uma breve caracterização dos locais de estágio e descrição da sua escolha.

1.1 Módulo I – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a abordagem da Saúde Mental Comunitária fomenta a manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social. Visto o meu percurso profissional ter decorrido sempre em contexto de internamento, esta era uma realidade que desconhecia.

Assim, decidi desenvolver o Módulo, no GIS, para assim conhecer e compreender as principais necessidades e problemas das pessoas com doença mental e famílias que vivem na comunidade. Mas também, o seu impacto na qualidade de vida e bem-estar, procurando ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família e comunidade a manter, melhorar e recuperar a saúde mental.

O GIS disponibiliza um conjunto de serviços integrados de Reabilitação Psicossocial na comunidade, promovidos por uma equipa multidisciplinar. Os serviços prestados são de apoio domiciliário, consultas da especialidade, formação e integração profissional e a USO S. Bento Menni. Os destinatários deste gabinete são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde.

O estágio decorreu essencialmente na UMADIC, tendo integrado a equipa na realização de visitas domiciliárias. Esta unidade permite o acompanhamento de pessoas com doença mental no seu próprio domicílio, constituindo uma resposta comunitária do GIS. A equipa multidisciplinar presta cuidados à aproximadamente 50 pessoas que apresentam como principais focos: adesão e gestão do regime terapêutico, isolamento social e capacidade para as atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária.

Tive também oportunidade de observar, colaborar e implementar atividades no GIS, nomeadamente, na USO S. Bento Menni. Nesta unidade, são desenvolvidas atividades que procuram fomentar a reinserção social da pessoa com doença mental na comunidade. Estimulam as suas capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, procurando sempre uma articulação com a comunidade. Procuram também reduzir o estigma associado à doença mental, realizando diversas iniciativas que envolvam a sociedade.

Constatei que as atividades realizadas no GIS têm efeitos significativos na redução do isolamento social ao promover a interação social, o espírito de grupo e entreajuda, quer entre utentes ou mesmo com a equipa multidisciplinar. Quando ingressam na unidade, os utentes apresentam dificuldades em estabelecer relação com os restantes colegas e com a própria equipa. Ao longo do tempo, denota-se o desenvolvimento de capacidades relacionais e comunicacionais, mas também um aumento na auto-estima, auto-confiança e motivação.

Pude constatar a importância do papel do EESM nesta resposta comunitária, sendo este de extrema relevância na otimização e recuperação da saúde mental, mas também na prevenção da doença mental e na promoção da qualidade de vida.

1.1 Módulo II – Unidade de S. José

Segundo Caplan citado por Ferigato, Onoko e Ballarin (2007), a ‘teoria da crise’, pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto. A crise é precipitada por uma ou mais circunstâncias que, às vezes, ultrapassam a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase. Ela pode ser uma desestabilização passageira ou pode permanecer prejudicando o estado de equilíbrio do homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente. Referem ainda que a crise pode advir de uma situação imprevisível - doença, desemprego e morte – ou previsível, como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspetiva, o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo. Considerei assim importante para o meu processo formativo realizar o módulo II de estágio numa unidade de intervenção vocacionada na crise de adultos. Tive como finalidades conhecer as principais necessidades e problemas das pessoas com doença mental que vivenciam situações de crise e desenvolver conhecimentos, capacidades e competências de intervenção de forma a lidar com estas.

A USJ é uma unidade de médio/longo internamento. Esta unidade encontra-se quase sempre na sua lotação máxima, 78 mulheres vindas de várias regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da Saúde Mental e Psiquiatria. A idade das utentes encontra-se entre os 23 e os 84 anos. São diversos os diagnósticos de entrada das utentes. Segundo a CID – 9, verifica-se que o diagnóstico atual mais frequente refere-se a Psicose Esquizofrénica, tendo ainda, para além destes, dois subtipos especificados que correspondem a Psicose esquizofrénica residual e Psicose esquizo-afetiva respetivamente.

A equipa multidisciplinar é constituída por seis enfermeiros de cuidados gerais e a Enfermeira Chefe, nove assistentes operacionais, a Irmã responsável, monitora de ocupação, dois médicos psiquiatras, um médico neurologista que assegura as consultas de clínica geral, duas psicólogas, uma assistente social, duas fisioterapeutas, um professor de Educação Física, uma terapeuta ocupacional, uma educadora social e um assistente Espiritual. Esta equipa visa proporcionar o bem-estar das utentes, procurando a promoção da saúde, assim como tratamento da doença mental e a reabilitação psicossocial. Não descorando uma visão holística da pessoa, respeitando as necessidades individuais.

Tive também possibilidade de realizar um turno mais dedicado à gestão da unidade, acompanhando o exercício da Enfermeira Chefe. Após a conclusão do seu estudo,

Fradique e Mendes (2013) constataram os enfermeiros são os agentes que diretamente influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Os resultados desta investigação mostram que essa qualidade depende de forma significativa do líder e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos. Pude identificar que os diversos processos de gestão tanto de pessoal como de recursos físicos, ambientais, organizacionais têm influência significativa na qualidade dos serviços prestados. Verifiquei a necessidade de articulação com outras entidades, de modo a serem prestados cuidados de saúde globais, atendendo à pessoa portadora de doença mental de uma forma holística, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e diferenciados.

1.3 Módulo III – Unidade de Reabilitação

Conforme o decreto-lei nº8/2010 de 28 de Janeiro, a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por: unidades de convalescença, residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Estas respostas comunitárias estão devidamente caracterizadas na Portaria n.º 149/2011 de 08 de Abril.

De acordo com o decreto-lei supracitado, Reabilitação Psicossocial é definida como o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade. A OMS (2001) defende que os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração. A reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental com base na comunidade. Portanto, realizei este último módulo de estágio numa unidade de reabilitação com o intuito de conhecer as principais necessidades e dificuldades das pessoas com doença mental que vivenciam esse processo de reabilitação psicossocial e desenvolver as minhas

competências na área visando a promoção da autonomia, melhoria da qualidade de vida e integração na comunidade.

Eu desconhecia totalmente a realidade da unidade de reabilitação, pelo que este módulo suscitava-me muita curiosidade e expectativa mas também alguns receios, sobretudo após ter sido alvo de enfoque no contexto teórico do curso.

O Serviço de Reabilitação da CSBJ, que engloba o projeto CASA foi o escolhido para o desenvolvimento do estágio do módulo III. Este é constituído por uma UVP e 3 unidades UVA. Este projeto supracitado visa potenciar a autonomia de pessoas portadoras de doença mental e pretende uma mudança (apoiada) de contexto social. As pessoas que ingressam neste serviço transitam, geralmente, das unidades de médio e longo internamento da CSBJ, maioritariamente da USJ, onde realizei o anterior módulo de estágio. Na maioria, apresentam como diagnóstico clínico mais frequente o de psicose esquizofrénica, em fase estabilizada, cuja capacidade mental após o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais permite perspetivar uma reinserção socioprofissional.

A UVP, residência intermédia de treino, tem como objetivo central preparar para uma vida mais autónoma, habilitando as pessoas para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos. Esta unidade está sediada dentro do espaço físico que engloba a instituição CSBJ.

A UVA é uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral. As mesmas favorecem, para estes fins, o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais. Os três apartamentos que constituem esta unidade do Serviço de Reabilitação da CSBJ localizam-se na comunidade.

Para atingir estes objetivos, as pessoas que se inserem neste espaço desenvolvem conhecimentos, capacidades e competências relativas ao nível da higiene pessoal; tratamento da roupa; arrumo da residência incluindo limpeza e organização do espaço; preparação das refeições; compras, economia doméstica e gestão de dinheiro; gestão do regime terapêutico; saúde e segurança; gestão do tempo; utilização de recursos de suporte social e treino de habilidades sociais com vista a socialização. Assim sendo, o EESM assume um papel de relevante pertinência neste contexto podendo contribuir para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, fomentando a sua máxima

autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

A pessoa inserida nestas unidades são acompanhadas diariamente por uma equipa multidisciplinar que direcionam todos os conhecimentos técnicos e recursos existentes no sentido de conjuntamente com esta promover todo o processo de reabilitação e reinserção social.

2. Competências adquiridas e desenvolvidas

A concepção de um projeto de estágio, preconizado pelo plano de estudos, foi deveras importante para o desenrolar do estágio. Segundo Barbier (1993), um projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato. Assim sendo, para a elaboração de um projeto é necessário ter em consideração distintas dimensões que permitam identificar necessidades e consequentemente intervenções de modo a conseguir colmatá-las, originando uma mudança da situação atual. O projeto de estágio visou assim servir de instrumento orientador para a condução das minhas intervenções no decorrer do estágio. Teve ainda como intuito delinear e organizar as minhas áreas de atuação, em função da tipologia das intervenções de Enfermagem e os projetos em curso da unidade onde decorre o estágio. Articulando também com as competências dos EESM, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Este possibilitou assim o desenvolvimento das minhas competências como EESM e consequentemente um crescimento pessoal e profissional.

Serrano, Costa e Costa (2011) defendem que a resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações), sendo que a enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Com a realização do estágio, tinha como principal objetivo desenvolver competências na prestação de cuidados de EESM, de modo a mobilizar e aplicar conhecimentos adquiridos na componente teórica para assim realizar intervenções de Enfermagem de qualidade, respondendo às necessidades da pessoa com doença mental ao longo do seu ciclo vital,

mobilizando o seu contexto e dinâmica individual, familiar ou comunitário para assim melhorar e recuperar a saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Assim sendo, o papel desempenhado pelo enfermeiro nesta questão é fundamental e mais precisamente, o EESM assume um de maior relevo e importância de forma a dar resposta a necessidades existentes nesta área. Pois, segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2011), este deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

Ainda segundo este mesmo documento, as competências específicas do EESM são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Na elaboração deste relatório, optei por organizar este segundo capítulo seguindo as competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, procedendo à análise pessoal crítico - reflexiva sobre a consecução dos objetivos específicos e as atividades implementadas.

2.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESM (2011), o EESM para além da mobilização de si mesmo como um instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Deve portanto, deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Constatado que o estágio contribuiu para o meu crescimento pessoal e desenvolvimento pessoal e profissional.

- **Conhece a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio**

De modo a facilitar o processo de integração nas equipas multidisciplinares e a comunicação com os diferentes membros das equipas e conseqüentemente o meu desempenho, aquisição e desenvolvimento de competências, tornou-se essencial conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio. Neste sentido, foi elaborado no projeto de estágio, o objetivo de conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio. Este foi alcançado nas primeiras semanas de cada estágio, de forma gradual, conforme definido no cronograma do projeto de estágio. Os enfermeiros tutores disponibilizaram-me informação e documentos relativos às unidades, tais como, o manual de integração, o relatório de atividades referente ao ano de 2013, folhas de registos, modelos e impresso em vigor, entre outros. Foram esclarecendo as minhas dúvidas e fornecendo informações fulcrais sobre a organização e funcionamento das unidades, mas também quanto à estrutura física, realizando visita da unidade, e recursos humanos e materiais existentes de modo a agilizar a minha

compreensão da organização e funcionamento do serviço. Para o alcance deste objetivo também contribuíram as equipas multidisciplinares que me acolheram da melhor forma, demonstrando sempre disponibilidade, atenção e colaboração com o meu processo.

Concluo que a concretização deste objetivo proporcionou conhecer de uma forma mais profunda os locais de estágio, o que permitiu integrar-me inteiramente nas unidades de modo a minimizar dificuldades que podiam condicionar o desempenho das minhas funções e qualidade dos meus cuidados prestados, assim como facilitar a concretização dos restantes objetivos planeados.

- **Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções**

As indicações e orientações dos enfermeiros tutores de cada módulo de estágio foram relevantes para o meu processo formativo. Lançaram desafios e proporcionaram momentos e experiências enriquecedoras e muito contributivos. O estágio possibilitou-me assim desenvolver as minhas capacidades adaptativas a situações e necessidades imprevistas que foram ocorrendo, fomentando assim a minha flexibilidade e a criatividade para dar resposta às exigências que constituem o quotidiano do campo de ação do EESM. Para isso, foi necessário aprofundar e mobilizar competências científicas e técnicas, recorrendo à evidência de modo prestar cuidados especializados de qualidade que visem satisfazer as necessidades dos clientes, assim como desenvolver capacidade de resolução de problemas em situações de crise, muitas vezes complexas. Penso ter alcançado uma maior sensibilidade na observação de comportamentos derivados aos estados de crise.

Constatei que, conforme Takaki e Sant'Ana (2004) afirmam, a enfermagem é conceituada como a arte de cuidar. Neste sentido, a empatia é uma habilidade essencial do cuidar, constitui-se um componente fundamental do tratamento dispensado ao cliente. O conhecimento científico e a habilidade técnica do profissional enfermeiro são importantes, mas de pouco adiantará se este mesmo profissional não apresentar um bom relacionamento interpessoal, empatia e assertividade. É necessário que a Enfermagem encontre o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico. Nesse sentido, senti necessidade de adotar diferentes estratégias e habilidades de modo a permitir a construção de uma relação terapêutica. Gomes, Amendoeira e Martins (2012) consideram importante que o enfermeiro desenvolva competências comunicacionais eficazes e explore

a sua capacidade de escuta ativa. O estabelecimento de uma boa relação contribui para uma relação terapêutica eficaz, assim como na obtenção de informação necessária para a identificação das reais necessidades da doente e conseqüentemente, desenvolver um plano de cuidados adequado a sua situação. Procurei, então, desenvolver as minhas competências relacionais, assim como estabelecer uma relação empática com as utentes. Kantorski, Pinho e Schrank (2003) enfatizam que o enfermeiro é um elemento vivo na totalidade do processo saúde-doença, pode dispor do relacionamento terapêutico como tecnologia de cuidado em saúde mental. Não se deve descorar que cada indivíduo é único, com necessidades específicas e expectativas diferentes, devendo-se personalizar os cuidados e nunca recorrer a uma comunicação estereotipada.

- **Reflete sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria para fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional**

Também tinha delineado como objetivo de estágio refletir sobre os cuidados de Enfermagem prestados no âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria. Para o concretizar, considero ter sido essencial a realização dos portefólios respetivos a cada módulo, as reuniões tutoriais com o Professor Doutor Luís Sá, momentos partilhados com os diferentes enfermeiros tutores, assim como as reflexões críticas que permitiram desenvolver a minha capacidade de análise e autoanálise. Mas também, fomentar o meu pensamento crítico e reflexivo acerca das experiências proporcionadas e realizadas durante o estágio de modo a melhorar a minha capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Foi fulcral realizar pesquisas bibliográficas de modo a fundamentar teoricamente as minhas intervenções e atividades realizadas. Só refletindo sobre as práticas se consegue melhorar o desempenho, garantindo assim uma tomada de decisão mais consciente, respeitando princípios éticos e morais, assim como a decisão da equipa, sem descorar a parceria com a pessoa portadora de doença mental, integrada na família, grupos e comunidade.

Ao longo do estágio, fui confrontada com situações em que divergiram valores e crenças. Compreendi que estes são multidimensionais e individuais e que devem ser respeitados.

Promoveram momentos de aprendizagem e após análise reflexiva permitiram alargar os meus próprios horizontes.

Também tive oportunidade de refletir relativamente ao *stress* a que os enfermeiros da USJ estão sujeitos no quotidiano. Segundo Costa e Lima (2003), a prática do enfermeiro com o portador de transtorno mental inserida no contexto do hospital psiquiátrico, reúne uma complexa trama de situações stressantes relacionadas à assistência direta ao paciente e a processos de organização do trabalho que contribuem para a ocorrência de *stress*. Sugerem ainda uma importância fundamental à utilização de estratégias para o enfermeiros enfrentarem o *stress* nos seus procedimentos, nomeadamente estratégias de *coping* focalizadas no problema e/ou na emoção.

- **Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade**

Enquanto futura EESM tenho plena noção que devo procurar a excelência do exercício da minha profissão, analisando regularmente o meu trabalho efetuado e procurar manter uma atualização contínua. As minhas lacunas são imensas face a vastidão de conhecimentos que um EESM deve possuir. Nesse sentido, considero importante procurar aprender sempre mais, tornando as experiências momentos de aprendizagem, quer pessoal quer profissional, fundamentando e sustentando a minha prática baseada na evidência. Tornou-se necessário a consulta de conhecimento válido para fundamentar as minhas intervenções, nomeadamente, com a leitura e análise de artigos disponíveis em Bases de Dados Científicos. Conforme indicado no Regulamento das Competências do EESM, o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Assim sendo, tive oportunidade de participar no Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental, no dia 18 junho de 2014 e o seu V Congresso Internacional, nos dias 19 e 20 de junho do mesmo ano, sobre os Consensos em Saúde Mental, ambos no Auditório do Hospital de Braga, da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM). Considero a minha participação nestes eventos pertinente e relevante para o

meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Durante o congresso, tive ainda oportunidade de participar no Programa de comunicações orais, com uma comunicação - A terapia de reminiscência: Intervenção terapêutica na pessoa com demência, em que sou co-autora. Também o submeti, sob a forma de artigo, para publicação na Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental - Número Especial 2. Esta experiência revelou-se formativa e gratificante. Resultou de um trabalho realizado no âmbito das unidades curriculares Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, inseridas também no segundo semestre do MEESMP, sob orientação de Professores do Curso de Mestrado. Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura, norteada pela seguinte questão: a técnica de reminiscência enquanto intervenção terapêutica tem benefícios na pessoa com demência? Dos artigos identificados na base de dados B-on, em março 2014, com os descritores — *dementia* e — *reminiscence* e seguindo os critérios de inclusão: artigos científicos com resumos disponíveis em inglês, português ou espanhol; textos disponíveis na íntegra on-line; amostras de pessoas idosas com demência sujeitas à TR e de exclusão artigos publicados antes de 2007, foram selecionados sete estudos de investigação, uma meta-análise e uma revisão sistemática. Concluímos que esta técnica evidencia ser uma intervenção terapêutica com benefícios para a pessoa com demência, tais como na cognição, qualidade de vida, humor, capacidades para as atividades de vida diária, integridade do ego, bem-estar e autoestima. Neste processo de transição vivenciado pelo idoso, assim como pelo seu cuidador, o enfermeiro é um profissional privilegiado para dar resposta adequada às necessidades destes. Sendo assim, esta técnica torna-se um alvo que merece a devida atenção por parte do enfermeiro. Contudo esta intervenção carece de uma forte base de evidências, tornando-se imperativo a realização de mais estudos com maior consistência sobre a temática, nomeadamente em Portugal, visto a maioria deles ser de origem oriental. Considero esta temática muito pertinente, como refere a OMS (2013), com apoio adequado, muitos idosos com demência podem e devem continuar a participar e contribuir para a sociedade, assim como desfrutar de uma boa qualidade de vida e é neste sentido que está enquadrado o GIS. Inclusive, a Ordem dos Enfermeiros (2010) defende que tendo em conta a complexidade que reveste a situação da pessoa com demência, assim como dos seus familiares, o profissional mais capacitado para dar resposta adequada às necessidades destes é o EESM, pois revela capacidade de diagnóstico e de intervenção de acordo com as necessidades identificadas.

Tive ainda a possibilidade de participar no I Encontro Nacional de Grupos de Auto-representantes do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que ocorreu na CSBJ, entre os dias 6 e 7 de Outubro de 2014 – Hospitalidade a chave que as portas ao empowerment. O Grupo de Auto-representantes é constituído por pessoas com experiência de vida relacionada com diagnóstico de doença mental para pessoas com experiência de doença mental, tendo por missão a representação e a promoção dos interesses dos seus membros enquanto utentes dos serviços da CSBJ, valorizando a sua integração social. O grupo é constituído por utentes das diferentes valências da CSBJ, assim como profissionais da Instituição, que assumam um papel facilitador. Os objetivos do grupo são diversos, nomeadamente, representar globalmente as pessoas assistidas e defender os seus interesses e contribuir para a consciencialização do seu processo de recuperação (*recovery*). A troca de experiências dos diversos grupos constituiu um momento enriquecedor, assim como o resto do programa, permitindo-me compreender o conceito de *recovery*, que emergiu como um novo paradigma na saúde mental e como uma visão orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental. A melhor forma de compreender o *recovery* é partir das narrativas das pessoas com experiência de doença mental e das suas experiências vividas e pessoais de *recovery* (Duarte, 2007). Inclusive, emocionei-me com os testemunhos de várias utentes da CSBJ que relataram a experiência do seu processo, terminando por agradecer à Instituição e equipa multidisciplinar, que consideram a primeira como a sua casa e a segunda uma família. Este momento motivou o meu desempenho ao longo do estágio, verificando que o EESM devido a sua especificidade desempenha um papel importante ao ajudar a pessoa doente e família a adequarem as respostas face aos problemas da doença mental e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

No âmbito das comemorações do dia Mundial da Saúde Mental, a ASPESM organizou, no dia 10 de Outubro, pelas 21 horas na FNAC do Braga Parque, uma tertúlia intitulada: “A Pessoa com Esquizofrenia: Relações e Contextos”. A ASPESM pretendia com essa tertúlia sensibilizar a população para os fatores envolvidos na reabilitação das pessoas com esquizofrenia e debater estratégias de promoção de bem-estar e funcionamento global. Primeiramente, considero ter sido muito importante a escolha do local da tertúlia, um espaço na comunidade de fácil e livre acesso. Deste modo, pondero que este evento contribuiu para desmistificar a doença mental e combater o estigma ainda existente associado à esta, quer relacionado com a pessoa portadora da patologia, os seus familiares,

assim como os profissionais de saúde. Loureiro, Dias & Aragão (2008) concluem que as medidas com intuito de promoção de saúde mental devem situar-se também no modo como a sociedade interage com os doentes mentais. Oliveira, Carolino & Paiva (2012) referem que as abordagens educativas, sustentadas em factos e baseadas na evidência, contribuem para promover a literacia em saúde mental, potenciando a reflexão e mudança de atitudes. Estas são as condições essenciais à desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais, mas também, ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco e sinais relacionados com determinadas perturbações mentais. Além disso, a participação de todos os elementos da mesa foi muito enriquecedora. Tratando – se de profissionais multidisciplinares, as suas participações contribuíram para uma visão global e multifacetada do tema ao partilharem experiências e conhecimentos que permitiram alargar os meus horizontes e aprofundar conhecimentos relativos à este, ampliando a minha visão sobre o conceito de *recovery*.

Em suma, com a realização de estágio, senti um crescimento pessoal e profissional, progredindo assim na tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional).

2.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Durante esta jornada, procurei proceder à recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes. Procurei assistir às passagens de turno, onde os enfermeiros transmitem toda a informação necessária e pertinente de modo a garantir a continuidade de cuidados, permitindo-me recolher informação relevante para a compreensão dos fenómenos, necessidades e comportamentos das utentes, para além da sintomatologia da doença com vista a planear e implementar as minhas intervenções para a otimização da saúde mental.

- **Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.**

De modo a desenvolver capacidades deste cariz, foram necessários momentos de interação que fomentaram a compreensão do doente, das suas dinâmicas familiares, assim como das relações com a comunidade, permitindo melhorar a minha ação, nomeadamente na identificação de agentes protectores e desencadeantes de crise e posteriormente estratégias para lidar com ela. O primeiro contacto é crucial pois pode condicionar a relação e o modo como somos percebidos. A avaliação inicial proporciona um momento singular para o estabelecimento de uma boa relação com o doente. Assim procurei desenvolver competências na técnica de entrevista. Inquirir a pessoa como gosta de ser chamado e tratar pelo nome, contribui para que se sinta único.

As visitas domiciliárias, que vivenciei durante o estágio do módulo I, foram sempre realizadas por dois técnicos, o que considero facilitar a realização destas, designadamente no estabelecimento da relação terapêutica e condução da visita. A equipa é, na maior parte das vezes, constituída por uma Enfermeira e uma Assistente Social, embora ocasionalmente também vá a Psicóloga, o que possibilita que os utentes e família obtenham respostas específicas em diferentes áreas, dependendo das suas necessidades e problemas. Constatei, por exemplo, que a maioria dos utentes carece de recursos económico-sociais, a vários níveis (habitação, alimentação, medicação,...) sendo o papel da Assistente Social muito importante nesta área, ao conseguir nomeadamente apoios sociais ou sinergia entre instituições. Por sua vez, o enfermeiro desempenha um papel fulcral, nomeadamente, na avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente.

O contexto domiciliário difere em vários aspetos do contexto de internamento, o qual eu conheço e desenvolvo a minha prática profissional. Neste último, existe maior controle nos fatores condicionantes. No contexto domiciliário estes não são controláveis. A intervenção no domicílio envolve e aproxima o enfermeiro do contexto. Este deve contribuir na articulação entre a pessoa, família e recursos da comunidade. Pode constatar que a intervenção no domicílio exige do enfermeiro a compreensão que a pessoa está inserida num contexto familiar e social e que não pode ser isolada deste. O domicílio representa o espaço privado da sua vida. Assim, enquanto profissionais, devemos estar conscientes da

existência destes campos e das ténues barreiras entre eles. Deve também compreender e respeitar o seu domicílio pois é uma referência daquela pessoa/família.

Durante o módulo II, a maioria das senhoras com as quais contactei eram católicas praticantes e verifiquei que esse momento proporcionava-lhes tranquilidade e alegria. Constituindo um fator protetor de bem-estar e saúde mental. Constatando que é importante respeitar a opção religiosa de cada um e criar condições para que a possa exercer. Segundo Murakami e Campos (2012), a importância da relação entre a religião e saúde mental é reconhecida na teoria. Esta influencia positivamente o estado de saúde e constitui um determinante da vida humana, sendo que geralmente tem uma associação positiva com boa saúde mental, promovendo a qualidade de vida.

- **Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.**

Segundo Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000), a comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura. Assim, a comunicação é um dos instrumentos que deve ser utilizado pela EESM, a fim de ampliar sua capacidade de perceber as mensagens implícitas ou explícitas, que permeiam a relação enfermeira-paciente e são fundamentais para a assistência de Enfermagem. Verifiquei que a comunicação é muito importante, na medida que pode constranger a interação e o estabelecimento de relação terapêutica. Foi necessário desenvolver estratégias e competências comunicacionais e mobilizá-las. Foi fulcral ter em atenção as palavras utilizadas, procurando pronunciá-las claramente e de preferência frases simples e concretas. Mas também verifiquei que a linguagem não-verbal é muito importante na comunicação, tais como a postura, expressão facial e os movimentos corporais. As pessoas portadora de doença mental com as quais contactei demonstraram muita atenção a linguagem corporal e ao tempo despendido para com elas. Verifiquei que a pessoa valoriza o facto de se lhe dedicar atenção e tempo. Está atenta às nossas expressões, às palavras citadas e ao modo como são expressas. A relação comporta não somente a dimensão verbal mas também as não verbais, sendo que o próprio silêncio é por vezes importante. Procurei desenvolver a minha capacidade de escuta e conclui que cada pessoa precisa de determinado tempo para se expressar, o qual deve ser

respeitado. É também importante ser preciso e usar uma linguagem adequada de modo a ser devidamente compreendido e não gerar dúvidas ou confusões e respeitar as questões éticas, como o sigilo, confidencialidade e consentimento informado. A nossa postura corporal também é observada. A pessoa denota logo se estamos ansiosos, nervosos ou apressados, condicionando o sentimento de confiança em nós depositados. Constatei que devo demonstrar confiança e segurança na realização das minhas intervenções para que a pessoa não sinta desconfiança relativamente às minhas competências.

Pude observar, compreender e analisar as reais necessidades das pessoas portadoras de doença mental, famílias e/ou prestadores de cuidados, em contexto domiciliário, sendo necessário uma correta identificação de necessidades para o planeamento de intervenções adequadas visando a obtenção de ganhos em saúde. Verifiquei que é necessário atender a diversos fatores, tais como os recursos económicos, sociais e humanos. Mas também às capacidades internas da pessoa. A adesão ao regime terapêutico pode estar comprometida pela situação económico-social do agregado familiar, pela falta de informação sobre a patologia ou crenças falsas relacionadas com a terapêutica. Ao refletirmos, por exemplo, neste foco, tomamos consciência da real importância que o EESM assume no processo de reabilitação psicossocial não só para a pessoa que acompanha mas também para os seus cuidadores. Este deve procurar avaliar o impacto que o problema de doença mental tem na autonomia e funcionalidade da pessoa e consequentemente na qualidade de vida e bem-estar.

Como já referi anteriormente, a maioria dos utentes carece de recursos económicos, o que constitui um fator de risco para possíveis recaídas, mas também de retaguarda familiar e social. Muitos isolam-se, sendo que em alguns casos, as visitas da equipa são um dos únicos contactos e visitas que os utentes recebem. Devemos desempenhar um papel ativo no combate ao estigma associado à doença mental, procurando envolver a sociedade nesta luta, procurando dotar as pessoas de informações corretas sobre as patologias, formas de lidar, tratamento e prevenção. Pude verificar que a equipa da UMADIC desenvolve um papel muito significativo em dotar a pessoa, família e cuidadores de conhecimentos e estratégias em lidar com a doença, pois apresentam muitas dificuldades. Denotei confiança dos utentes na equipa, resultado de muita dedicação, empenho, trabalho e acompanhamento que a equipa já faz em alguns casos há cerca de 4 anos, sendo a relação terapêutica existente extremamente importante para o sucesso das intervenções planeadas.

- **Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.**

Na atualidade dos cuidados em Saúde Mental, conceitos como *Recovery* e *Empowerment* são cada vez mais comuns no tratamento e recuperação de doentes com problemas de saúde mental. A colocação em prática destes conceitos leva a uma maior tomada de consciência, por parte das pessoas, da sua situação e leva a uma maior exigência em termos de cuidado e atenção. Conceitos que eu própria tive de assimilar.

Procurei, por exemplo durante o módulo II, dotar as pessoas com doença mental de estratégias que lhes permitissem gerir situações que lhe causassem *stress*, fomentando a adoção de comportamentos assertivos e estratégias de *coping*, assim como a adesão ao regime terapêutico e a informação de modo à possibilitar a compreensão da doença mas também da hipótese da ocorrência de descompensação ou recaída.

Às quartas de manhã, as atividades realizadas na sala polivalente da Unidade Sócio-Ocupacional do GIS são dinamizadas pelo Enfermeiro. Neste sentido, tive oportunidade de realizar dinâmicas de grupo e realizar sessões de Educação para a Saúde, com vista à promover o empoderamento da pessoa com doença mental. O tema destes últimos era sempre escolhido pelos participantes de acordo com as suas necessidades, problemas e inquietações pessoais. Tive oportunidade de colaborar com a minha Tutora na aplicação do *Mini Nutritional Assessment*. Assim este instrumento permitiu-me conhecer o peso e IMC dos clientes e realizar uma avaliação global da sua alimentação. Também observei as refeições que os clientes do GIS realizavam. Assim, verifiquei que por exemplo, os lanches que faziam era sobretudo constituído por bolos e doces, sendo que ao almoço poucos incluíam legumes. Também tive oportunidade de verificar que raramente bebiam água durante a maior parte do dia que estavam no GIS, optando às refeições por sumo. Assim, considerei relevante implementar duas sessões centradas sobre a importância da ingestão de água e de uma alimentação saudável. Embora todos os participantes no final das sessões terem referido que compreendiam a importância da gestão hídrica e de uma alimentação saudável, penso que seria necessário uma intervenção mais profunda e contínua para a obtenção de resultados positivos, concretos e visíveis. As outras duas sessões foram centradas em duas patologias que lhe suscitavam dúvidas e às quais apresentavam falsas ideias, sendo que grande parte do grupo eram portadores: hipertensão arterial e esquizofrenia. As sessões contribuíram assim para estimular a capacidade de concentração,

sensibilizar os utentes para a temática, reforçar a relação terapêutica e informar e instruir sobre as patologias, promovendo a aquisição de conhecimentos. As sessões decorreram como previsto. Verifiquei que os temas suscitaram muito interesse, sendo que os participantes demonstraram-se muito participativos. Mais uma vez, destaco a importância de atividades deste cariz e a necessidade de reforço a longo prazo.

Também tive oportunidade de colaborar, durante o módulo I, no planeamento e implementação de um Workshop de Primeiros Socorros, dando resposta a uma solicitação feita pelo grupo dos auto-representantes do GIS. Foi desenvolvido semanalmente ao longo de quatro semanas, sendo a duração de cada sessão de 2 horas. Estas experiências permitiram-me desenvolver capacidades comunicacionais e relacionais. Foi muito interessante e motivante constatar o interesse e empenho dos participantes na aquisição de conhecimentos, mas sobretudo na realização das práticas. Demonstram muita curiosidade e realizam muitas questões, ocasionalmente inadequadas, o que me obrigava a desenvolver estratégias de modo a resolver a situação.

No terceiro módulo, tive possibilidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, integrando o projeto que têm dinamizado intitulado Cuidar em Psiquiatria: Educar e Promover a Saúde. Este visa promover a adoção de estilos de vida saudáveis, promovendo a saúde, prevenindo complicações e sobretudo capacitando a pessoa com doença mental para o seu projeto individual de saúde. Neste sentido, desenvolvi com as utentes da UVA, umas sessões com vista a promover a adesão do regime terapêutico e capacidade para gestão deste de modo a responder às necessidades identificadas na área que as utentes apresentam. No fim das sessões, comparando os resultados iniciais com os finais, comprovei que houve um incremento de respostas certas aquando aplicação do instrumento de avaliação diagnóstica. Senti uma grande satisfação por ter tido a oportunidade de contribuir na capacitação da pessoa com doença mental e otimização dos seus recursos.

2.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Durante o estágio, procurei desenvolver competências no processo de diagnóstico que exige integração e interpretação de dados, diagnóstico diferencial e pensamento crítico

para assim prescrever cuidados baseados na evidência que fomentem a promoção e proteção da saúde mental, prevenção da doença mental e minimização do desenvolvimento de complicações, focando nas respostas do cliente a problemas de saúde, quer sejam reais ou potenciais.

- **Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade**

Ao longo deste estágio, pude constatar que embora as pessoas sejam portadoras da mesma patologia, cada uma a vivencia à sua maneira. Cada uma tem um projeto de saúde individual próprio e interpreta e confere significado diferente às suas experiências, alterações e transições vivenciadas. Nesse sentido, senti necessidade de adotar diferentes estratégias e habilidades de modo a permitir a construção de uma relação terapêutica, assim como identificar agentes stressores e estratégias para lidar na situação. Martins (2004) afirma que não parece possível separar a análise das situações indutoras de *stress* das experiências de *stress*, das estratégias de *coping* e das consequências das mesmas, pela sua importância no ambiente de trabalho e sua relação com a saúde mental dos indivíduos. Isto, porque as circunstâncias indutoras de *stress* devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos.

Pude verificar, pelos diversos contextos pelos quais estagiei, que o foco da adesão ao regime terapêutico é um alvo de intervenção das diversas equipas. Embora a maioria não apresentava comprometimento desta, devido já há um trabalho longo das equipas, era necessário sempre vigilância, reforço, motivação e ocasionalmente confrontar os utentes aquando suspeita de manipulação de doses ou falta. As equipas ainda tinham como preocupação a motivação para a adesão às consultas, sendo necessário casualmente acompanhar os utentes de modo a garantir a sua ida.

Oliveira e Miranda (2000) referem que a vivência do doente mental no contexto de uma instituição psiquiátrica compreende diversos aspetos como solidão, abandono, dúvidas, insegurança, a perda da autoestima, mas, principalmente, o medo de ser louco, estigmatizado e rotulado como um indivíduo incapaz e a dor de estar louco, tendo que vivenciar o quotidiano de enfermarias, remédios e a indiferença aos seus desejos enquanto pessoa. Estes sentimentos podem ser minimizados ou acentuados pela participação da

família e grupos sociais dos quais faz parte, como também através da atuação da equipe de saúde mental, que o assiste diariamente. Um aspeto muito relevante que identifiquei foi o envolvimento da família no processo de recuperação. Sabe – se hoje que a doença mental tem repercussões na pessoa que a vivencia, assim como na sua família. Durante este estágio também verifiquei que, frequentemente, na família existe mais do que um elemento portador de doença mental, demandando da equipa maior disponibilidade, empenho e atenção, pois na maioria, tratava-se de questões complexas, às quais os ganhos obtidos não eram imediatos, mas sim a médio e longo prazo. Na USJ e unidade de reabilitação, as visitas e idas à casa com familiares são permitidas, inclusive incentivadas e verificam-se com frequência, sobretudo em datas especiais às quais as utentes atribuem especial relevância e preferência em ir à casa. Por exemplo, existem senhoras que vão semanalmente à casa. É entregue ao familiar ou à utente, conforme demonstre gestão do regime terapêutico comprometido ou não, a terapêutica para os dias necessários, organizado e preparada previamente, conforme as tomas diárias, após ter-lhe sido instruído e ensinado sobre a gestão deste. Existe assim uma articulação ativa entre a família e a equipa. Frequentemente, os familiares e equipa estabelecem contato telefónico, estando a pessoa com doença mental no centro.

Mello e Shneider (2011) referem que é possível perceber o internamento como espaço potencializador, já que as unidades de internamento reúnem diferentes profissionais, família e indivíduo em crise. Essa condição mobiliza a todos intensamente, proporcionando aos envolvidos a oportunidade de pensar a crise e as suas repercussões na realização de um plano terapêutico. Tais medidas buscam singularidade, autonomia do indivíduo que está internado e de seus familiares para a continuidade do tratamento extra-hospitalar, bem como a retomada de sua rotina. É importante ter presente que trazer a família para o centro dos cuidados é um desafio para si mas também para a família. Isto porque lhe reconhece o papel importante que desempenha no equilíbrio do seu familiar reconhecendo, simultaneamente, que ela própria pode precisar de ajuda nas fases mais complexas do seu desenvolvimento e nos processos de transição saúde /doença. No entanto, por indicação médica, pode haver lugar à restrição de determinadas visitas e a suspensão destas por um período de tempo, caso seja benéfico para a pessoa.

- **Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente e família, com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.**

Um dos meus objetivos definidos para o estágio foi a realização de um estudo de caso de um utente acompanhado pela UMADIC. Considero que a realização deste fomentou a minha reflexão sobre o planeamento e conceção de cuidados, assim como a tomada de decisão, desenvolvendo capacidades cognitivas, críticas, reflexivas, mas também comunicacionais e relacionais, contribuindo na minha formação como enfermeira especialista. A metodologia utilizada para a execução do estudo de caso baseou-se no processo de enfermagem, através do qual a intervenção em contexto de domicílio foi realizada tendo como particular atenção a perspetiva global do utente. Compreendi a importância da monitorização e avaliação contínua, de modo a manter e aumentar as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade mas também de exclusão social. É assim importante saber lidar com a doença para assim ajudar a pessoa, família, prestador de cuidados a ultrapassarem dificuldades relacionadas com a mesma.

- **Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.**

Na CSBJ, resultado da colaboração entre equipa multidisciplinar e cliente, é desenvolvido um Plano Individual de Intervenção, onde são estabelecidos objetivos e subsequentes intervenções apropriadas, resultando do acordo entre o terapeuta de referência e o cliente. Deste modo, procura-se que usufrua dos serviços apropriados para a sua situação, melhorando o seu estado de saúde e por consequência a sua satisfação pessoal e qualidade de vida. Normalmente, os clientes são envolvidos em diversas atividades, conforme as suas capacidades, motivações, expectativas, potencialidades e preferências. Muitas estão, nomeadamente, incluídas no Projeto Trabalhar € Gratificar que foi criado em Setembro de 2013, na CSBJ, com o objetivo de fomentar atitudes promotoras do *empowerment*, reabilitação e autoestima, através do trabalho gratificado. Este procura recompensar o esforço do trabalho, através de uma gratificação atribuída mensalmente às pessoas

assistidas, constituindo uma atitude promotora do empowerment e recuperação, assim como um estímulo e motivação. Segundo a alínea h do artigo 5º da Lei nº 36/98 de 24 de Julho, o utente dos serviços de saúde mental tem o direito de receber justa gratificação pelas atividades e pelos serviços por ele prestados. Assim, para além de assegurar o cumprimento de um direito, tem-se revelado uma questão fundamental, uma vez que permite uma valorização pessoal e o desenvolvimento das suas competências pessoais, sociais e funcionais. A atribuição desta gratificação traduz-se num sentimento de utilidade que promove o reconhecimento de um direito da pessoa assistida. Pude portanto, colaborar no desempenho de funções de terapeuta de referência, elaborando e supervisionando os planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada e suas famílias.

Pude também verificar a importância do EESM em auditar a toma de medicamentos no internamento, assim como no domicílio, em especial nas situações de doença mental severa.

2.4 Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Após ter identificado necessidades, procurei planear as minhas intervenções e implementá-las de modo à ajudar o cliente a alcançar o seu estado de saúde mental próximo do que desejava, mas também a adaptar-se à situação de transição de saúde/doença vivida. Assim, procurei ajudar à fomentar e realizar as suas capacidades. Desenvolvi, nomeadamente, como objetivos de estágio implementar um programa de Estimulação Cognitiva (EC) à clientes da USJ e implementar um programa de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso às clientes da UVP.

- **Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental**

Segundo Santana (2011), a psicoeducação auxilia e encoraja a inclusão social, proporciona conhecimentos científicos sobre as condições psiquiátricas e seus tratamentos, fornece lugar para a troca dos conhecimentos adquiridos com as vivências de cada um e consequentemente contribui para momentos de maior introspeção ao abarcar também a complexidade e a subjetividade de ter que se conviver com o que é socialmente considerado uma desordem mental. Assim sendo, tem contributos benéficos para a pessoa, mas também para a família. Pois, fomenta a maior adesão ao tratamento proposto, conhecimento dos sintomas prodômicos da doença e das situações de crise, diminuição do stress e sobrecarga dos cuidadores, mas também do número de recaídas e reinternamentos. Em suma, promove capacidades em lidar com a doença mental.

Numa das últimas reuniões semanais, as clientes da UVP manifestaram interesse na área da sexualidade, apresentando falsos conceitos, mitos e crenças relativos à este tema. Procurei desenvolver e demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como a sexualidade. Planeei umas sessões relativas a importância do estabelecimento de relações com os seus pares, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, tendo facultado o material à equipa. Concretizando assim um dos critérios de avaliação desta unidade de competência.

Durante o estágio do módulo III, no contexto da UVP, identifiquei como diagnósticos de Enfermagem: adesão ao regime medicamentoso comprometido e capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida. Segundo Dias et al. (2011), na atualidade, uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as patologias agudas como as crónicas. Os doentes portadores de patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica. Estima-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes crónicos cumprem o tratamento acordado com o profissional de saúde, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. Sousa et al. (2011) apontam ainda que de um modo global, podemos dizer que as doenças crónicas são instáveis ao longo da sua evolução, podendo ter períodos de exacerbação ou remissão dos sintomas. Aliás, a mesma doença ao longo do ciclo vital pode ser percebida de diferente modo pelo mesmo indivíduo, levando-o a lidar com ela de formas diversas e, consequentemente, a aderir mais ou menos às indicações terapêuticas. Variáveis pessoais, familiares e sociais poderão influenciar a representação de doença, o tipo de *coping* e, por conseguinte, a adesão. Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros aponta, no Resumo Mínimo de Dados e Core de

Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, que o foco da adesão ao regime medicamentoso constitui um indicador de qualidade.

Recentemente, um programa de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso às utentes da UVP fora elaborado pela equipa. No entanto, ainda não surgira oportunidade de implementação. Assim sendo, este tornou-se assim um desafio que constituiu um momento basilar de aprendizagem. Para este fim, foram delineadas um total de 12 sessões que foram realizadas com periodicidade bissemanal durante o período de 2 meses, desenvolvidas em grupo. Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação. Este programa foi estruturado em 3 fases fundamentais.

A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procedeu à avaliação inicial através da aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades BELS, Gencat e Lawton e Brody. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação da escala de Medida de adesão ao Tratamento (MAT) e o questionário de crenças acerca dos fármacos (QCF). A MAT pretende medir especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação e a QCF avalia a crença das pessoas acerca dos medicamentos. Na Fase II, estão descritas sessões teóricas-práticas sobre a gestão eficaz da medicação (2.^a Sessão à 11.^a Sessão). Para todas as sessões foi definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma Grelha de Observação da Sessão, uma Grelha de Avaliação da Sessão e o Registo de Presenças. Por último, a Fase III foi centrada na avaliação final onde foi aplicado novamente os instrumentos de avaliação definidos com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção.

Este programa foi aplicado a uma amostra de 4 pessoas das 6 utentes integradas na UVP. Foi necessário ter em atenção o horário do agendamento das sessões. Foram sempre realizadas ao final do dia, de modo a não coincidir com nenhuma outra atividade existente. Apesar de isso, uma utente não conseguiu integrar o grupo e uma outra foi excluída por não respeitar um dos critérios de inclusão, a estabilização clínica. Sucintamente, quanto a caracterização da amostra, a média de idades é de cerca de 42 anos, a média de tempo de permanência na UVP é de 16 meses, a média das habilitações literárias é o 4.^o ano e o diagnóstico médico mais prevalente a Esquizofrenia.

Ao longo do programa, duas das utentes foram sempre assíduas no total das 12 sessões. A outra metade da amostra faltou apenas a uma sessão, sendo que uma teve uma consulta pelo que não pode comparecer e a outra estava de licença de ensaio. No geral, corresponde

a uma assiduidade de aproximadamente 96%. Considero este valor bastante positivo, que pode sugerir o sucesso da concretização deste programa. Para além de ter estabelecido um horário compatível com o das participantes, também procurei promover o interesse e motivação das participantes na execução de todas as sessões, assim como estabelecer uma boa relação terapêutica com todas. As sessões foram realizadas na instituição, sendo este um local familiar para assim facilitar o seu acesso e conseqüentemente a assiduidade. Mais concretamente, na sala de reuniões, o que conferiu ao programa um cariz mais formativo e um ambiente calmo, o que atraiu as utentes.

Após a concretização da implementação do programa, foram várias as conclusões a serem analisadas. Apesar do grupo na sua totalidade reconhecer a necessidade de cumprir o regime medicamentoso assim como a importância da toma correta, apresentam falsos conceitos, crenças enraizadas e mitos relativamente à terapêutica, que são necessários serem trabalhados e desmistificados. As sessões teóricas foram fulcrais neste sentido. No entanto, considero que é necessário uma intervenção à longo prazo, necessitando de reforços e *follow up*. Quanto a componente prática, as utentes apresentaram todas uma evolução coerente e positiva durante as sessões, sendo que 75% das participantes conseguiu no fim do programa preparar a medicação sem ajuda e 25% com ajuda parcial, sugerindo prolongar a duração do programa.

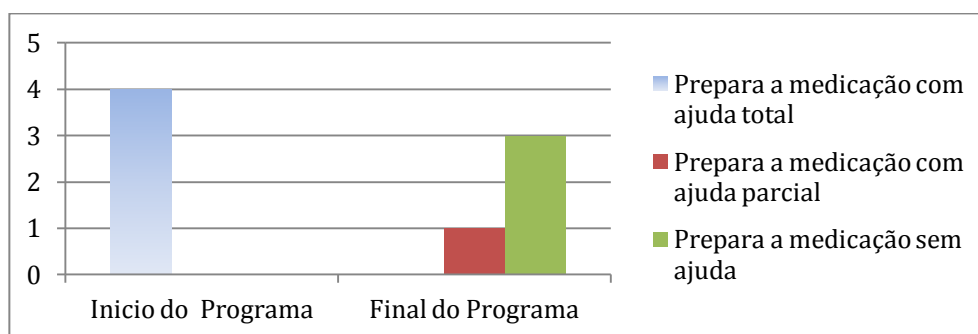


Gráfico 1 – Avaliação final da componente prática do programa

Para a análise dos dados obtidos no questionário MAT, foi considerado que o participante apresenta adesão ao tratamento medicamentoso quando obtém o valor maior ou igual a cinco e não adesão, valor menor que cinco. Neste sentido, verifiquei que no momento da avaliação inicial, 100% das utentes não aderiam ao regime medicamentoso prescrito. 75% referiu que por vezes já se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença, 50%

que com frequência alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos, 75% que com frequência alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor e 75% por fazes deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior.

Aquando a avaliação final, 100% da amostra afirmou nunca ter esquecido de tomar a medicação durante a duração do programa, sendo que 75% nunca foi descuidado com as horas.

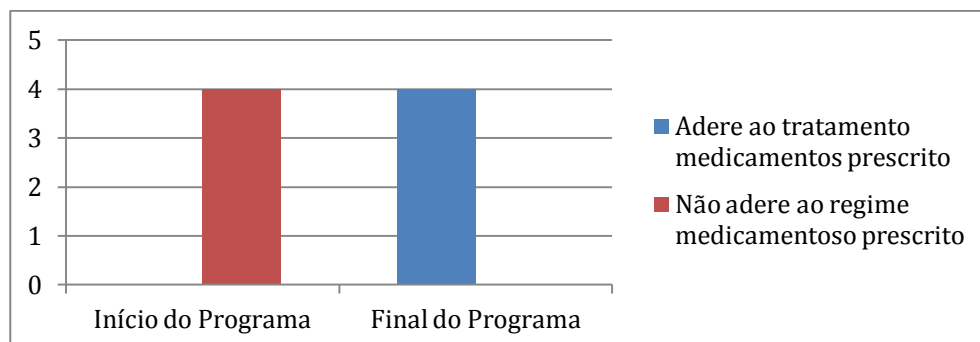


Gráfico 2 – Resultados da aplicação da MAT

Considero que a implementação deste programa constituiu uma experiência muito enriquecedora para a minha formação. As sessões de grupo constituíram momentos privilegiados de contacto com as utentes, facilitando a interação e reforçando o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. As trocas de experiências, sentimentos, medos e receios do grupo foram muito educativas. Permitiram-me compreender as dificuldades sentidas quanto a adesão ao regime terapêutico. Procurei, aquando a implementação do programa, proporcionar a satisfação das utentes, visto ser essencial na procura permanente da excelência no nosso exercício profissional, nomeadamente, respeitando as capacidades, crenças, valores e desejos. Visei também a procura constante da empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com este, empenhando-me com vista a minimizar o impacte negativo no cliente provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. Procurei também promover a adesão ao regime terapêutico de modo a prevenir complicações para a saúde mental das utentes, conforme aponta a Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem.

- **Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticas para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação**

Apóstolo *et al.* (2013) referem que os resultados de Woods *et al.* (2006) evidenciam que a participação em atividades de EC está associada a melhorias na qualidade de vida, em áreas funcionalmente relevantes, incluindo ganhos nas relações interpessoais, níveis de energia e habilidades para realizar tarefas. Mais ainda, as melhorias na pontuação de qualidade de vida foram mediadas pela melhoria da cognição. A EC é frequentemente discutida no envelhecimento normal, assim como na demência. Isso reflete uma visão geral que uma fraca estimulação cognitiva apressa o declínio cognitivo (Woods *et al.*, 2012). Como tal, a EC deve ser incluída nos programas de cuidados a pessoas idosas, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência. Adicionalmente, diferentes estudos evidenciam que a EC tem uma boa relação custo-benefício paralela à medicação, o que permite um impacto económico positivo (Apóstolo *et al.*, 2011). Um programa de EC consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, habitualmente realizados num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos. Estes programas visam capacitar os indivíduos e as famílias cuidadores para conviverem com as alterações cognitivas, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o quotidiano (Sousa e Sequeira, 2012).

Neste sentido, considereei pertinente implementar um programa de EC durante o meu estágio para assim fomentar o estabelecimento da relação terapêutica com as utentes, possibilitando colmatar necessidades, nomeadamente, focos tais como a cognição, isolamento social, atenção, memória, para assim proporcionar uma melhoria da auto-estima, bem-estar mas sobretudo da qualidade de vida, prevenindo incapacidades.

O programa de EC implementado foi estruturado em 10 sessões desenvolvidas ao longo de 5 semanas, ou seja, com uma frequência de duas sessões por semana. Cada sessão teve uma duração variada entre 20 a 45 minutos. Decorreram numa sala que proporcionou condições confortáveis para as participantes, silenciosa e bem iluminada.

Ao longo da implementação do programa, senti que é essencial possibilitar-lhes tempo necessário para processarem a informação, assim como dar feedback e recorrer à

validação. Procurei demonstrar atenção, interesse, promovendo uma escuta ativa. Percebi que a realização em grupo pode ser difícil, pois é necessário gerir a participação de todos os elementos. Uns são mais comunicativos e interagem de forma espontânea. Pelo contrário, foi necessário estimular e motivar a sua participação de outros elementos. Assim, seguindo a sugestão da equipa orientadora optei por realizar algumas sessões de modo individual, o que me permitiu trabalhar de forma mais específica e dirigida com a participante. Dedicando-lhe mais tempo e atenção, verifiquei que promovi o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais eficiente e incremento de capacidades individuais.

Antecedendo a implementação do programa, foi importante avaliar o perfil cognitivo da pessoa, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas. Desta forma, foi utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE) como instrumento de avaliação cognitiva e repetido no momento final. Este instrumento avalia áreas tais como: orientação, atenção e cálculo, retenção, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

A monitorização e avaliação de resultados foram da minha responsabilidade, com recurso à observação e utilização de instrumentos de avaliação tais como o MMSE e grelha de observação.

A taxa de execução das sessões do programa de EC planeadas foi de 100%. No entanto, na comparação dos resultados face a aplicação inicial e final do MMSE, esta não revelou diferenças significativas. De ressaltar que este foi desenvolvido num curto período de tempo, sem follow-up. Conforme Jesus, Sena, Meira, Gonçalves e Alvarez (2010), as ações são mais eficazes aos idosos quando realizadas de modo sistematizado e incorporadas à rotina da instituição, o que resulta também em benefício coletivo da Instituição.

Na avaliação final, solicitei o feedback das utentes relativamente ao programa. Na totalidade referiram que gostaram muito da experiência, apontando a importância de uma continuidade de estratégias de estimulação cognitiva. Demonstraram gratidão pelo tempo investido, concluindo que estabeleci uma relação terapêutica mais profunda com estas utentes. Verifiquei que ao longo do programa, a motivação para a participação nas sessões foi aumentando ao longo do tempo, assim como a interação e participação. As utentes foram interagindo de forma espontânea comigo assim como entre elas, tendo em conta que inicialmente era necessário motivá-las para isso.

Concluo que se trata de um programa cuja implementação é simples, sobretudo centrado na pessoa. Também é económico, na medida em que não exige recursos dispendiosos, sendo facilmente adaptado e implementado na unidade. Elaborei um manual de procedimentos utilizado e este foi fornecido à equipa multidisciplinar para que este programa possa ser novamente implementado, com as devidas alterações.

Como sugestão, apontaria um maior número de sessões, sendo mais produtivo um acompanhamento individual em algumas delas. Quanto ao número da amostra incluída no programa, este pode ser considerado um fator limitador ao diminuir a possibilidade de generalizações. O fator tempo também constituiu uma limitação. Como principal dificuldade, aponto a minha falta de experiência no planeamento, assim como implementação de um programa deste cariz, tendo sido necessário recorrer à pesquisa e leitura de vários artigos, livros e documentos.

Este programa fomentou a comunicação, socialização, aprendizagem de capacidades e conhecimentos, contribuindo assim para a promoção da saúde e conseqüentemente, na ajuda aos utentes para o alcance do máximo potencial de saúde. Aproveitei então esta oportunidade para promover o potencial dos clientes, forneci informação que penso ter contribuído para aprendizagem cognitiva, assim como desenvolvimento e manutenção de capacidades.

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

Delineei como objetivo de estágio integrar e colaborar com as equipas multidisciplinares na prestação de cuidados de EESM, colaborando com as equipas na promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental para fomentar a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do desenvolvimento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais, tendo desenvolvido e implementado, por exemplo, o programa de Treino de Gestão do regime medicamentos às utentes da UVP, mas também nas actividades implementadas no módulo I.

Constatei que o processo de reabilitação é bastante complexo, sendo este individual, gradativo e dinâmico e que assume uma área de atuação emergente nos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental. O EESM deve ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações derivadas da sua doença. Nomeadamente, ao fomentar a aquisição de competências e capacidades. No entanto, verifico que é fulcral sensibilizar a sociedade para esta temática. É preciso promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* das pessoas com doença mental, assim como da advocacia junto da sociedade. Mas para isso, é crucial a criação de redes de suporte social que prestem apoio às competências adquiridas e a desenvolver. Assim como, diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, quer desde logo na família, nos grupos de pares, na escola ou no emprego.

3. Conclusão

Este documento surgiu no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, após discussão pública.

Em retrospectiva, penso ter concretizado os objetivos iniciais aos quais me propus com a consecução deste trabalho. Procurei descrever, analisar e refletir sobre o percurso desenvolvido ao longo dos três módulos que compõe o estágio. Nomeadamente, sobre as experiências vivenciadas, concretização dos objetivos e intervenções delineados nos projetos de estágio. Mas também traduzir as competências desenvolvidas e adquiridas, enfatizando as competências específicas do EESM.

Iniciei o estágio pelo módulo I que decorreu no GIS da CSBJ, onde pude prestar apoio a pessoas portadoras de doença mental e famílias em contexto comunitário, possibilitando assim a intervenção na comunidade preconizada pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Pude experienciar o contexto de uma USO. Realizei também diversas visitas domiciliárias, integrando a equipa multidisciplinar que presta apoio domiciliário, que facilitaram a compreensão da pessoa portadora de doença mental que vive no seu domicílio. Pude verificar as repercussões para a saúde mental da dinâmica entre a pessoa, família e comunidade, a importância da análise destas mesmas, condições habitacionais, os recursos familiares, económicos e sociais disponibilizados a cada família e o impacto da doença na família. O EESM assume um papel muito importante neste contexto. A sua especificidade permite-lhe desenvolver intervenções terapêuticas que permitem ajudar a pessoa e família, integradas na comunidade, à promover e recuperar a saúde mental, assim como prevenir a doença mental. Mas também a reabilitação psicossocial e reinserção social. Penso que seja este o caminho a seguir. Para isso, é necessário o incremento do número de EESM a desenvolverem a sua prática neste contexto. Mas sobretudo, é fulcral que a sociedade e as entidades competentes reconheçam a importância desta tipologia de resposta, que deve ser para isso divulgada.

Na USJ, durante o módulo II, pude conhecer as principais necessidades e problemas das pessoas com doença mental que vivenciam situações de crise e desenvolver estratégias de intervenção. Compreendendo a importância da identificação de fatores promotores e protectores de saúde mental e fatores potencializadores de crise. Devido à sua especificidade, o EESM reveste-se de extrema relevância na capacitação da pessoa em fomentar estratégias de modo a lidar com a crise.

Finalmente no módulo III, no Serviço de Reabilitação da CSBJ, tive oportunidade de colaborar no processo de reabilitação e autonomização da pessoa com doença mental, visando melhorar as suas capacidades e ampliar o seu leque de conhecimentos para assim as tornar mais aptas a viver em sociedade.

Assim, o estágio contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de um leque diversificado de competências profissionais e pessoais, nomeadamente de saber-saber, ser, estar e fazer. Destaco que este percurso fomentou um crescimento pessoal e profissional e consequentemente realização à estes níveis. O meu exercício profissional, conforme referido anteriormente, desenvolve-se numa unidade de médio a longo internamento de psiquiatria. Assim, este percurso formativo permitiu-me fomentar uma nova forma de estar e posicionar, mas também uma atitude crítico-reflexiva contínua. Estou ciente que aprofundi o autoconhecimento, resultante da aquisição de conhecimentos aliado ao exercício contínuo de autoanálise ao longo do estágio.

Desenvolvi assim a competência de deter um elevado conhecimento e consciência de mim mesma enquanto pessoa e enfermeira, tendo concluído que emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. Esta é fulcral para o exercício de qualidade do EESM. Melhorei assim a técnica de comunicação, estando ciente que o enfermeiro é ele mesmo um instrumento terapêutico que deve assumir que a comunicação é um processo interativo que ultrapassa o conteúdo ao envolver sentimentos e emoções capazes de proporcionar atitudes de mudança. Assim sendo, também considerei relevante desenvolver competências ao nível da escuta ativa e assertividade.

Compreendo a importância de assistir a pessoa ao longo do seu ciclo de vida e a família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. Assim como, ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. Para isso, foi fundamental identificar os problemas, as necessidades específicas, fatores promotores e protectores do

bem-estar e saúde mental, assim como os predisponentes de perturbação mental. Mas também realizar uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família, de modo a avaliar o impacto que o problema tem na sua qualidade de vida e bem-estar. Consequentemente, elaborar diagnósticos em saúde mental e implementar planos de cuidados especializados, nomeadamente, com a realização do estudo de caso.

Também pude prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto e dinâmica individual, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Colaborei no projeto Cuidar em Psiquiatria: Educar e Promover a Saúde. Desenvolvi diversas atividades, nomeadamente, um workshop de primeiros socorros, um programa de EC com intuito de restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidades, mas também um de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso para fomentar a adesão ao tratamento e promover o *empowerment*. Tive assim de desenvolver competências de pesquisa bibliográfica e de análise. Também realizei outras dinâmicas de grupo, procurando desempenhar um papel dinamizador na melhoria contínua da qualidade, assim como na capacitação da pessoa com doença mental de modo a fomentar o seu *empowerment* e *recovery*. Foi fulcral desenvolver capacidade crítica para os problemas, mas sobretudo de reflexão pré, na e sobre a prática para assim aumentar o nível de conhecimentos na área do EESM.

Ao longo do estágio, procurei desenvolver a minha prática profissional, respeitando o código Deontológico. Para isso, foi necessário a aquisição de conhecimentos teóricos para sustentar a minha tomada de decisão. Procurei sempre trabalhar em parceria com o cliente, respeitando os seus valores, costumes e crenças. Assim como colaborar na construção da tomada de decisão em equipa fundamentada em princípios, valores e normas deontológicas de modo a dar respostas adequada às situações, tornando-me um elemento ativo no seu seio ao contribuir para um leque alargado de opções.

Estou consciente que é fulcral compreender que a saúde mental deriva de um equilíbrio dinâmico resultante da interação do indivíduo com os vários sistemas. Assim, é importante não descorar a pertinência de fatores biológicos, psicológicos e sociais para a saúde mental e consequentemente a sua relevância para o adoecer.

Concluo que todo este percurso revelou-se muito produtivo, uma vez que contribuiu para a minha formação enquanto EESM. Constituiu um grande desafio pessoal e profissional, tendo fomentado o meu crescimento.

As principais dificuldades na consecução deste trabalho estiveram relacionadas com o fator tempo, planeamento e fundamentação das intervenções implementadas e a implementação de intervenções em grupo, tendo em conta a minha inexperiência na área.

Como sugestão, aponto que ao longo do estágio seria interessante termos reuniões tutelares na UCP, envolvendo todos os alunos de estágio o que proporcionaria oportunidades de partilha e aprendizagem. Também considero que teria sido positivo no processo formativo ter partilhado o campo de estágio com outra colega. Existiriam mais momentos de reflexão, debate e análise, resultante de vários pontos de vida e não apenas de uma visão individual.

4. Referências bibliográficas

APÓSTOLO, J. [et. al.] – **Efeito da estimulação cognitiva em Idosos**. Referência. Série III, nº5, (2011), p.193-201.

APÓSTOLO, J. [et. al.] – **Efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos**. Journal of Aging and Innovation. vol 2, nº3, (2013), p. 82 - 91.

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

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – resumo executivo**. [Em linha]. Julho de 2008. [Consult. 04-12-2014]. Disponível em: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf> ISBN: 978-989-95146-6-9.

COSTA, J.; LIMA, J. – **Estratégias para o enfermeiro enfrentar o stress em seu trabalho com portador de transtorno mental**. Revista Gaúcha de Enfermagem. nº 24, (2003), p. 325-35.

DIAS, A. [et. al.] – **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura**. Millenium [Em linha]. nº 40 (2011) p. 201-219. [Consult. 29-11-2014] Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Portugal Saúde Mental em números 2013** [Em linha]. [Consult. 2015-02-01]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

DUARTE, T. – **Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental**. Análise Psicológica, nº25 (2007), p 127-133.

FERIGATO, S., CAMPOS, R.; BALLARIN, M. - **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. Revista de Psicologia da UNESP, nº6, (2007),31-44.

FRADIQUE, M.; MENDES, L. - **Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. Referência, serIII, nº10, . (2013), p. 45-53.

GOMES, F., AMENDOEIRA, J. e MARTINS, M. **A Comunicação no Processo Terapêutico das Famílias de Doentes Mentais.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº7 (2012), p.54-60.

JESUS, I. [et. al.] – **Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol.31, nº2, (2010). p.285-292. [Consult. 2014-09-27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200012&script=sci_arttext

KANTORSKI, L.; PINHO L.; SCHRANK G – **O relacionamento terapêutico e o cuidado em Enfermagem psiquiátrica e saúde mental.** Revista Enfermagem Uerj .nº11 (2003), p. 201-207.

LOUREIRO, L., DIAS, C.; ARAGÃO, R. – **Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais Contributos para o estudo das representações sociais da loucura.** Referência , serII nº8(2008), p 33 – 44.

MARTINS, M. – **Factores de risco psicossociais para a saúde mental.** Millenium [Em linha]. nº 29 (2004) p. 255-268. [Consult. 11-11-2014]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/33.pdf>

MELLO, R.; SCHNEIDER,F. – **A família e a internação psiquiátrica em hospital geral.** Revista Gaúcha de Enfermagem, [Em linha]. Vol. 32, nº 2 (2011), p226-233. [Consult. 20-12-2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200003
ISSN: 1983-1447. 30

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. – **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem. nº 65, (2012), p. 361-367.

OLIVEIRA, L.; MIRANDA, C. – **A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. vol. 4, nº1, (2000), p. 95-103.

OLIVEIRA, S., CAROLINO, L.; PAIVA, A. – **Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº8, (2012), p.30-37

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade.** [Em linha]. (2001). atual. 08-2012. [Consult. 09-12-2014]. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **PARECER nº 02 / 2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.** Ordem Dos Enfermeiros, (2010), p 1–5. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer02_MCEESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas_com_demencia.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde** [Em linha]. (2007). [Consult. 05-12-2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova Esperança.** [Em linha]. 2001. [Consult. 06-12-2014]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. ISBN: 972-675-082-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Demencia: Una prioridad de salud pública** [Em linha]. 2013. [Consult. 27-09-2014]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=113

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

SANTANA, A – **Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares.** [Em linha]. 2011. [Consult. 07-03-2015]. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>

SANTOS, E; FERNANDES, A. – **Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada.** Referência, nº11 (2004) p. 59-62.

SERRANO, M.; COSTA, A.; COSTA, N. – **Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s).** Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 3 – Mar (2011) p. 15-23

SILVA, L [et. al.] – **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 8, nº4 (2000), p. 52-58.

SOUSA, M. [et. al.] – **Coping e adesão ao regime terapêutico**. Revista de Enfermagem Referência, [Em linha] serIII n° 4 (2011) p. 151-160. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200016&lng=pt&tlng=pt.31

SOUSA, L; SEQUEIRA, C. – **Concepção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. N°8, (2012), p. 7-15.

TAKAKI, M.; SANTANA, D. – **A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde**. Cogitare Enfermagem, vol.9, n°1 (2004), p79-83.

WOODS, B. [et. al.] **Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia**. CochraneDatabaseofSystematicReviews2012 (2012)., Issue2. Art. No.: CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

4.1 Bibliografia legislativa

Decreto-Lei n° 8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.

Lei n° 36/98 de 24 de Julho, alterada pela Lei n°101/99 de 26 de Julho

Portaria n.º 149/2011, de 08 de Abril publicada em Diário da República, 1.ª série 6 N.º 70 - 8 de Abril de 2011

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

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

Anexos

Anexo I

Dinâmicas de Grupo implementadas no GIS

Planificação da dinâmica de grupo: Água, para que te quero?

Objetivos gerais:

- Motivar para a ingestão hídrica;
- Ensinar sobre a desidratação.

Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular o raciocínio;
- Estimular a expressão de sentimentos;
- Reforçar a relação terapêutica;
- Incentivar à coesão do grupo através de trabalho em grupo;
- Informar e instruir sobre a importância da ingestão hídrica;
- Informar e instruir sobre causas, sinais e consequências de desidratação.

Destinatários: utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni, inscritos na Sala Polivalente, à Quarta-feira de manhã

Data: 04/06/2014

Hora: 9:30

Local: Sala Polivalente

Tempo: 45 minutos, conforme o número de participantes e participação dos mesmos

Técnicos: Enfermeira Sílvia Peixoto e Enfermeira Ana Alves

Conteúdo da sessão:

- Introdução (5 minutos)
 - Apresentação dos dinamizadores e elementos do grupo
 - Definição dos objetivos da sessão

- Desenvolvimento (30 minutos)
 - Benefícios da ingestão hídrica
 - Conceito de desidratação: causas, sinais e consequências
 - Reflexão sobre a ingestão hídrica quotidiana face ao exposto.

- Conclusão (10 minutos)
 - Resumo da sessão
 - Clarificação de dúvidas
 - Avaliação da aprendizagem
 - Avaliação da sessão
 - Encerramento

Planificação da dinâmica grupo: A nova roda dos alimentos

Objetivos gerais:

- Motivar para a adesão a uma alimentação saudável;
- Ensinar os princípios de uma alimentação saudável segundo a roda dos alimentos.

Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular o raciocínio;
- Estimular a expressão de sentimentos;
- Reforçar a relação terapêutica;
- Incentivar à coesão do grupo através de trabalho em grupo;
- Informar e instruir sobre a importância de uma alimentação saudável;
- Informar e instruir sobre a nova roda dos alimentos e os seus grupos.

Destinatários: utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni, inscritos na Sala Polivalente, à Quarta-feira de manhã

Data: 25/06/2014

Hora: 9:30

Local: Sala Polivalente

Tempo: 45 minutos, conforme o número de participantes e participação dos mesmos

Técnicos: Enfermeira Sílvia Peixoto e Enfermeira Ana Alves

Conteúdo da sessão:

- Introdução (5 minutos)
 - Apresentação dos dinamizadores e elementos do grupo
 - Definição dos objetivos da sessão

- Desenvolvimento (30 minutos)
 - Conceito da roda dos alimentos, alimentação saudável, grupo dos alimentos
 - Benefícios da alimentação saudável
 - Reflexão sobre a alimentação quotidiana face ao exposto.

- Conclusão (10 minutos)
 - Resumo da sessão
 - Clarificação de dúvidas
 - Avaliação da aprendizagem
 - Avaliação da sessão
 - Encerramento

Avaliação das dinâmicas de grupo

Colaborei com a minha Tutora na aplicação do *Mini Nutricional Assessment*. Assim este instrumento permitiu-me conhecer o peso e IMC dos clientes e realizar uma avaliação global da sua alimentação. Também observei as refeições que os clientes do GIS realizavam. Assim verifiquei que, por exemplo, os lanches que faziam era sobretudo constituído por bolos e doces, sendo que ao almoço poucos incluíam legumes. Também tive oportunidade de verificar que raramente bebiam água durante a maior parte do dia que estavam no GIS, optando às refeições por sumo. Assim, considerei relevante implementar duas sessões centradas sobre a importância da ingestão de água e de uma alimentação saudável.

A dinâmica de grupo realizou-se conforme planeado. Tendo em consideração os objetivos previamente definidos, todos os utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni inscritos na Sala Polivalente à quarta-feira de manhã demonstraram vontade de participar. Assim, não houve necessidade de qualquer alteração do procedimento, tendo decorrido dentro do período de tempo previsto (cerca de 45 min.).

No final, embora tivesse sido necessário estimular a participação durante a dinâmica, demonstraram concentração, iniciativa e capacidade para dialogar espontânea e socialmente. Assim, os objetivos definidos inicialmente foram atingidos satisfatoriamente. Globalmente, todos os participantes verbalizaram satisfação na realização das dinâmicas, referindo várias vantagens na implementação das mesmas, tais como a aquisição de conhecimentos e a interação do grupo.

No fim da sessão, os participantes identificaram as vantagens e benefícios da ingestão hídrica e alimentação saudável. Embora todos os participantes tenham referido que compreendiam a importância da ingestão hídrica e de uma alimentação saudável, penso que seria necessário uma intervenção mais profunda e contínua para a obtenção de resultados positivos, concretos e visíveis.

Sessão de Educação para a Saúde: Esquizofrenia

Objetivos gerais:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre a patologia Esquizofrenia

Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular o raciocínio;
- Estimular a expressão de sentimentos;
- Reduzir o estigma associado à Esquizofrenia;
- Sensibilizar os utentes para a temática;
- Reforçar a relação terapêutica;
- Incentivar à coesão do grupo através de trabalho em grupo;
- Informar e instruir sobre a patologia, as suas fases e tipos;
- Informar e instruir sobre os sintomas associados ao diagnóstico e formas de tratamento.

Destinatários: utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni, inscritos na Sala Polivalente, à Quarta-feira de manhã

Data: 14/06/2014

Hora: 9:30

Local: Sala Polivalente

Tempo: 45 minutos, conforme o número de participantes e participação dos mesmos

Técnicos: Enfermeira Sílvia Peixoto e Enfermeira Ana Alves

Conteúdo da sessão:

- **Introdução (5 minutos)**
 - Apresentação dos dinamizadores e elementos do grupo
 - Definição dos objetivos da sessão

- **Desenvolvimento (30 minutos)**
 - Esquizofrenia: fases, tipos, sintomas e formas de tratamento.
 - Visualização de um vídeo explicativo
 - Apresentação em suporte informático
 - Reflexão e partilha dos participantes sobre o tema

- **Conclusão (10 minutos)**
 - Resumo da sessão
 - Clarificação de dúvidas
 - Avaliação da aprendizagem
 - Avaliação da sessão
 - Encerramento

Sessão de Educação para a Saúde: Hipertensão Arterial

Objetivos gerais:

- Sensibilizar os utentes para a adoção de estilo de vida saudável

Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular o raciocínio;
- Estimular a expressão de sentimentos;
- Reforçar a relação terapêutica;
- Incentivar à coesão do grupo através de trabalho em grupo;
- Promover a adoção de estilo de vida saudável;
- Informar e instruir sobre os fatores de risco associados à Hipertensão Arterial;
- Informar e instruir sobre medidas preventivas e formas de tratamento.

Destinatários: utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni, inscritos na Sala Polivalente, à Quarta-feira de manhã

Data: 28/06/2014

Hora: 9:30

Local: Sala Polivalente

Tempo: 45 minutos, conforme o número de participantes e participação dos mesmos

Técnicos: Enfermeira Sílvia Peixoto e Enfermeira Ana Alves

Conteúdo da sessão:

- Introdução (5 minutos)
 - Apresentação dos dinamizadores e elementos do grupo
 - Definição dos objetivos da sessão

- Desenvolvimento (30 minutos)
 - Hipertensão arterial: fatores de risco, medidas preventivas, formas de tratamento
 - Importância de um estilo de vida saudável
 - Visualização de um vídeo explicativo
 - Apresentação em suporte informático

- Conclusão (10 minutos)
 - Resumo da sessão
 - Clarificação de dúvidas
 - Avaliação da aprendizagem
 - Avaliação da sessão
 - Encerramento

Avaliação das dinâmicas de grupo

A dinâmica de grupo realizou-se conforme planeado. Tendo em consideração os objetivos previamente definidos, todos os utentes da unidade Sócio-Ocupacional S. Bento Menni inscritos na Sala Polivalente à quarta-feira de manhã demonstraram vontade de participar. Assim, não houve necessidade de qualquer alteração do procedimento, tendo decorrido dentro do período de tempo previsto (cerca de 45 min.).

Inicialmente, alguns dos participantes apresentavam alguma ansiedade e renitência, na incerteza do que iria ocorrer. No entanto, com o decorrer da atividade, foram demonstrando descontração, participando ativamente, com empenho e motivação. Assim, os objetivos definidos inicialmente foram atingidos satisfatoriamente. Globalmente, todos os participantes verbalizaram satisfação na realização das dinâmicas, referindo várias vantagens na implementação das mesmas, tais como a aquisição de conhecimentos e a interação do grupo.

As sessões contribuíram assim para estimular a capacidade de concentração, sensibilizar os utentes para a temática, reforçar a relação terapêutica e informar e instruir sobre as patologias, promovendo a aquisição de conhecimentos. Mais uma vez, destaco a importância de atividades deste cariz e a necessidade de reforço a longo prazo.

Anexo II

Dinâmicas de Grupo implementadas na USJ

Reunião comunitária: Caixa de segredos

Objetivos gerais:

Aumentar o conhecimento entre os participantes.

Objetivos específicos:

Estimular a capacidade de concentração;

Estimular o raciocínio;

Estimular a expressão de sentimentos;

Reforçar a relação terapêutica;

Incentivar à coesão do grupo através de trabalho em grupo.

Destinatários: utentes da unidade de S. José

Data: 22/10/2014

Hora: 9:30

Local: Sala Polivalente

Tempo: 30 minutos, conforme o número de participantes e participação dos mesmos

Técnicos: Enfermeira Ana Alves e enfermeiro de serviço

Material: Gravador, CD com músicas animadas, Caixa com frases para completar dobradas e colocadas no interior

Desenvolvimento:

1- O facilitador solicita que os participantes sentem-se em círculo e coloca uma música bem animada.

2- Ao comando do facilitador, uma caixa contendo várias frases deverá passar de mão em mão ao som da música

3- Quando a música para, a pessoa que está com a caixa na mão abre-a, retira uma frase e completa.

4- O facilitador novamente coloca a música e a caixa continua circulando de mão em mão. Sempre que a música para, a pessoa que está com a caixa deve retirar uma frase e completá-la conforme as suas ideias e sentimentos.

5- Dinâmica continua, durante o período disponível

Frases:

Sinto-me feliz quando.....

Daqui a cinco anos gostaria de estar

O meu maior sonho é...

O meu maior tesouro é..

Respeitar os outros significa.....

O que eu mais admiro nas pessoas é....

O que mais gosto na Unidade de S. José é.....

As atividades que mais gosto de fazer são.....

O maior objetivo da minha vida é.....

Respeitar os outros significa....

Quando não há organização, o resultado é...

A melhor maneira para me dar bem com os outros é.....

Avaliação da dinâmica

Tive oportunidade de dinamizar uma reunião comunitária, sendo que optei por uma dinâmica - Os segredos da caixa. De segunda à sexta-feira, após o pequeno-almoço, realiza-se esta atividade. Cada dia da semana é dinamizada por um elemento diferente da equipa multidisciplinar, sendo à quarta-feira da responsabilidade do enfermeiro de serviço. Constatado que esta dinâmica permite um momento único para contactar com as pessoas assistidas na USJ, compreender a sua visão do mundo, esclarecer as suas dúvidas e dificuldades, assim como identificar e reconhecer atitudes e estratégias adotadas. Possibilita ainda a promoção de novos comportamentos, criando novas expectativas. As participantes devem apresentar sintomatologia estabilizada, capacidade visual e auditiva preservadas, assim como ausência de défice intelectual marcado e elevada dificuldade de concentração.

As respostas dadas pelas utentes aquando momento de completar as frases foram diversificadas e muito interessantes. Nomeadamente, a maioria das utentes gostaria de estar em casa daqui a cinco anos e uma participante referiu que gostaria de estar casada. A maioria também referiu que se sente feliz quando está com a família e que quando não há organização há confusão e desorganização. Identificam que a melhor maneira para se darem com os outros é respeitá-los, mas também estar bem consigo próprio.

Considerarei relevante introduzir música na atividade, pois ao longo do estágio verifiquei que as utentes gostam muito de música, de dançar e cantar, tornando-se assim uma estratégia de cativar e motivar o grupo para a adesão à dinâmica, pois o meu maior receio e dificuldade centrava-se na adesão e participação de todos os elementos do grupo. Senti-me muito realizada com a participação das utentes na dinâmica mas também com o facto que durante a atividade, uma utente que deu entrada recentemente na USJ, habitualmente mais isolada do grupo começou a dançar e quando a atividade terminou pediu-me para continuar com a música. Deste modo, consegui encontrar um tema que a cativou e que utilizei como estratégia para estabelecer uma relação empática com ela. Quanto ao meu desempenho durante a dinâmica, considero ter sido positivo, visto ter conseguido a adesão e participação das utentes, constituindo assim um momento de aprendizagem e reflexão, alcançando assim os objetivos previamente definidos para esta.

Anexo III

Dinâmicas de grupo realizadas no serviço de Reabilitação

Plano de Sessão

Título da Sessão: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Anticoncepcionais

Local: Sala reuniões / biblioteca

Duração: 40 minutos

Público-alvo: Utentes do Serviço de Reabilitação.

Dinamizadores: Enfermeiros do Serviço de Reabilitação.

Objetivo Geral:

No final da sessão os formandos devem ser capazes:

Desenvolver conhecimentos sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Anticoncepcionais

Objetivos específicos:

No final da sessão os formandos devem ser capazes:

Identificar métodos anticoncepcionais;

Reconhecer a importância do uso de métodos anticoncepcionais;

Identificar estratégias para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Desenvolvimento da Sessão

Fases	Descrição Conteúdos/Actividades Pedagógicas	Tempo	Método pedagógico	Equipamentos e auxiliares pedagógicos.	Avaliação
Introdução	Apresentação. Objetivos. Avaliação de conhecimentos prévios.	10min	Expositivo e Participativo	Espaço Físico, Cadeiras, Computador.	Participação/Atenção demonstrada pelos utilizadores. Preenchimento da “Avaliação Diagnóstica”.
Desenvolvimento	Infecções Sexualmente Transmissíveis Métodos anticoncepcionais	20min	Expositivo e Participativo	Computador, Material didático	Participação/Atenção demonstrada pelos utilizadores.
Conclusão	Avaliação. Esclarecimento de dúvidas/Síntese Final.	10min	Expositivo e Participativo	Espaço Físico, Cadeiras, Computador.	Preenchimento da “Avaliação Diagnóstica”.

AVALIAÇÃO

Formação: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Anticoncepcionais

Data:

Nome:

O objetivo deste questionário é testar o ponto de partida ao nível dos conhecimentos específicos a transmitir na ação. Para o efeito, agradecemos a sua colaboração. Leia as seguintes afirmações e faça uma cruz no quadrado correspondente, **V** se considerar a afirmação verdadeiro; **F** se considerar falso, ou **?** para não sei.

	AFIRMAÇÕES PARA VERIFICAR	ESCOLHA			JUSTIFICAÇÃO DA MUDANÇA NA CORRECÇÃO FINAL
		V	F	?	
1	As infeções sexualmente transmissíveis são doenças contagiosas.				
2	A pilula é um método anticoncepcional.				
3	A pilula protege contra as infeções sexualmente transmissíveis.				
4	Pode-se prevenir uma infeção sexualmente transmissível.				
5	Existem infeções sexualmente transmissíveis sem qualquer tipo de sintoma.				

LEGENDA: CINZENTO – resposta antes da sessão

BRANCO – resposta depois da sessão

Título da Sessão: Gestão do Regime Medicamentoso					
Local: Sala de Reuniões			Duração: 40 minutos		
Público-alvo: Utentes do Serviço de Reabilitação.					
Formadores: Enfermeiros do Serviço de Reabilitação.					
Objectivo Geral: No final da sessão os formandos devem ser capazes: -Desenvolver competências ao nível da gestão do Regime Medicamentoso			Objectivos específicos: No final da sessão os formandos devem ser capazes: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão da própria medicação; • Reconhecer a importância de uma correta adesão à medicação; • Identificar estratégias para obter uma gestão da medicação mais eficiente. 		
Desenvolvimento da Sessão					
Fases	Atividades Pedagógicas	Tempo	Método pedagógico	Equipamentos e auxiliares pedagógicos.	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação. • Objetivos. • Avaliação de conhecimentos prévios. 	10min	Expositivo e Participativo	Espaço Físico, Cadeiras, Computador.	Participação/Atenção demonstrada pelos utilizadores. Preenchimento da “Avaliação Diagnóstica”.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Vantagens da adesão ao regime terapêutico • Cuidados a ter na manipulação dos comprimidos 	20min	Expositivo	Computador, Material didático – livros com ilustrações.	Participação/Atenção demonstrada pelos utilizadores.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação. • Esclarecimento de dúvidas/Síntese Final. 	10min	Expositivo e Participativo	Espaço Físico, Cadeiras, Computador.	Registo de Participação – Wedoges. Preenchimento da “Avaliação Diagnóstica”.

AVALIAÇÃO

Formação:

Data:

Nome:

O objetivo deste questionário é testar o ponto de partida ao nível dos conhecimentos específicos a transmitir na ação. Para o efeito, agradecemos a sua colaboração. Leia as seguintes afirmações e faça uma cruz no quadrado correspondente, **V** se considerar a afirmação verdadeiro; **F** se considerar falso, ou **?** para não sei.

	AFIRMAÇÕES PARA VERIFICAR	ESCOLHA			JUSTIFICAÇÃO DA MUDANÇA NA CORRECÇÃO FINAL
		V	F	?	
1	A medicação deve ser tomada todos os dias à hora correta.				
2	Devemos verificar sempre se o medicamento está correto antes de o tomar.				
3	Devemos guardar a medicação num local fresco e seco, sem grande exposição solar.				
4	Podemos tomar medicação que não seja recomendada pelo médico/enfermeiro.				
5	Podemos beber bebidas alcoólicas quando tomamos medicação.				
6	Se nos esquecermos de tomar a medicação podemos duplicar a toma mais tarde.				

LEGENDA: CINZENTO – resposta antes da sessão BRANCO – resposta depois da sessão

Anexo IV
Estudo de Caso



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estudo de caso

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

Ana Isabel Fernandes Alves, n.º 361613001

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica /
Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Porto, 06.2014



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estudo de caso

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

Ana Isabel Fernandes Alves, n.º 361613001

Sob orientação de: Prof. Luís Sá e Enf^a Sílvia Peixoto

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica /
Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Porto, 06.2014

Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

GIS – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental

MEESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NAP - Neuroléptico de acção prolongada

UMADIC – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado Consentido

Índice

0 -	Introdução	99
1 -	Estudo de Caso	101
1.1	- Dados da Ficha de referenciação	101
1.2	- Enquadramento Teórico	102
1.3	- Processo de Enfermagem	102
1.3.1	Fase I – Apreciação.....	103
1.3.2	Fase II – Diagnóstico	108
1.3.3	Fase III – Identificação dos Resultados.....	108
1.3.4	Fase IV – Planeamento	109
1.3.5	Fase V – Implementação	111
1.3.6	Fase VI – Avaliação.....	112
2 -	Conclusão	113
3 -	Referências Bibliográficas	115

0 - Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, inserida no segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está enquadrado a realização de um Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde. Este foi desenvolvido na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado ConSentido (UMADIC), no Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS) – Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), no período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014.

No projeto de estágio relativo ao módulo supracitado, defini como objetivo específico, Prestar cuidados de Enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – Consentido e como atividade a desenvolver para concretizar este mesmo objetivo: apresentar um estudo de caso e os principais resultados da intervenção domiciliária, neste sentido surge a realização deste trabalho.

Os objetivos da realização deste Estudo de Caso são:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar da pessoa portadora de doença mental, assim como a família;
- Aprofundar conhecimentos sobre a Patologia Esquizofrenia;
- Identificar necessidades, capacidades e limitações da pessoa portadora de doença mental;
- Aprofundar os conhecimentos relativamente à história clínica do utente
- Saber realizar uma avaliação psiquiátrica eficazmente;
- Elaborar e implementar um plano de cuidados segundo a linguagem da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), adequado ao estado do utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a colmatar as necessidades identificadas;
- Identificar o impacto da patologia na dinâmica relacional e social deste utente; Organizar e interpretar todos os dados colhidos inerentes a este utente;
- Percecionar o utente como um todo com necessidades fundamentais de ordem biopsicossocial, cultural e espiritual.

Assim sendo, o presente estudo de caso baseia-se na apresentação de uma pessoa portadora de Esquizofrenia Paranóide, acompanhada pela UNADIC, sendo que a escolha do utente foi realizada pela Enfermeira Tutora Sílvia Peixoto.

Para a realização do presente trabalho foi adotado metodologia descritiva, observação direta, entrevista para colheita de dados para a elaboração da avaliação do utente, pesquisa de dados no processo do utente e ainda pesquisas bibliográficas pertinentes.

Para além da presente introdução, o corpo do trabalho é constituído por um único capítulo, Estudo de Caso, que contempla vários aspetos designadamente, a História Clínica do utente, o Enquadramento Teórico com definição de alguns conceitos relevantes à temática e o Processo de Enfermagem que descreve todas as suas fases implementadas para a realização do presente estudo de caso. Sucede-se a Conclusão, em que aponto uma breve síntese da análise dos resultados e dos ganhos individuais obtidos com a implementação das intervenções planeadas e finalizado este trabalho com as referências Bibliográficas utilizadas.

1 - Estudo de Caso

Segundo Fortin (1999) um estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo). Deste modo, a realização do presente estudo de caso vai fomentar um conhecimento específico e alargado relativamente ao utente em questão, fomentando a reflexão sobre o planeamento e conceção de cuidados e o processo de tomada de decisão, desenvolvendo assim as minhas capacidades cognitivas, críticas e reflexivas.

O presente estudo de caso foi desenvolvido na UMADIC, que faz o acompanhamento de pessoas com doença mental no seu domicílio. O enfermeiro, ao realizar as visitas domiciliárias, tem oportunidade de observar e conhecer as reais necessidades e dificuldades que as pessoas, mas também e os seus cuidadores apresentam. Frequentemente, não solicitam ajuda a profissionais qualificados, comprometendo o processo de reabilitação psicossocial. Deste modo, é fulcral que neste contexto, o enfermeiro saiba entender a pessoa, a vivência da transição, mas também as repercussões da doença no utente e na sua família e nas suas dinâmicas e relações. Deve ainda ter presente os valores e crenças da pessoa e família e ser capaz de articular e mobilizar os recursos necessários.

Este estudo de caso foi organizado, de forma a facilitar a sua compreensão, da seguinte forma: dados da ficha de referenciação, enquadramento teórico e o processo de enfermagem.

1.1 - Dados da Ficha de referenciação

A pessoa alvo deste estudo de caso chama-se A.S.É do sexo masculino, nasceu à 13 de Fevereiro de 1966, tendo 48 anos. Solteiro, sem filhos, concluiu o 1º Ciclo de escolaridade e é reformado por invalidez, recebendo uma pensão de aproximadamente 260 euros. É acompanhado pela equipa da UMADIC desde Março de 2014, tendo sido encaminhado após alta do internamento em S. João de Deus, em Barcelos. Apresentava como principais dificuldades: risco de não adesão ao regime terapêutico, delírio presente e insight pobre.

Este senhor vive sozinho numa pequena moradia arrendada na periferia de Braga e de dia frequenta o Centro de Dia de Sobreposta, sendo que só sai de casa para lá Tem 9 irmãos, com os quais tem mantido pouco contacto, embora desde o internamento tenham-se mostrado mais próximos.

1.2- Enquadramento Teórico

O utente A.S. tem como diagnóstico médico - Esquizofrenia Paranóide. Os psicopatológicos do final do século XIX e início do século XX identificam quatro subtipos de Esquizofrenia sendo, a forma paranoide, a catatónica, a hebefrénica e a simples (Dalgadarrondo,2008). Sabe-se que esta patologia acarreta custos elevados, sofrimento da pessoa portado assim como dos seus familiares, frequentemente internamento, incapacidade da pessoa portadora, crises familiares, estigma associado à doença mental e em alguns casos, o suicídio. Afeta sensivelmente 1% da população mundial e manifesta-se habitualmente no final da adolescência e início da vida adulta, sendo que o seu diagnóstico é realizado em indivíduos em todas as sociedades e áreas geográficas. A causa é ainda hoje desconhecida, embora existam fatores de risco e predisponentes tais como, genética, fatores biológicos, fatores ambientais e associados à ocorrências no período pré e perinatal, desenvolvimento infantil e adolescência.

Segundo Townsend (2011), esta patologia caracteriza-se principalmente pela presença de delírios persecutórios ou de grandeza e por alucinações auditivas. O indivíduo apresenta-se com frequência tenso, desconfiado e cauteloso podendo mostrar-se argumentativo, hostil, e agressivo. O início dos sintomas é geralmente tardio (talvez no fim da década dos 20 ou 30 anos) e é observada uma menor regressão das faculdades emocionais, resposta emocional e comportamento do que a observada nos outros subtipos de esquizofrenia. O comprometimento social pode ser mínimo e há algumas evidências de que o prognóstico quanto ao funcionamento ocupacional e a capacidade de vida independente é promissor. A principal forma de tratamento é ainda hoje a farmacológica, sendo que os antipsicóticos atípicos tornaram-se a primeira linha de terapia e tratam os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. Têm um perfil de efeitos secundários mais favorável que os antipsicóticos convencionais. As pessoas portadoras de Esquizofrenia necessitam de tratamento integrado a longo prazo com intervenções farmacológicas, entre outras, nomeadamente a psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia comportamental, treino de competências sociais, *milieu therapy*, terapia familiar e tratamento comunitário assertivo. Para a maioria das pessoas, o tratamento mais eficaz resulta da combinação da terapêutica e da terapia psicossocial. As famílias geralmente necessitam de apoio e educação sobre as doenças psicóticas. O foco centra-se no coping com o diagnóstico, entender a doença e o seu curso, ensiná-los relativamente aos medicamentos e aprender modos de gerir os sintomas.

1.3- Processo de Enfermagem

A metodologia utilizada para a execução do estudo de caso baseia-se no processo de enfermagem. Segundo Townsend (2011), o processo de enfermagem fornece uma estrutura

sistemática para a prestação dos cuidados de enfermagem, sendo um meio da enfermagem dar cumprimento do uso de metodologia científica de modo a ser considerada uma profissão. É dinâmico, contínuo e persiste enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente. Consiste em seis fases: (Re)apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados, Planeamento, Implementação e Avaliação.

1.3.1 Fase I – Apreciação

A primeira etapa do processo de enfermagem designa-se Apreciação. Nesta fase, o enfermeiro colhe informação relevante e pertinente sobre o estado de saúde da pessoa para assim obter dados que possibilitem a identificação das necessidades da pessoa. A informação pode ser recolhida através várias fontes, nomeadamente, entrevistas com o utente e/ou família/prestador de cuidados, observação do utente no seu domicílio, consultas com outros membros da equipa multidisciplinar, leitura dos registos do processo do utente e avaliação inicial de enfermagem. Portanto, nesta fase, faz parte a recolha de dados demográficos, história da doença atual, estado mental do utente, assim como a sua história clínica, antecedentes, etc. O enfermeiro consegue assim estabelecer o vínculo terapêutico onde identifica as necessidades psíquicas, físicas, biológicas e sociais do utente através da avaliação inicial de enfermagem.

De seguida, é apresentada a avaliação inicial de enfermagem que se utilizou para realizar a avaliação inicial de enfermagem ao Sr.A.S., com base no instrumento de avaliação inicial de Enfermagem existente na UMADIC (Anexo 1).

Avaliação Inicial de Enfermagem

Admissão

Motivo da admissão (Observação de Enfermagem): Acompanhamento no pós-alta da Casa de Saúde S. João de Deus. Apresenta dificuldades nas AVD's e AIVD's.

Acompanhado por: -

Fonte de Informação: Próprio

História da doença atual

«Não sei porque fui para Barcelos», «faço comprimidos para dormir»

É acompanhado pela UMADIC desde Março 2014, realizando-se um acompanhamento individual e semanal.

Acompanhamento Psiquiátrico: Sim

Psiquiatra: Dr. D.

Data da última consulta: Abril 2014

Medicação habitual: (indicada na guia terapêutica)

NAP: Não

Adesão à terapêutica: Sim

Antecedentes pessoais

Doenças: desconhece. Refere: «Sofri um acidente de moto há vários anos e parti as pernas, desde aí tenho dificuldade em andar»

Medicação habitual: (indicada na guia terapêutica)

Adesão à terapêutica: Sim

Alergias: Desconhece

Antecedentes familiares

Doenças psiquiátricas: Não

Outros: Desconhece

Parâmetros vitais

- TA – 127/65 mmhg
- Pulso – 81 batimentos por minuto
- Respiração – 22 ciclos por minuto
- Temperatura – 36,5°C
- Altura – 1,60 metros
- Glicemia – 103mg/dl
- Dor - 0

Avaliação dos sistemas

Tegumentos: rosados

Sentidos:

- Audição: normal
- Visão: normal

Alimentação:

- Apetite normal
- Independente
- Estado de nutrição: bem nutrido

Eliminação: incontinência urinária (urgência urinária, usa fralda)

Locomoção:

- Marcha alterada
- Próteses

Aspeto geral:

- Higiene cuidada
- Ajuda total (Centro de Dia Sobreposta)
- Padrão – banho geral
- Higiene oral cuidada
- Vestuário adequado
- Idade aparente corresponde à real

Sono/repouso

- Dificuldades sono - sim
- Deita-se cedo
- Recurso à terapêutica
- Padrão habitual – não sabe especificar

Avaliação neurológica: sonolento

Relações interpessoais

- Regulares
- Reacção ao serviço: aceita
- Atitude: colaborante

Uso de substâncias

Uso de álcool: Não

Uso de tabaco: Não

Uso de drogas: Não

Avaliação do estado mental

Consciência:

- Orientação: autopsíquica e alopsíquica
- Sonolento

Pensamento (curso): Bloqueio

Pensamento (forma): -

Pensamento (conteúdo): Delírio do tipo persecutório

Discurso: lentificado e coerente

Linguagem não verbal:

- Expressão facial normal
- Mantém contacto ocular
- Postura normal

Percepção: Alucinações auditivas, ilusões - não

Juízo crítico: alterado

Memória:

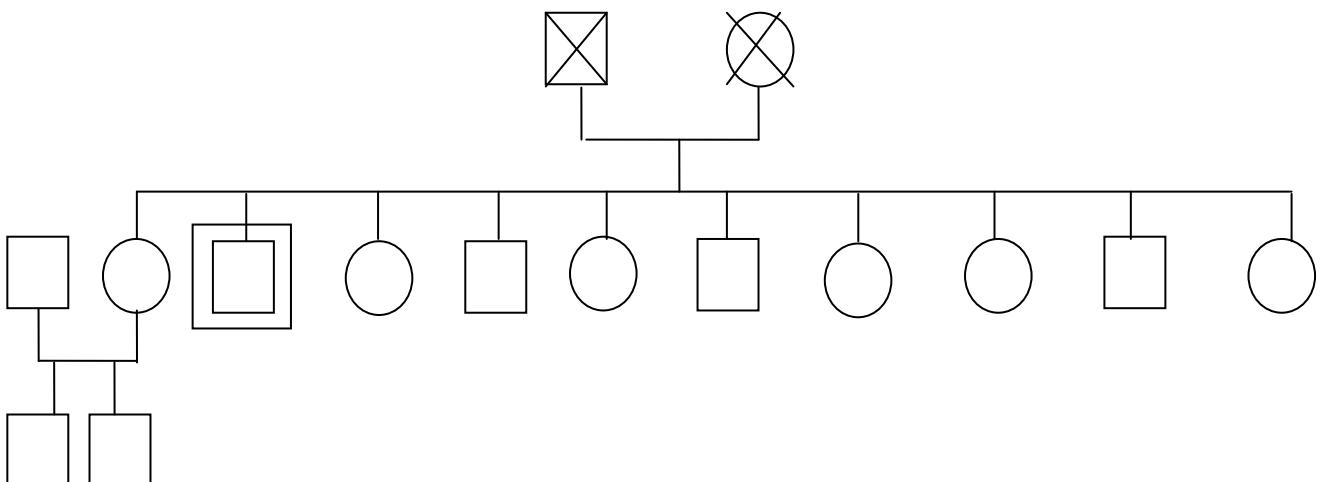
- Recente: normal
- Remota: normal

Humor: eufímico

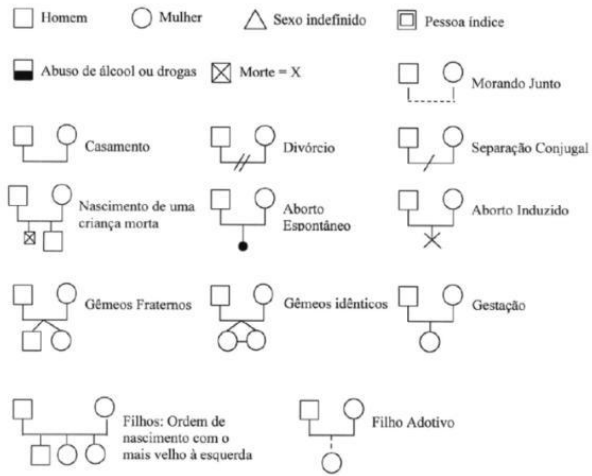
Guia terapêutica

Medicamento (nome e dose)	Peq. Alm.	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Observações
Lorazepam 2.5 mg.				1		
Haldol 5 mg.				2		

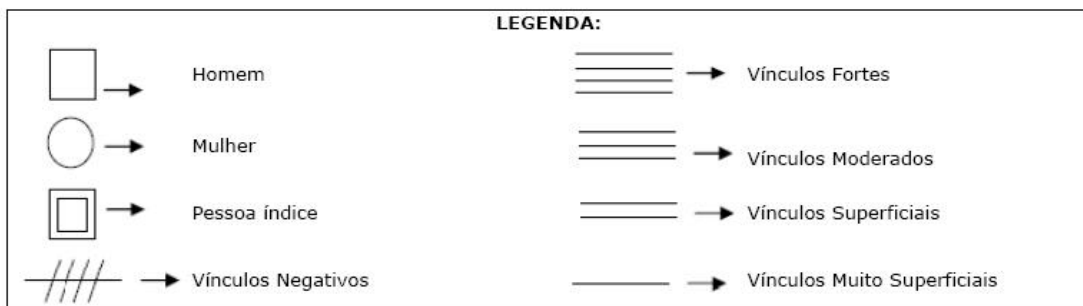
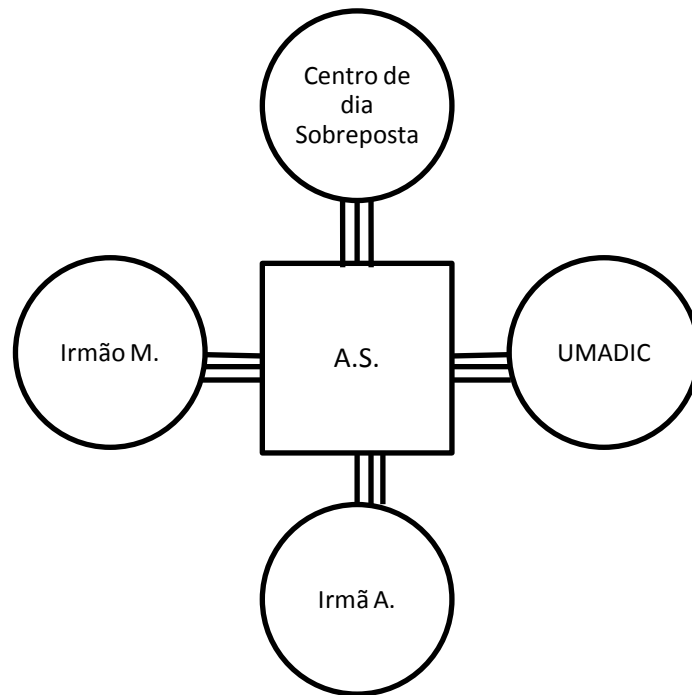
Genograma



Legenda:



Ecomapa



1.3.2 Fase II – Diagnóstico

Nesta fase, o EESM analisa os dados recolhidos na avaliação inicial e determina diagnósticos de Enfermagem. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2011, um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem.

Os diagnósticos são elaborados de acordo com sistemas de classificação aceites. Para a formulação dos diagnósticos, do presente caso, foram seguidas as regras enunciadas na CIPE Versão 2011, nomeadamente, em que estes devem incluir um termo do eixo dos Focos e um termo do eixo do Juízo, sendo a inclusão de termos de outros eixos opcional, embora só possa ser usado um termo de cada eixo.

Para o presente estudo de caso, os diagnósticos elaborados para colmatar as necessidades insatisfeitas identificadas na etapa anterior foram:

- Adesão ao regime medicamentoso comprometida
- Conhecimento sobre o patológico diminuído
- Isolamento Social comprometido

1.3.3 Fase III – Identificação dos Resultados

Nesta fase, o EESM identifica os resultados esperados para um plano personalizado do utente. Estes resultados decorrem do diagnóstico e devem ser mensuráveis, assim como compreender uma estimativa de tempo para a sua concretização. É imperativo que sejam realistas em conformidade com as capacidades da pessoa, sendo que são mais eficazes quando formulados em articulação com a pessoa, seus significativos e ainda equipa multidisciplinar.

A formulação dos resultados esperados e capacidades a alcançar com a implementação e realização de um Plano Individual de Intervenção, num determinado tempo, constituem os objetivos gerais. Estes são desdobrados em objetivos específicos, que esclarecem assim os diferentes pontos a serem trabalhados, visando concretizar o objetivo geral.

A definição destes objetivos traduzem o que o utente pretende alcançar num determinado período de tempo. Os objetivos gerais e específicos foram definidos em conjunto com o Sr.

A.S. e de acordo com as suas necessidades, expectativas, potencialidades e prioridades, sendo estes:

Objetivo geral: Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do regime medicamentoso

Objetivos específicos:

- Cumprir toma da medicação autonomamente, em 100% das visitas domiciliárias, no prazo de seis meses;
- Identificar pelo menos um benefício da toma da medicação, no prazo de 6 meses;
- Preparar caixa de medicação semanal, autonomamente, no prazo de 6 meses;
- Adquirir medicação com ajuda da equipa, no prazo de 6 meses;
- Aderir às consultas de psiquiatria, em 100%, no Hospital de Braga, prazo de 6 meses

Objetivo geral: Aumentar o conhecimento sobre o problema designado

Objetivos específicos:

- Nomear pelo menos uma dificuldade e uma potencialidade em lidar com o seu problema, no prazo de 6 meses;
- Verbalizar pelo menos dois sintomas de recaída, no prazo de 6 meses.
- Identificar, pelo menos uma estratégia para lidar com o seu problema, no prazo de 6 meses.

Objetivo geral: Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis

Objetivos específicos:

- Realizar atividades no exterior do domicílio, pelo menos duas vezes por semana, no prazo de 6 meses;
- Integrar atividade ocupacional, pelo menos uma vez por semana, no prazo de 6 meses.

1.3.4 Fase IV – Planeamento

Nesta etapa, o EESM desenvolve um plano em que define estratégias e alternativas para a obtenção dos resultados esperados.

Cada plano de cuidados é personalizado tendo em conta os problemas, condição ou necessidades da pessoa, sendo elaborado em colaboração com a pessoa, seus significativos e equipa multidisciplinar. Para cada diagnóstico identificado são escolhidas as intervenções mais apropriadas, tendo em conta as prioridades para a prestação de cuidados de Enfermagem.

Intervenção de Enfermagem, de acordo com a CIPE versão 2011, é definida como a acção tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado em enfermagem e é composta pelos conceitos contidos nos eixos de classificação da acção.

Seguidamente, são descritas as intervenções planeadas para cada diagnóstico de Enfermagem definido:

Foco de Atenção: Adesão ao regime medicamentoso

Diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime medicamentoso comprometido

Início: 8 de maio de 2014

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do Regime Terapêutico

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico;
- Ensinar sobre os benefícios da toma correta da medicação;
- Ensinar sobre os sinais e sintomas da doença;
- Instruir o utente sobre preparação da caixa de medicação semanal;
- Treinar a preparação da caixa de medicação semanal;
- Vigiar a preparação da caixa de medicação semanal;
- Avaliar atitude face à gestão da medicação.
- Motivar disposição para aprender;
- Realizar psicoeducação;
- Promover a auto-responsabilização;
- Vigiar comportamento com Medicamento.

Foco de Atenção: Conhecimento sobre o processo patológico

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento sobre o processo patológico diminuído

Início: 9 de maio de 2014

Fim: a decorrer

Objectivo: Aumentar o conhecimento sobre o problema designado

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar sobre a doença;
- Ensinar sobre sinais e sintomas de recaída;

Facilitar a capacidade para falar sobre o seu problema;
Facilitar a capacidade comunicar sentimentos;
Ensinar sobre estratégias adaptativas ao seu problema;
Motivar disposição para aprender;
Realizar psicoeducação;
Promover a auto-responsabilização.

Foco de Atenção: Isolamento Social

Diagnóstico de Enfermagem: Isolamento Social comprometido

Início: 9 de maio de 2014

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis

Intervenções de Enfermagem:

Identificar atitude face à adesão para as atividades ocupacionais;
Promover saídas regulares ao exterior;
Motivar para adesão a atividades ocupacionais;
Reforçar os benefícios da adesão a atividades ocupacionais;
Vigiar adesão a atividades ocupacionais;
Realizar psicoeducação;
Promover a auto-responsabilização.

1.3.5 Fase V – Implementação

O EESM, nesta fase, executa as intervenções planeadas na fase anterior. Assim sendo, é nesta fase que o enfermeiro documenta e implementa as intervenções seguras, éticas e apropriadas com intuito de prevenir o desequilíbrio e promover os mecanismos de *coping* do utente. A fase de implementação do processo de enfermagem consta da validação, na documentação e na prestação de cuidados.

As visitas domiciliárias ocorreram semanalmente, à quinta-feira de tarde, sendo que a equipa assegurava o transporte do Sr. A.S do Centro de Dia até ao seu domicílio, onde foram realizadas as intervenções. O Sr. A.S., em todas as visitas domiciliárias, apresentou-se colaborante, o que facilitou a minha intervenção.

1.3.6 Fase VI – Avaliação

O EESM avalia nesta fase o progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados, medindo o sucesso das intervenções no que diz respeito aos resultados, sendo que não verifica apenas a concretização dos objetivos, mas também reformular as prescrições em relação às prescrições inicialmente planeadas.

Aponto que as intervenções planeadas foram realizadas de acordo com o esperado, no entanto, os objetivos definidos necessitam de uma intervenção a longo prazo, com intuito de alcançar ganhos em saúde, pelo que não posso definir o seu término.

2 - Conclusão

O presente estudo de caso foi desenvolvido na UMADIC, com o intuito de concretizar um objetivo específico - Prestar cuidados de Enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – Consentido - definido no meu projeto de estágio do Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde -, sendo que tinha planeado como atividade a desenvolver para concretizar este mesmo objetivo: apresentar um estudo de caso e os principais resultados da intervenção domiciliária.

A realização deste estudo de caso permitiu o meu crescimento pessoal e profissional, assim como o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EESM.

Pude desenvolver e mobilizar uma panóplia de conhecimentos na área desta especialidade, necessitando realizar a pesquisa e leitura de artigos científicos. Compreendi a importância do trabalho em equipa, assim como do envolvimento da pessoa na definição do seu Plano Individual de Intervenção, sendo fulcral atender o utente como um todo com necessidades de várias ordens - biológicas, psíquicas, físicas, sociais, culturais e espirituais. Desenvolvi também competências na colheita de dados, procurando realizar uma avaliação psiquiátrica eficaz. Também identifiquei e compreendi o impacto da patologia na dinâmica relacional e social deste utente. Ainda procurei realizar um plano de cuidados adequado ao estado do utente, para desta forma, poder implementar as intervenções planeadas com intuito de colmatar as necessidades previamente identificadas. Este trabalho fomentou ainda o desenvolvimento das minhas competências relacionais e comunicacionais, assim como reflexivas e de análise.

Como principal dificuldade aponta a minha inexperiência na elaboração deste tipo de trabalho, o que condicionou o meu desempenho. Tenho ainda a plena consciência que este trabalho não explicita totalmente todo o trabalho realizado no contexto da prática.

3 - Referências Bibliográficas

Amaral, A.C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-55-4

Dalgalarondo, P. (2008). Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais, 2ª edição, Artmed.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2011. Consultada em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf

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

Anexo V

Programa de Estimulação Cognitiva



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Estimulação Cognitiva

Módulo II – Desenvolvimento de
competências em unidades de intervenção na
crise de adultos

Ana Isabel Fernandes Alves, n.º 361613001

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica /
Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Porto, 10.2014



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Irmãs
Hospitaleiras

Programa de Estimulação Cognitiva

Módulo II – Desenvolvimento de
competências em unidades de intervenção na
crise de adultos

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de
saúde do Bom Jesus - Unidade de S. José

Ana Isabel Fernandes Alves, n.º 361613001

Sob orientação de: Prof. Luís Sá, Enf^a Cecília Vilas Boas e
Enf^o Paulo Cerqueira

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica /
Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Porto, 10.2014

Siglas

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

EC – Estimulação Cognitiva

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

USJ – Unidade de São José

MEESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Índice

Introdução.....	127
Fundamentação teórica.....	129
Descrição do programa.....	130
Destinatários.....	131
Recursos necessários.....	132
Planeamento das sessões	132
1ª Sessão – A falar é que a gente se entende	133
2ª Sessão – Com trabalho e perseverança, tudo se alcança	135
3ª Sessão – A conversa ainda não chegou à cozinha.....	137
4ª Sessão – Quem tem medo, compra um cão.....	139
5ª Sessão – Há mar e mar, há ir e voltar	141
6ª Sessão – Ao vivo e a cores.....	143
7ª Sessão – Grão a grão, enche a galinha o papo.....	145
8ª Sessão – Devagar se vai ao longe	148
9ª Sessão – Para bom entendedor meia palavra basta.....	151
10ª Sessão – O que é bom acaba depressa.....	154
Conclusão.....	157
Bibliografia.....	159
Anexos	161
Anexo A.....	163
Anexo B.....	167

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, inserida no terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, enquadra-se o Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto. Realiza-se durante o período de 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014, na Unidade de São José (USJ) pertencente à Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Apóstolo, Carvalho, Tavares, Cardoso, Carvalho & Baptista (2013) referem que os resultados de Woods *et al.* (2006) evidenciam que a participação em atividades de estimulação cognitiva (EC) está associada a melhorias na qualidade de vida, em áreas funcionalmente relevantes, incluindo ganhos nas relações interpessoais, níveis de energia e habilidades para realizar tarefas. Mais ainda, as melhorias na pontuação de qualidade de vida foram mediadas pela melhoria da cognição. Conforme Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez (2010), as ações são mais eficazes aos idosos quando realizadas de modo sistematizado e incorporadas à rotina da instituição, o que resulta também em benefício coletivo da Instituição.

Neste sentido, considereei pertinente implementar um programa de Estimulação Cognitiva (EC) durante o meu estágio para assim fomentar o estabelecimento da relação terapêutica com as utentes, possibilitando identificar e colmatar necessidades, nomeadamente, a cognição, interação social, atenção, memória, para assim proporcionar uma melhoria da auto-estima, bem-estar mas sobretudo da qualidade de vida.

Este presente visa apresentar o programa supracitado trabalho resulta de uma reflexão sobre o meu exercício profissional, dos conhecimentos adquiridos ao longo do MEESMP, assim como da importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM) à pessoa com doença mental, família, grupos e comunidade. De salientar que o enfermeiro especialista deve estar consciente da importância do planeamento das suas intervenções, promovendo a articulação entre teoria e prática e baseando esta última na evidência para assim atuar refletida e eficientemente com vista à obtenção de resultados concretos e visíveis.

Para a elaboração deste trabalho foi utilizada uma abordagem descritiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica, aos conteúdos abordados nas aulas teóricas, orientações fornecidas e conhecimentos adquiridos na minha prática profissional.

Fundamentação teórica

Portugal, em conformidade com outros países industrializados e desenvolvidos, apresenta uma população envelhecida decorrente do aumento da esperança média de vida. (Apóstolo, Carvalho, Tavares, Cardoso, Carvalho & Baptista, 2013) O envelhecimento da população é considerado um dos maiores desafios com que as sociedades contemporâneas actualmente se confrontam. A ideia de promover o envelhecimento activo tem vindo a ser desenvolvida em resposta ao problema do envelhecimento da população. Um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares. Apesar de acompanhar o envelhecimento, a redução da capacidade funcional não deve definir o envelhecimento e muito menos justificar a exclusão dos idosos da vida social. (Ferreira, 2011)

A EC é frequentemente discutida no envelhecimento normal, assim como na demência. Isso reflete uma visão geral que uma fraca estimulação cognitiva apressa o declínio cognitivo. (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012)

A EC baseia-se na premissa de que o modo como as pessoas pensam influencia significativamente os seus sentimentos e comportamento. É uma terapia breve, bastante orientada para os objetos, que consiste em três componentes principais: aspetos didáticos, ou educacionais, técnicas cognitivas e intervenções comportamentais (Townsend, 2011). Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estadio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. Nesta área, está disponível um conjunto de jogos/atividades promotoras da preservação da função que podem ser muito úteis para os doentes/cuidadores. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, habitualmente realizados num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos. Estes programas visam capacitar os indivíduos e as famílias cuidadores para conviverem com as alterações cognitivas, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o quotidiano. (Sousa & Sequeira, 2012)

A manutenção da saúde cognitiva tem uma importância fundamental na prevenção do compromisso cognitivo e no atraso da instalação do quadro demencial, da dependência e da (in)capacidade do idoso para se auto-cuidar. Estudos internacionais sugerem que a estimulação cognitiva se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da

perturbação depressiva; melhora da autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência; e que deve ser uma componente essencial do cuidado ao idoso. Pequenas melhorias, ou mesmo a estabilização das funções cognitivas podem ser consideradas ganhos de saúde significativos. Como tal, a estimulação cognitiva deve ser incluída nos programas de cuidados a pessoas idosas, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência. Adicionalmente, diferentes estudos evidenciam que a EC tem uma boa relação custo-benefício paralela à medicação, o que permite um impacto económico positivo. (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011)

A Ordem dos Enfermeiros (2010) defende que as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. Neste sentido, o EESMP assume um papel preponderante no processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo garantir uma atitude positiva, não discriminar e valorizar fortemente as capacidades das pessoas.

Segundo o Regulamento n.º129/2011 de 18 de Fevereiro, o EESM foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Conseguindo desta forma, diminuir o grau de incapacidade que algumas perturbações mentais originam.

Descrição do programa

Este programa de EC encontra-se estruturado em 10 sessões a serem desenvolvidas ao longo de 5 semanas, ou seja, com uma frequência de duas sessões por semana. Cada sessão terá uma duração variada entre 20 a 45 minutos. Estas deverão decorrer numa sala que proporcione condições confortáveis para as participantes, assim como silenciosa e bem iluminada.

Antecedendo a implementação do programa, é importante avaliar o perfil cognitivo da pessoa, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas. Desta forma, é utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE) como instrumento de avaliação cognitiva.

O objetivo geral deste programa visa promover a estimulação e manutenção das capacidades cognitivas das utentes da USJ.

Como objetivos específicos, foram definidos:

- Promover treino da memória,
- Melhorar a orientação,
- Promover a socialização,
- Promover o bem-estar,
- Melhorar a autonomia,
- Melhorar a qualidade de vida,

Defini como indicadores de avaliação deste programa:

- Taxa de execução das sessões do programa de EC planeadas
($\frac{\text{n.º de sessões do programa de EC realizadas}}{\text{n.º total de sessões do programa de EC planeadas}} \times 100$)
- Monitorização da participação e assiduidade

A monitorização e avaliação de resultados são da responsabilidade da enfermeira responsável pela implementação deste programa, com recurso à observação e utilização de instrumentos de avaliação tais como o MMSE (Anexo A) e grelha de observação (Anexo B).

Destinatários

O presente programa destina-se às pessoas assistidas da USJ, sendo o grupo constituído por quatro utentes.

Todos os participantes com características que possam condicionar a sua participação, tais como doença física grave, incapacidade sensorial, incapacidade ou nível de agitação são excluídos. Deste modo, constituem pré-requisitos para inclusão neste programa:

- Estabilização clínica;
- Défices cognitivos;
- Acuidade visual e auditiva preservadas;
- Capacidade de atenção e concentração que permita participar em atividades de grupo durante pelo menos 60 minutos

Recursos necessários

Este programa é implementado por uma Enfermeira, a desenvolver a sua Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para concretizar a implementação deste programa são necessários diversos recursos materiais, frequentemente, específicos para cada sessão. Desta forma, estes serão indicados no planeamento de cada sessão respetiva.

Planeamento das sessões

O programa, como já referido anteriormente, está organizado em 10 sessões. Segue-se o planeamento das sessões supracitadas.

1ª Sessão – A falar é que a gente se entende

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Maximizar capacidades linguísticas preservadas
- Promover o treino da memória

Fase inicial

- Apresentação de todos os elementos do grupo;
- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das participantes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Dinamizador do grupo escreve no quadro ou diz em voz alta o início de provérbios e solicita aos elementos do grupo que os completem.

Exemplos:

- Quem conta um conto, (acrescenta um ponto).
 - Grão a grão (enche a galinha o papo)
 - Quem não tem cão, (caça com gato).
 - De pequenino se (torce o pepino).
 - Cão que ladra (não morde).
 - Deus escreve certo (por linhas tortas).
 - Abril (águas mil).
 - Quem anda à chuva (molha-se).
 - Palavras, (leva-as os vento).
 - A cavalo dado (não se olha o dente).
 - Não deixes para amanhã (o que podes fazer hoje).
 - Quem tudo quer, (tudo perde).
 - Quem cala (consente).
 - Mais vale só, (que mal acompanhado).
 - Quem canta, (seu mal espanta).
 - Água mole em pedra dura (tanta bate até que fura).
 - Filhos criados, (trabalhos dobrados).
- Ouvir músicas tradicionais (conhecidas pelos participantes) e colocar música em pausa no refrão, de modo a que o grupo continue a cantar a música em questão.

Fase final

- Resumir a atividade realizada.
- Obter feedback sobre a atividade realizada
- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte
- Despedir-se

Material

- Quadro e canetas
- CDs de música ou lista de músicas no computador
- Leitor de CDs ou computador e colunas

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

2ª Sessão – Com trabalho e perseverança, tudo se alcança

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Promover a orientação
- Promover treino da memória

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Questionar participantes sobre a sua profissão e que profissão gostariam de exercer ou ter exercido.

- Solicitar aos participantes que identifiquem o nome dos profissionais que se dedicam a:
 - Consertar sapatos
 - Vender flores
 - Trabalhar com a madeira
 - Apagar incêndios
 - Entrega o correio
 - Vender carne
 - Cuidar do jardim
 - Ensinar as crianças na escola

- Após identificar a profissão, solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada com essa mesma.

- Realizar um jogo de memória. Cada participante deve, na sua vez, virar duas imagens e deixar que todos as vejam. Caso as figuras sejam iguais, o participante deve recolher consigo esse par. Se forem peças diferentes, estas devem ser viradas novamente, e sendo passada a vez ao participante seguinte.

Material

- Quadro e canetas
- Imagens

Tempo: 60 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

3ª Sessão – A conversa ainda não chegou à cozinha

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Maximizar capacidades linguísticas preservadas
- Promover o treino da memória
- Promover coordenação motora

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Jogo da bola: lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de pratos/ alimentos preferidos. Parar após a 2ª ronda.
- Designar uma letra do abecedário e solicitar que indiquem alimentos começados por essa letra.
- Escrever em 4 folhas distintas, uma categoria relacionada com a alimentação, nomeadamente, fruta, legumes, sobremesas, carne/peixe. Facultar aos elementos do grupo várias imagens, sendo que cada um deve escolher uma delas e colar na folha respetiva a categoria que pertence.
- Após identificar os alimentos, solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada com estes.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material:

- Quadro e canetas
- Bola
- Folhas
- Imagens

Tempo: 60 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

4ª Sessão – Quem tem medo, compra um cão

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Maximizar capacidades linguísticas preservadas
- Promover o treino da memória

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Reproduzir gravações de alguns efeitos sonoros de animais, tais como, galo, vaca, pássaros, cavalo, cão, gato, abelha, leão, lobo, galinha, pato, porco, burro, ovelha.

- Perguntar aos participantes qual o animal que emite esse som e solicitar que o imitem. De seguida, participantes devem corresponder esse som com a imagem apresentada.
- Após identificar os sons dos animais, solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada com estes.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Imagens
- CDs de música ou lista de músicas no computador
- Leitor de CDs ou computador e colunas

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

5ª Sessão – Há mar e mar, há ir e voltar

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Maximizar capacidades linguísticas preservadas
- Promover o treino da memória
- Promover a expressão de sentimentos

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Apresentar a imagem de uma paisagem de montanha e outra de praia.

- Solicitar aos elementos do grupo que identifiquem a paisagem, descrevam o que observam e partilhem os sentimentos e recordações que as imagens lhes proporcionam.
- Apresentar imagens de objetos/animais que podem ser encontrados na praia ou montanha e solicitar aos elementos do grupo que as classifique corretamente de acordo com o ambiente a que pertencem.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Imagens

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

6ª Sessão – Ao vivo e a cores

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Maximizar capacidades linguísticas preservadas
- Promover o treino da memória
- Promover a coordenação motora

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Jogo da bola: lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de cores. Parar após a 2ª ronda.

- Perguntar aos participantes, 5 nomes de objetos/ alimentos: azuis, vermelhos e verdes e solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada com estes.
- Jogo das cores e formas: participantes têm de associar uma forma à uma cor, numa espécie de puzzle. (ex: um quadrado vermelho, têm de encontrar a palavra vermelho e quadrado e completar o puzzle)

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Lembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Bola
- Jogo das cores e formas ou imagens

Tempo: 60 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

7ª Sessão – Grão a grão, enche a galinha o papo

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Promover a concentração
- Exercitar a motricidade fina
- Promover a orientação

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

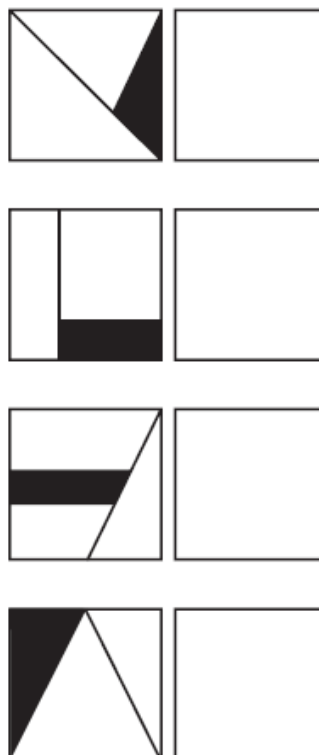
Fase intermédia

- Entregar a cada participante um folha com os exercícios:

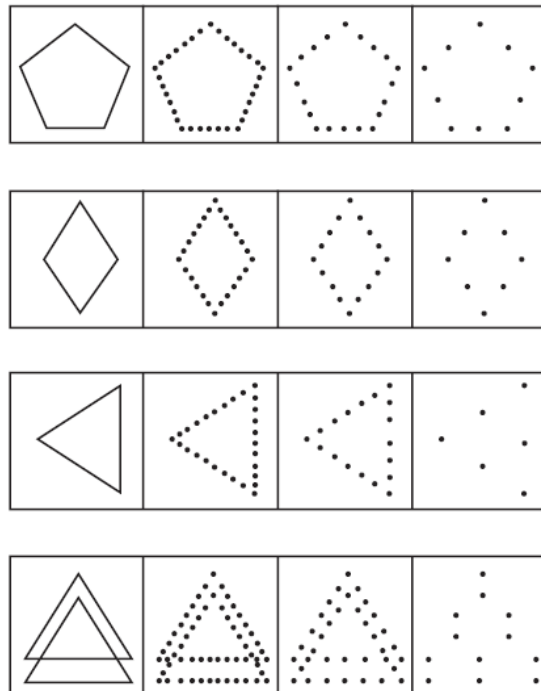
- Marcar com um círculo todos os «A» e com um quadrado os «U».



- Copie a imagem do quadrado esquerdo no quadrado em branco



- Copie a figura, seguindo os pontos



Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Folhas com exercícios

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

8ª Sessão – Devagar se vai ao longe

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Promover a concentração
- Exercitar a motricidade fina
- Promover a orientação

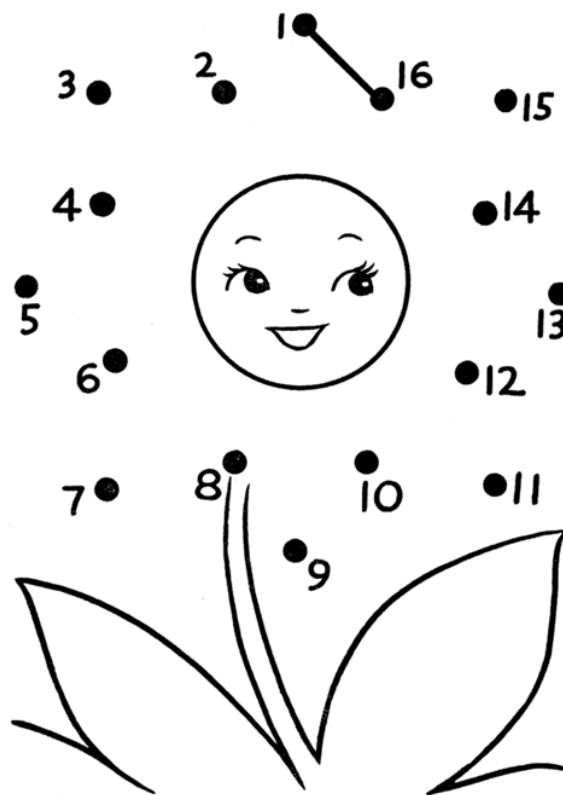
Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

Fase intermédia

- Solicitar aos participantes que realizem os seguintes movimentos, primeiro com a mão direita e depois com a esquerda.

- Pentear-se
 - Mexer o café numa chávena
 - Dizer adeus com a mão
 - Abrir uma fechadura, rodando com as chaves
 - Rodar a mão como se estivesse a chamar alguém
 - Sinal com a mão para pedir silêncio
- Entregar a cada participante, uma folha com o desenho de uma flor iniciada, sendo que cada uma deve completar o desenho, unindo os números por ordem e por fim pintar o desenho



- Após identificar a flor, solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada a temática.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação

- Relembra data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Folhas com imagem
- Lápis de cor ou marcadores

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

9ª Sessão – Para bom entendedor meia palavra basta

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Promover a concentração
- Exercitar a motricidade fina
- Promover a orientação

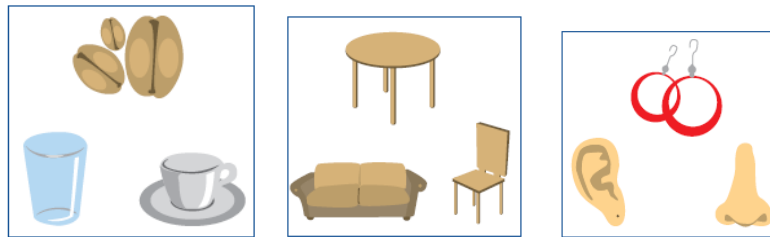
Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições)

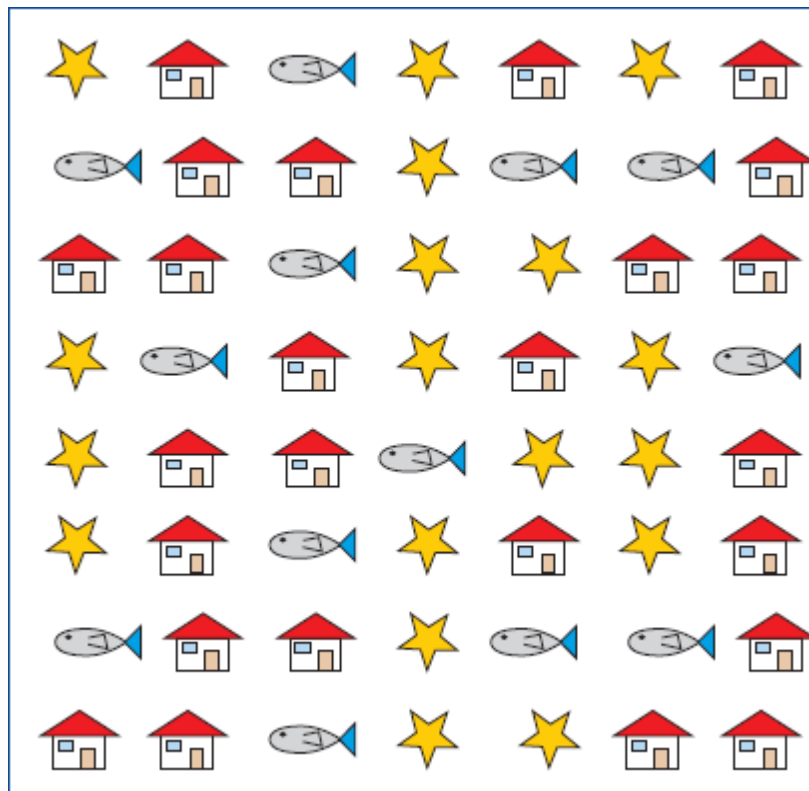
Fase intermédia

- Entregar aos participantes um folha com os exercícios:

- Com uma linha, une os objetos relacionados. No fim, dinamizador solicitar que participantes justifiquem a sua escolha.



- Identifique a seguinte imagem,, fazendo um círculo à volta.



- Encontre as seguintes palavras:

FELIZ

CASA

AMOR

VIDA

C	B	V	I	L	E	P
A	G	I	F	S	H	J
S	V	D	A	M	O	R
A	L	A	D	C	A	R
T	S	F	E	L	I	Z

- Após identificar as palavras, solicitar que expresse os seus sentimentos ou experiência anterior relacionada com estas.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- Folhas com exercícios

Tempo: 45 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

10ª Sessão – O que é bom acaba depressa

Objetivos principais da sessão:

- Promover a interação social
- Incentivar a partilha de opiniões e experiências
- Promover o treino da memória
- Avaliar o programa de EC

Fase inicial

- Cumprimentar individualmente, utilizando o nome das utentes;
- Questionar:
 - Orientação temporal:
 - Dia da semana,
 - Dia do mês
 - Mês
 - Ano
 - Estação do ano
 - Horas
 - Parte do dia
 - Orientação espacial:
 - Nome da unidade
 - Local onde está a ser aplicado o PEC
 - Andar
 - Cidade
 - País
- Escrever no quadro estas informações;
- Partilhar e discutir eventos recentes (notícias, acontecimentos recentes ocorridos na unidade ou até sobre as refeições).

Fase intermédia

- Aplicar o MMSE.

- Promover um pequeno debate entre participantes de modo a abordar pontos positivos e pontos susceptíveis de melhoria, promovendo espírito crítico dos participantes.
- Promovendo um momento de partilha entre o grupo, entregando um chocolate a cada participante.

Fase final

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Agradecer participação
- Relembrar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Despedida

Material

- Quadro e canetas
- MMSE
- Chocolates

Tempo: 60 minutos

Avaliação: Aplicar grelha de avaliação das sessões (Anexo B)

Conclusão

A estimulação cognitiva tem evidenciado efeitos positivos essencialmente em doentes com demência leve e, em alguns casos, moderada. Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. (Ordem dos Enfermeiros, 2010) Em termos de prevenção, acredita-se que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como princípio para a promoção de saúde de idosos e, conseqüentemente, de prevenção às demências, graves ou leves. Nesse sentido, atividades mentais funcionam como um fator de proteção às funções cognitivas. (Soares, 2006) Assim sendo, considere pertinente implementar um programa de EC com vista a prevenir o declínio das capacidades cognitivas e funcionais de um grupo de pessoas institucionalizadas na USJ de modo a promover um aumento da auto-estima e conseqüentemente de qualidade de vida deste.

Este trabalho permitiu assim aplicar e mobilizar conhecimentos adquiridos no meu percurso académico e vida profissional. Precisei aprofundar alguns e adquirir outros que fomentaram este trabalho, que considero muito pertinente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Como principal dificuldade na realização deste programa aponto a minha falta de experiência no planeamento mas também na implementação de um programa deste cariz. Identifico como possíveis condicionantes na sua implementação: a possibilidade da ocorrência de destabilização clínica de algum elemento participante que possa condicionar a sua adesão e participação no programa e eventualidades imprevistas. Mas também dificuldades relativas à análise estatística da informação obtida.

Em suma, estou com bastante expectativa relativamente à implementação, monitorização e avaliação deste programa de EC, assim como ao feedback dos participantes. Considero ser muito relevante ter em atenção as sugestões e apontamentos dos Tutores do estágio, assim como dos participantes de modo à introduzir eventuais alterações.

Bibliografia

Apóstolo, J.; Cardoso, D.; Marta, L.; Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Referência*. Série III, 5, 193-201.

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012) Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos “Fazer a diferença”. Com base em: Spector, A; Thorgrimsen, L; Woods, B & Orrell, M, (2006). Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia. [Consult. 2014-09-28]. Disponível em http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=18954&codigo=870758549

Apóstolo, J.; Carvalho, A.; Tavares, C.; Cardoso, D.; Carvalho, M.; Baptista, T. (2013). Efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos. *Journal of Aging and Innovation* 2, 3: 82 - 91.

Costa, A.R. D., Sequeira, C. (2013) Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 9, 14-20

Ferreira, P. (2011) Envelhecimento activo e relações intergeracionais. [Consult. 2014-09-16]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6091/1/ICS_PM_Ferreira_Envelhecimento_AI.pdf

Jesus, I; Sena, E.; Meira, E.; Gonçalves, L, & Alvarez, A. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2), 285-292. [Consult. 2014-09-27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200012&script=sci_arttext

Ordem dos Enfermeiros. (2010). PARECER nº 02 / 2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*, pp. 1–5. [Consult. 2014-09-28]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer02_MCEESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas_com_demencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. [Consult. 2014-09-16]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

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

Sousa, L; Sequeira, C. (2012). Concepção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 8, 7-15.

Soares, E. (2006) – Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. [Consult. 2014-09-30]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0302.pdf>.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6a edição.). Loures: Lusociência. ISBN978-972-8930-61-5

Woods, B., Aguirre, E., Spector A.E., Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *CochraneDatabaseofSystematicReviews*2012, Issue2. Art. No.: CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Anexos

Anexo A

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação

(1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção

(contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo

(1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação

(1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem

(1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio_____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

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

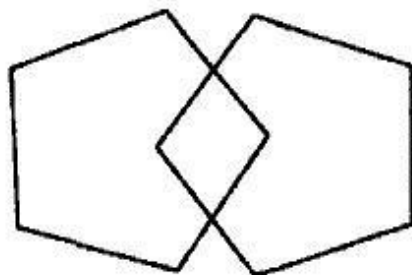
Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva

(1 ponto pela cópia correcta.)

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



Nota:_____

TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com defeito cognitivo:

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

Anexo B

Grelha de avaliação das sessões

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivação										
Atenção										
Participação										
Interesse										
Interação										
Comportamento										

Legenda:

Motivação:

- 0 – recusou integrar o grupo
- 1 – necessitou de persuasão
- 2 – aderiu espontaneamente

Interesse:

- 0 – não demonstrou sinal de interesse
- 1 – demonstrou ocasionalmente
- 2 – Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 – Interessou-se durante toda a sessão

Atenção:

- 0 – nula
- 1 – alguma
- 2 – na maior parte da sessão
- 3 – em toda a sessão

Interação:

- 0 – nenhuma interação
- 1 – Só fala quando questionada
- 2 – responde a outros membros do grupo
- 3 – interage espontaneamente

Participação:

- 0 – não há resposta
- 1 – poucas respostas, não colabora
- 2 – participa ativamente, quando motivada
- 3 – participa ativamente, sem necessidade de motivação

Comportamento

- 0 – agitado
- 1 – inquieto
- 2 – desorganizado
- 3 - adequado

Anexo VI

Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva

Grelha de avaliação das sessões (AC)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivação	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Atenção	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
Participação	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Interesse	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3
Interação	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Comportamento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Legenda:

Motivação:

- 0 – recusou integrar o grupo
- 1 – necessitou de persuasão
- 2 – aderiu espontaneamente

Atenção:

- 0 – nula
- 1 – alguma
- 2 – na maior parte da sessão
- 3 – em toda a sessão

Participação:

- 0 – não há resposta
- 1 – poucas respostas, não colabora
- 2 – participa ativamente, quando motivada
- 3 – participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse:

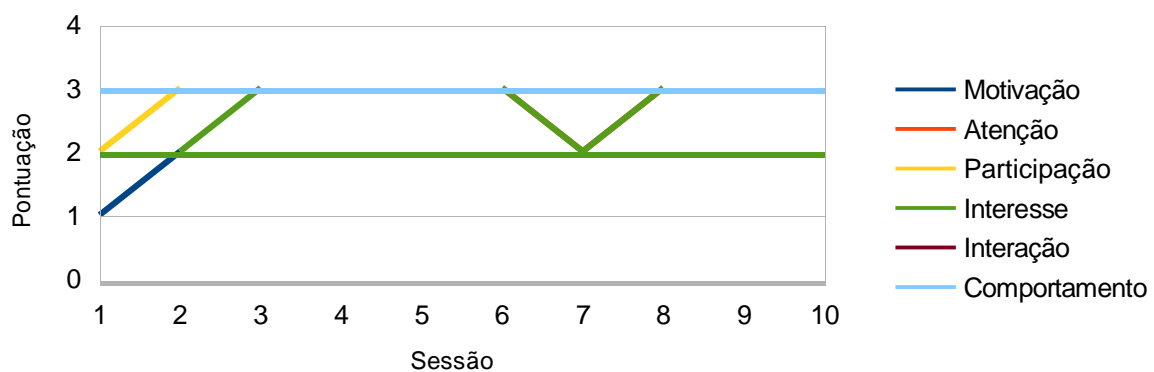
- 0 – não demonstrou sinal de interesse
- 1 – demonstrou ocasionalmente
- 2 – Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 – Interessou-se durante toda a sessão

Interação:

- 0 – nenhuma interação
- 1 – Só fala quando questionada
- 2 – responde a outros membros do grupo
- 3 – interage espontaneamente

Comportamento

- 0 – agitado
- 1 – inquieto
- 2 – desorganizado
- 3 - adequado



Grelha de avaliação das sessões (CM)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivação	0	0	1	2	1	2	1	1	2	2
Atenção	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2
Participação	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2
Interesse	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2
Interação	0	0	1	1	3	1	3	3	3	3
Comportamento	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3

Legenda:

Motivação:

- 0 – recusou integrar o grupo
- 1 – necessitou de persuasão
- 2 – aderiu espontaneamente

Atenção:

- 0 – nula
- 1 – alguma
- 2 – na maior parte da sessão
- 3 – em toda a sessão

Participação:

- 0 – não há resposta
- 1 – poucas respostas, não colabora
- 2 – participa ativamente, quando motivada
- 3 – participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse:

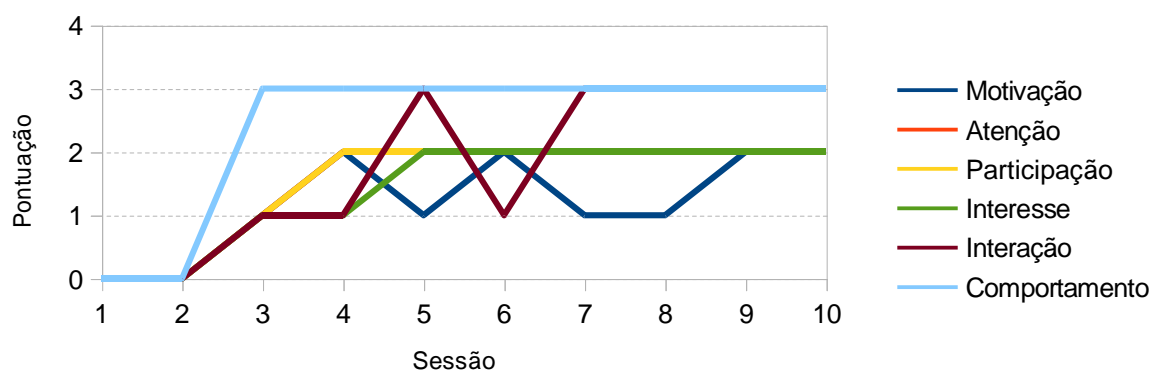
- 0 – não demonstrou sinal de interesse
- 1 – demonstrou ocasionalmente
- 2 – Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 – Interessou-se durante toda a sessão

Interação:

- 0 – nenhuma interação
- 1 – Só fala quando questionada
- 2 – responde a outros membros do grupo
- 3 – interage espontaneamente

Comportamento

- 0 – agitado
- 1 – inquieto
- 2 – desorganizado
- 3 - adequado



Grelha de avaliação das sessões (FM)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivação	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Atenção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participação	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Interesse	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Interação	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Comportamento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Legenda:

Motivação:

- 0 – recusou integrar o grupo
- 1 – necessitou de persuasão
- 2 – aderiu espontaneamente

Atenção:

- 0 – nula
- 1 – alguma
- 2 – na maior parte da sessão
- 3 – em toda a sessão

Participação:

- 0 – não há resposta
- 1 – poucas respostas, não colabora
- 2 – participa ativamente, quando motivada
- 3 – participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse:

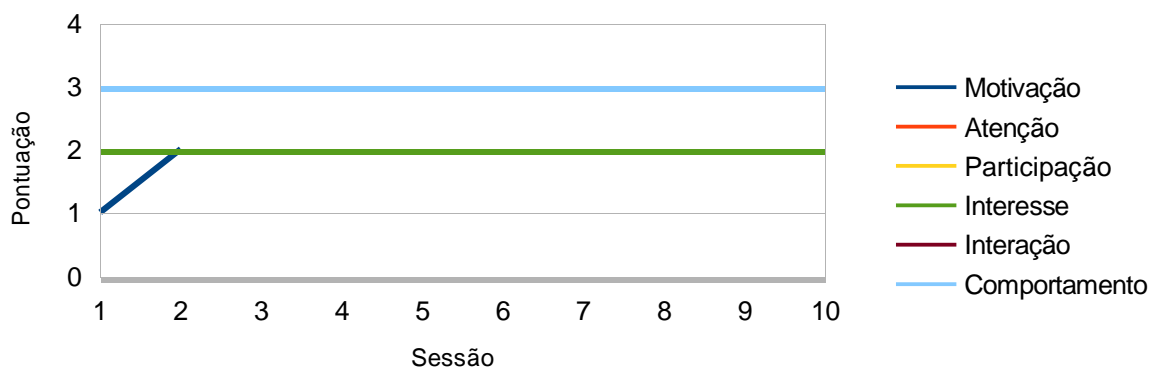
- 0 – não demonstrou sinal de interesse
- 1 – demonstrou ocasionalmente
- 2 – Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 – Interessou-se durante toda a sessão

Interação:

- 0 – nenhuma interação
- 1 – Só fala quando questionada
- 2 – responde a outros membros do grupo
- 3 – interage espontaneamente

Comportamento

- 0 – agitado
- 1 – inquieto
- 2 – desorganizado
- 3 - adequado



Grelha de avaliação das sessões (AM)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivação	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Atenção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participação	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Interesse	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Interação	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3
Comportamento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Legenda:

Motivação:

- 0 – recusou integrar o grupo
- 1 – necessitou de persuasão
- 2 – aderiu espontaneamente

Atenção:

- 0 – nula
- 1 – alguma
- 2 – na maior parte da sessão
- 3 – em toda a sessão

Participação:

- 0 – não há resposta
- 1 – poucas respostas, não colabora
- 2 – participa ativamente, quando motivada
- 3 – participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse:

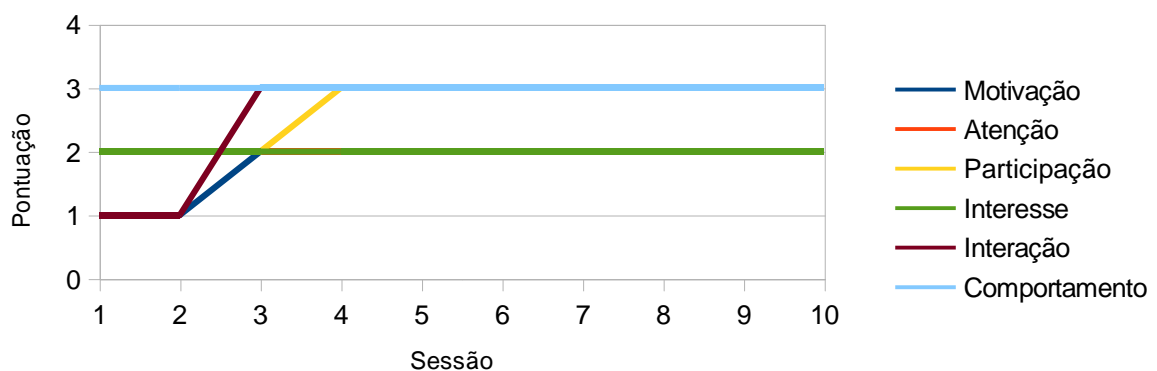
- 0 – não demonstrou sinal de interesse
- 1 – demonstrou ocasionalmente
- 2 – Interessou-se a maior parte da sessão
- 3 – Interessou-se durante toda a sessão

Interação:

- 0 – nenhuma interação
- 1 – Só fala quando questionada
- 2 – responde a outros membros do grupo
- 3 – interage espontaneamente

Comportamento

- 0 – agitado
- 1 – inquieto
- 2 – desorganizado
- 3 - adequado



Anexo VII

Planos das sessões do Programa de Treino de Gestão do Regime Medicamentoso

Plano da Sessão nº1

Tema: Apresentação e Avaliação Inicial Nº de Sessão: Sessão nº 1 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivos Específicos: - Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente; - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades do programa.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução ao programa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer horário e dia das sessões; • Aplicar Instrumentos de avaliação inicial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças; • Preenchimento de instrumentos de Avaliação Inicial.

Plano da Sessão nº2

Tema: Importância da Adesão à Terapêutica Nº de Sessão: Sessão nº 2 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivos Específicos: - Explorar os conhecimentos e crenças da pessoa; - Sensibilizar para a adesão ao regime terapêutico; - Promover a adesão ao programa.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução; • Medicação e sua importância; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	Participação/Atenção demonstrada pelas <ul style="list-style-type: none"> • participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades sentidas na gestão do regime medicamentoso, • Importância da adesão ao regime terapêutico; • Falsos mitos sobre medicação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	Mesas e Cadeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças; • Grelha de Observação da Sessão; • Grelha de Avaliação da Sessão.

Plano da Sessão nº3

Tema: Ensino de Preparação da Medicação Nº de Sessão: Sessão nº 3 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivo Específico: - Ensinar a pessoa a gerir o regime medicamentoso.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	Participação/Atençã <ul style="list-style-type: none"> • o demonstrada pelas participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Como preencher guia terapêutico; • Como preparar a medicação por tomas em “caixa de medicação semanal” (seguindo o guia de tratamento); • Cuidados no manuseamento da medicação; • Possíveis erros de preparação; • Importância do cumprimento da medicação injetável (se aplicável); • Alterações Terapêuticas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras • Caixa de preparação de medicação semanal, guia terapêutico, caneta para preencher o guia terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças • Grelha de Observação da Sessão; • Grelha de Avaliação da Sessão.

Plano da Sessão nº4-7

Tema: Auto Preparação da Medicação Com Supervisão Nº de Sessão: Sessão nº 4 à 7 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: -Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivo Específico: - Promover a adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos - Treinar a pessoa a preparar a caixa para comprimidos			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do guia terapêutico; • Auto preparação da medicação pela pessoa com recurso ao guia de tratamento e supervisão contínua; Abordagem de possíveis erros de preparação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras • Caixa de preparação de medicação semanal, guia terapêutico, caneta para preencher o guia terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças • Grelha de Observação da Sessão; • Grelha de Avaliação da Sessão.

Plano da Sessão nº8-11

Tema: Preparação da Medicação Autonomamente Nº de Sessão: Sessão nº 8 à 11 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: -Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivo Específico: - Promover a adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos - Treinar a pessoa a preparar a caixa para comprimidos			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Auto preparação da medicação com recurso ao guia de tratamento; • Verificação final pelo enfermeiro da medicação preparada; • Abordagem possíveis erros de preparação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras • Caixa de preparação de medicação semanal, guia terapêutico, caneta para preencher o guia terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças • Grelha de Observação da Sessão; • Grelha de Avaliação da Sessão.

Plano da Sessão nº12

Tema: Avaliação Final Nº de Sessão: Sessão nº 12 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Equipa de Enfermagem Local: Sala de reuniões Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: -Desenvolver capacidade de gestão do regime medicamentoso Objetivo Específico: - Avaliar a capacidade para gerir o regime medicamentoso			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Desenvolvimento	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento da Avaliação Final; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de Presenças; • Preenchimento de instrumentos de Avaliação Final.

Anexo VIII

Operacionalização do Workshop de Primeiros Socorros



Irmãs Hospitaleiras



Gabinete Integrado de Serviços Saúde Menca

Workshop Primeiros Socorros

Sílvia Peixoto e Ana Isabel Alves
junho de 2014

Índice

1. Definição de Feridas;
2. Classificação das Feridas;
3. Primeiros socorros para o tratamento de feridas;
4. Exercícios Práticos.

O que é uma ferida?

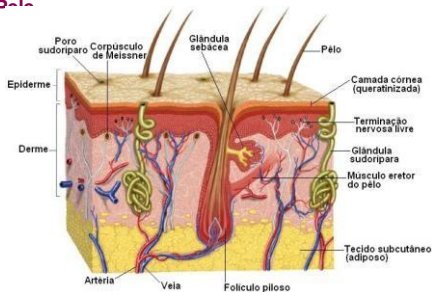


Feridas -Pele

- ✓ É o maior órgão do corpo humano;
- ✓ Constitui 16% do peso corporal, cobrindo quase todo o corpo;
- ✓ Mede cerca de 1,5 a 2m² num adulto jovem de estatura mediana;
- ✓ A sua espessura varia de 3mm nas palmas das mãos e plantas dos pés até 1mm nas pálpebras;
- ✓ Ao longo da nossa vida perdemos cerca de 47,6 Kg de pele;



Feridas -Pele



Primeiros socorros o que não deve fazer

- Tocar nas feridas sangrantes sem luvas;
- Utilizar o mesmo material (luvas, compressas, etc.) em mais do que uma pessoa;
- Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida;
- Utilizar mercurocromo ou tintura de metilato;
- Utilizar algodão;
- Fazer compressão directa em locais onde haja suspeita de fracturas ou de corpos estranhos encravados;
- Tentar tratar uma ferida grave, extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados ou que contenha corpos estranhos;
- Utilizar produtos que possam agredir o tecido lesionado (pasta dentífrica, borra de café, água oxigenada, álcool, etc.);



Primeiros Socorros

- ✓ Devem ser tidas em conta as precauções universais de segurança (contacto com fluidos orgânicos);
- ✓ Fundamental manter a limpeza máxima da ferida, mas nunca esquecer que:
- ✓ As lesões graves devem ser cuidadas em ambiente hospitalar, por uma equipa profissional competente;



Picadas Primeiros Socorros

Abelhas e vespas

- ✓ Retirar o ferrão cuidadosamente com uma pinça (se possível);
- ✓ Desinfectar com anti-séptico;
- ✓ Aplicar gelo localmente;
- ✓ Transporte urgente para o hospital em caso de:
 - ✓ Picadas múltiplas (enxame)
 - ✓ Picadas em pessoas alérgicas → ATENÇÃO REACÇÕES TARDIAS
 - ✓ Picadas na boca e garganta (risco de asfixia)



Picadas Primeiros Socorros

Peixes venenosos/ ouriços/ alforrecas

- ✓ Aplicar água quente (desnatura a toxina) e só depois aplicar cloreto de etilo (sensação de frio)/ gelo/ água fria pois estas picadas provocam frequentemente dores intensas;
- ✓ Se não aliviar, encaminhar para o hospital para tratamento farmacológico;



Mordeduras Primeiros Socorros

- ✓ Mais comuns são de cães e gatos;
- ✓ Menos comuns (geralmente, mais perigosas): de cobras e roedores;
- ✓ As consequências de uma mordedura dependem do tipo de animal e da gravidade da mordedura:
 - ✓ Raiva (infecção grave, causada por um vírus que ataca o SNC e que é geralmente fatal);
 - ✓ Veneno;
 - ✓ Hemorragia;
 - ✓ Infecção;
 - ✓ Perda de tecido (ferimentos desfigurantes);
 - ✓ Tétano;
 - ✓ Reacções alérgicas;



Mordeduras Primeiros Socorros

Mordedura de cão/ gato/ rato/ humano:

- Lavar a área afectada com água corrente, sem esfregar;
- Desinfectar o local da mordedura com iodopovidona;
- Cobrir o ferimento com compressa esterilizada ou pano limpo;
- Aplicar gelo embrulhado num pano limpo durante 10 minutos;
- Informar-se se o agente agressor está correctamente vacinado;
- Providenciar actualização da vacina do tétano da vítima;
- Transportar sempre a vítima para o hospital / Centro de Saúde → necessário avaliar possibilidade de iniciar antibioticoterapia;
- Atentar a sinais infecciosos posteriores (mesmo estando medicado com ATB)



Mordeduras Primeiros Socorros



Mordedura de animais venenosos:

- Manter a vítima deitada e evitar que se movimente para não favorecer a absorção do veneno;
- Se a mordedura for na perna ou braço, mantenha-os em posição mais baixa que o coração;
- Lavar o local com água corrente, sem esfregar;
- Desinfectar com iodopovidona;
- Colocar gelo ou água fria sobre o local;
- Remover anéis e relógios, prevenindo assim complicações decorrentes do edema;
- Cobrir o ferimento com compressa esterilizada ou pano limpo;
- Encaminhar a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo;
- Não fazer garrotes;

Uso da Iodopovidona

- ✓ O seu uso deve ser consciencioso – indicado em feridas infectadas ou com potencial infeccioso;
- ✓ A iodopovidona encontra-se contra-indicada em caso de:
 - ✓ Hipersensibilidade à iodopovidona ou iodo;
 - ✓ Disfunção tiroideia;
 - ✓ Desinfecção de material médico-cirúrgico;
 - ✓ Crianças com idades inferiores a 12 anos (uso ponderado);
 - ✓ Gravidez e lactação;



Aplicação de Pensos

Objetivo: proteger o ferimento de microorganismos e substâncias químicas e ainda prevenir hemorragias

Tratamento Primário:

- Após a lavagem e possível desinfecção, atenção à forma de aplicação de penso esterilizado (não contactar com a zona esterilizada)

Envolve:

- A segurança do cuidador;
- Promoção de todo o conforto possível à vítima;
- Alívio da dor;
- Parar ou prevenir uma hemorragia;
- Prevenir a contaminação da ferida (risco de infecção)



Ligaduras

Objetivos:

- ✓ Suportar penso ou tala;
- ✓ Fixar ao corpo um aparelho de tração;
- ✓ Efectuar hemostase e impedir formação de hematomas;
- ✓ Imobilizar ou limitar a mobilidade de zonas lesionadas (luxação, entorse)
- ✓ Facilitar a circulação venosa;
- ✓ Prevenir lesões.



Ligaduras



- Ligaduras de gaze – feitas de tecido de gaze de vários tamanhos; permitem manter sempre a mesma tensão.



- Ligaduras elásticas – feitas de tecido elástico de nylon, permitem alguma margem de compressão.

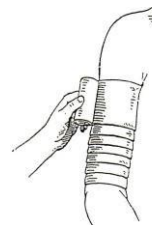


- Ligaduras de algodão – feitas de algodão ou material sintético, usadas principalmente para proteção e almofadar.

Classificação das Ligaduras

Classificação segundo a direção que tomam:

- ✓ Ligaduras circulares

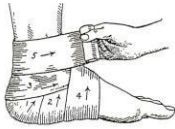


- Ligaduras em espiça ou cruzada



Classificação das Ligaduras

- Ligadura em leque ou em 8



- Ligadura recorrente



Ligaduras Princípios

- ✓ A ligadura pode assumir vários tamanhos de comprimento e de largura;
- ✓ Deve ser escolhida de acordo com a região do corpo a que se destina;
- ✓ A quantidade de ligadura utilizada, deve ser apenas a suficiente para o objetivo (o excesso aumenta o calor da área).
- ✓ Aplicadas de forma a que a pressão exercida não comprometa a circulação;
- ✓ Sempre que possível deixar a descoberto a extremidade distal do membro ligado;
- ✓ A pele deve estar limpa e seca;
- ✓ O calor e humidade favorecem o crescimento de microorganismos (substituir regularmente as ligaduras);
- ✓ Não colocar ligadura diretamente sobre ferida.



Ligaduras Exercício prático

- ✓ Parte do corpo deve estar numa posição confortável de alinhamento anatómico normal.
- ✓ Evitar desenrolar grande quantidade de ligadura.
- ✓ Iniciar-se com 2 circulares sobrepostas e terminar do mesmo modo.
- ✓ Cada volta da ligadura deve cobrir cerca de metade da volta anterior.
- ✓ Para emendar uma ligadura, fixa-se a extremidade da primeira, com 2 circulares da segunda.



Irmãs
Hospitaleiras

Obrigada.



Irmãs Hospitaleiras



Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental

Workshop Primeiros Socorros

Sílvia Peixoto e Ana Isabel Alves
junho de 2014

Índice

1. Definição de Queimadura;
2. Classificação das Queimaduras;
3. Primeiros socorros para o tratamento de Queimaduras;
4. Exercícios Práticos.

O que é uma queimadura?

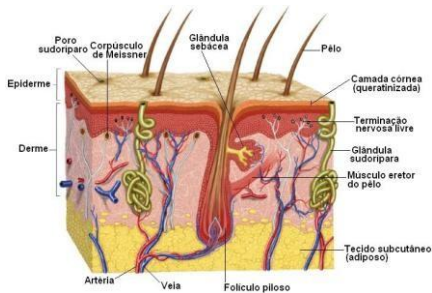


Feridas -Pele

- ✓ É o maior órgão do corpo humano;
- ✓ Constitui 16% do peso corporal, cobrindo quase todo o corpo;
- ✓ Mede cerca de 1,5 a 2m² num adulto jovem de estatura mediana;
- ✓ A sua espessura varia de 3mm nas palmas das mãos e plantas dos pés até 1mm nas pálpebras;
- ✓ Ao longo da nossa vida perdemos cerca de 47,6 Kg de pele;



Feridas - Pele



Feridas – Funções da Pele

- ✓ Proteção do organismo contra ameaças externas físicas;
- ✓ Funções Imunitárias;
- ✓ Regulação do calor, protegendo contra a desidratação;
- ✓ Funções nervosas, constituindo o sentido do tacto;
- ✓ Funções metabólicas, como a produção de vitamina D;

Queimaduras?

- ✓ Lesão em determinada parte do organismo desencadeada por agente **térmico, químico, elétrico** ou por **radiação** provocando na maioria das vezes dor intensa;

A sua gravidade depende de:

- ✓ Zona atingida pela queimadura (localização)
- ✓ Extensão da queimadura
- ✓ Profundidade
- ✓ Natureza ou causa da queimadura
- ✓ Fragilidade do indivíduo



Queimaduras - Que complicações?

Imediatas:

- ✓ Estado de choque por perda de fluidos orgânicos (plasma, sangue e desidratação);
- ✓ PCR (secundária ao estado de choque)
- ✓ Dor

Tardias:

- ✓ Infecção
- ✓ Cicatrização insuficiente (enxertos);
- ✓ Fator psicológico;



Queimaduras - Que consequências?

- ✓ Desfigurado;
- ✓ Perda da função de movimentos;
- ✓ Deformado e/ou lesão de órgão;
- ✓ Desregulação térmica;
- ✓ Morte (desidratação ou infecção)



Queimaduras - Que complicações?

- ✓ **Choque** - Devido a dor violenta e perda de plasma (componente líquido do sangue no qual as células sanguíneas estão suspensas) quando esta se verifica. Exemplo: Grandes queimados.
- ✓ **Infeção** - Devido á destruição da pele (perda da defesa contra as infecções - geralmente esta complicação não se apresenta ao socorrista). Exemplo queimaduras de 2º e 3º grau.
- ✓ **Edema da Glote** - Devido à reação de calor sobre a mucosalaríngea.
- ✓ **Lesão Pulmonar** - Devido a calor direto ou vapor de água quente.



Queimaduras – Agente Causor

Térmico

- ✓ Calor húmido (vapor);
- ✓ Calor seco;
- ✓ Transmissão de calor (objetos aquecidos)

Químico

- ✓ Póis;
- ✓ Líquidos;

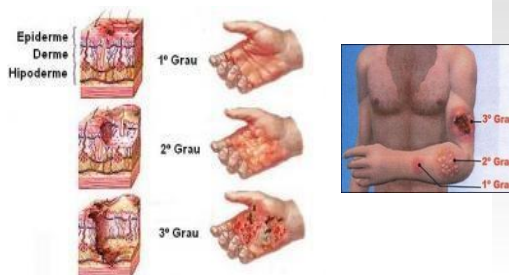
Elétrico

Radiações

- ✓ Raios Ultravioletas;
- ✓ Raios X;
- ✓ Substâncias Radioativas



Queimaduras – Classificação quanto à Profundidade ou Grau



Queimaduras de 1º Grau

1º Grau (atinge a epiderme) - é uma lesão à superfície da pele.

Sinais/sintomas

- ✓ Pele vermelha (eritema), quente, seca, dolorosa e sente-se calor.



Queimaduras de 1º Grau

Primeiros Socorros

- ✓ Arrefecer o mais possível até desaparecer a dor por completo (colocando na zona atingida compressas ou panos limpos sem pelos, molhados com soro fisiológico, ou também se pode colocar a área lesada debaixo de água corrente, fria pelo menos 10 minutos).
- ✓ Após o arrefecimento, colocar um creme hidratante, neutro sem corantes (Ex. creme nivea). Não colocar gorduras.



Queimaduras de 2º Grau

2º Grau (atinge a derme) – atinge a pele em maior profundidade (derme).

Sinais/sintomas

- ✓ Pele vermelha (eritema), quente, seca com ardor e dor, aparecem as flictenas (bolhas com plasma)



Queimaduras de 2º Grau

Primeiros Socorros

- ✓ Arrefecer com soro fisiológico ou água o mais fria possível.
- ✓ Transportar a vítima para o hospital se necessário.
- ✓ Não reventar as flictenas;
- ✓ Após os cuidados iniciais, cubra as bolhas com gaze e vaselina líquida estéril, mantendo curativos diários até a total cicatrização.
- ✓ Deve ser observados sinais de possível infeção local: aumento da dor, eritema, edema persistente, e presença de secreção amarelada ou pús.
- ✓ Em caso de lesão nos membros mantenha a região queimada mais elevada do que o resto do corpo, para diminuir o inchaço.
- ✓ Deve-se ingerir bastante líquido e, se houver muita dor, um analgésico.



Queimaduras de 3º Grau

3º Grau (atinge a totalidade do tecido cutâneo) - Existe a destruição da pele e de outros tecidos adjacentes, podendo chegar à carbonização.

Sinais/sintomas

- ✓ Pele de cor acastanhada (necrose), dor (devido a existência de terminações nervosas não atingida (queimaduras do 1º e 2º Grau)



Queimaduras de 3º Grau

Primeiros Socorros

- ✓ Arrefecer com soro fisiológico.
- ✓ Colocar penso e cobertura.
- ✓ Promover a evacuação da vítima para o hospital.
- ✓ Os cuidados iniciais dependem da gravidade do caso. Se houver queimaduras com produtos químicos, plásticos ou algo que esteja aderido à pele e não saia com facilidade, não devem ser removidas, apenas lavar abundantemente com água fria e cobrir com um pano limpo molhado, encaminhando a pessoa à urgência.
- ✓ Se possível, remover anéis, cintos, sapatos e roupas antes que o corpo inche.



Queimaduras – Classificação quanto à Extensão

O importante na queimadura não é o seu tipo e nem o seu grau, mas sim a extensão da pele queimada, ou seja, a área corporal atingida.

- ✓ **Baixa**: menos de 15% da superfície corporal atingida
- ✓ **Média**: entre 15 e menos de 40% da pele coberta e
- ✓ **Alta**: mais de 40% do corpo queimado.

Uma regra prática para avaliar a extensão das queimaduras pequenas ou localizadas, é compará-las com a superfície da palma da mão do acidentado, que corresponde, aproximadamente a 1% da superfície corporal.



Queimaduras Extensas

Primeiros Socorros

- ✓ Pedir ajuda;
- ✓ Verificar condições de segurança (risco de incêndio, utilização de luvas, etc.);
- ✓ Interromper a fonte/causa da queimadura;
- ✓ Não despir, nem arrancar a roupa;
- ✓ Arrefecer imediatamente para aliviar e a dor parar;
- ✓ Se a roupa da vítima estiver a arder, envolva a vítima numa toalha molhada, cobertor ou manta de incêndio, deitando-a e rolando-a no chão (cuidado com tecidos sintéticos);
- ✓ Prevenir o choque e a hipotermia.



Queimaduras - Casos Especiais

Queimadura nos olhos

- ✓ Lavar demoradamente com um fio de soro fisiológico ou água corrente, do canto interno (lacrimal) para o canto externo (temporal);
- ✓ Deixar o Globo ocular humedecido;
- ✓ Colocar a vítima num ambiente com pouca luz, a fim de evitar a colagem das pálpebras.
- ✓ Não fazer penso oclusivo.

Queimaduras nas articulações e em zonas de contacto

- ✓ São locais onde a pele queimada pode ficar em contacto com a pele também queimada, o que pode originar colagem. Assim, em todos estes pontos, deve-se interpor compressas ou panos limpos, sem pêlos e molhados para se evitar a colagem.



Queimaduras - Casos Especiais

Queimadura provocadas por produtos químicos

- ✓ A vítima é colocada rapidamente debaixo de água corrente, de preferência chuveiro, completamente vestida;
- ✓ A roupa é retirada durante o duche, o qual deve demorar de 15 a 20 minutos.
- ✓ Se o produto for um pó deve-se, se possível, tentar retirar o máximo de produto com um pano (o produto pode reagir com água e potenciar as complicações da lesão);
- ✓ Ter atenção ao controlo de temperatura (hipotermia) e Choque;
- ✓ Cobrir a vítima e promover o seu transporte ao hospital;
- ✓ Não usar produtos neutralizantes (o produto pode reagir com o químico e aumentar a lesão).



Queimaduras - O QUE NÃO DEVE FAZER

- ✓ Abrir as flictenas ou remover a pele das mesmas (risco de infecção);
- ✓ Aplicar produtos agressivos na queimadura, tais como pasta dos dentes, manteiga, etc.;
- ✓ Aplicar gelo;
- ✓ Induzir hipotermia na vítima (pela perda de pele e aplicação de líquidos frios);
- ✓ Retirar qualquer partícula ou objecto que tenha ficado aderente a queimadura (risco de hemorragia);



Queimaduras provocadas pelo FRIO

- ✓ Pode provocar o congelamento dos vasos sanguíneos, que podem posteriormente interromper o fornecimento de sangue à zona afectada e podem resultar em necrose e gangrena;
- ✓ As regiões queimadas pelo frio ficam frias a princípio, duras e brancas, e posteriormente vermelhas e inchadas. Por fim, cianosadas a pretas.



Queimaduras provocadas pelo FRIO

Primeiros Socorros

- ✓ Levar a vítima para um local quente e abrigado;
- ✓ Colocar nas partes congeladas em água morna a quente, mantendo-as imóveis;
- ✓ Aquecer a vítima;
- ✓ Providenciar ajuda médica.



Queimaduras Eléctricas

- ✓ Os choques eléctricos provocam queimaduras, mas por vezes podem não deixar marcas evidentes;
- ✓ Pode interferir com o circuito eléctrico cardíaco.

Procurar

- ✓ Lesões na zona de contacto (porta de entrada);
- ✓ Lesões no percurso da passagem da corrente;
- ✓ Lesões no local de saída da corrente;
- ✓ Lesões periféricas;
- ✓ Se a vítima se encontrar em contacto com a fonte eléctrica, não tocar. eliminar ou remover a fonte eléctrica com um objecto não condutor seco após "desligar o quadro".



Queimaduras Eléctricas

Primeiros Socorros

- ✓ Certificar que a corrente está desligada;
- ✓ Acalmar a vítima;
- ✓ Permeabilizar as vias aéreas;
- ✓ Tratar as queimaduras;
- ✓ Prevenir o choque;
- ✓ Dar o alerta para socorro especializado;



Resumindo...

- ✓ Queimadura é uma lesão em determinada parte do organismo desencadeada por agente térmico, químico, eléctrico ou por radiação, provocando na maioria das vezes dor intensa;
- ✓ As queimaduras classificam-se segundo a profundidade: quanto maior, maior o grau: I, II, III e IV;
- ✓ Exigem cuidados acrescidos quando se situam nas vias aéreas ou perto destas;



Resumindo...

- ✓ Em caso de queimadura térmica deve-se interromper a fonte/causa da queimadura; Ponderar evacuação; Se a roupa da vítima estiver a arder, envolve-la numa toalha molhada, cobertor ou manta de incêndio, deitando-a e rolando-a no chão (cuidado com tecidos sintéticos);
- ✓ Nunca aplicar pasta de dentes, álcool, óleo ou outras mezinhas;
- ✓ Em caso de queimadura por agente químico, seguir orientações do CODU, pois o agente poderá representar perigo para o cuidador (atenção ao uso da água com ácidos).



Irmãs
Hospitalares

Obrigada.



Workshop Primeiros Socorros

Sílvia Peixoto e Ana Isabel Alves
junho de 2014

Índice

1. Intoxicações e Envenenamentos;
2. Etilismo;
3. Lipotímia e Síncope;
4. Mala de Primeiros Socorros

1.- Intoxicação e Envenenamento

O que é uma Intoxicação?



Intoxicações

- ✓ Contacto direto e involuntário de um produto tóxico com o corpo humano, o qual pode provocar doenças ou determinar a morte.
- ✓ Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do INEM:

808 250 143



Intoxicações

- ✓ **Nada é veneno e tudo é veneno – a diferença está na dose...**



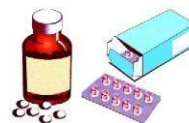
Prevenção das Intoxicações

- ✓ Após manusear produtos tóxicos lavar adequadamente as mãos;
- ✓ Colocar produtos em locais fechados e devidamente rotulados;
- ✓ Lavar bem as frutas e os vegetais antes de os comer, pois podem conter pesticidas;
- ✓ Não ingerir alimentos estragados (verificar prazo de validade).



Como identificar uma vítima de intoxicação/envenenamento

- ✓ A vítima está num ambiente contaminado, existência de cheiros atmosféricos anormais;
- ✓ Presença de recipientes que contenham um produto tóxico junto da vítima;
- ✓ Várias pessoas ficam com os mesmos sintomas.



Como atuar perante uma intoxicação?

- ✓ Atuar com calma de modo a tranquilizar a vítima
- ✓ Adotar medidas de auto-proteção (luvas, bata, etc)
- ✓ Avaliar o estado da vítima
- ✓ Proceder à colheita de informação:
- ✓ Identificar o tóxico
- ✓ Características da vítima
- ✓ Características da intoxicação
- ✓ Fazer o alarme
- ✓ Contactar o CIAV
- ✓ Atuar de acordo com as indicações do CIAV



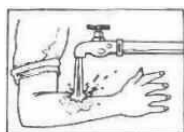
Como atuar perante uma intoxicação Via Inalatória

- ✓ Ventilar o local
- ✓ Retirar a vítima do local e levá-la para um sítio arejado
- ✓ Não dar de beber nem de comer à vítima
- ✓ Retirar roupas conspurcadas



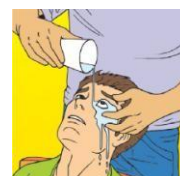
Como atuar perante uma intoxicação Via Cutânea

- ✓ Usar luvas de proteção
- ✓ Retirar roupa à vítima de preferência debaixo de água corrente
- ✓ Lavar a pele e mucosas com água e sabão durante 15 a 30m



Como atuar perante uma intoxicação Via Ocular

- ✓ Avisar a vítima para não esfregar os olhos;
- ✓ Lavar o olho do canto interior para o exterior com água a correr em fio durante 30m.



Como atuar perante uma intoxicação Via Digestiva

✓ Provocar o vômito, exceto se:

- ✓ Vítima inconsciente ou sonolenta;
- ✓ Vítima ingeriu produtos corrosivos;
- ✓ Ingeriu hidrocarbonetos – gasolina.



2.- Etilismo Agudo

O que é o Etilismo?



Etilismo



- ✓ Situação que tem origem na ingestão de bebidas alcoólicas, acima dos limites de tolerância do organismo

Cada pessoa é afetada de uma forma diferente. Contudo, a sintomatologia apresentada poderá ser diversa, consoante o nível de intoxicação.

NÃO AQUECE- NÃO É UM REMÉDIO- NÃO TIRA AS DORES- NÃO DÁ FORÇA

Etilismo Principais Complicações

- ✓ **HIPOGLICÊMIA** (baixa concentração de açúcar no sangue)
- ✓ **HIPOTERMIA** (baixa temperatura corporal a valores inferiores a 35° C)



Etilismo Sinais e Sintomas



- ✓ Hálito característico a álcool;
- ✓ Falta de coordenação de movimentos e dificuldade na articulação de palavras;
- ✓ Alegria e exuberância de atitudes;
- ✓ Conflitualidade;
- ✓ Ventilação irregular e acelerada;
- ✓ Palidez e suores frios;
- ✓ Contrações de pequenos grupos musculares;
- ✓ Alterações da lucidez, equilíbrio, força e consciência (em casos mais graves pode surgir o coma etílico).

Etilismo Primeiros Socorros

Se a vítima estiver consciente:

- ✓ Provocar o vômito para eliminar o conteúdo gástrico;
- ✓ Dar bebidas fortemente açucaradas;
- ✓ Manter a temperatura corporal;
- ✓ Vigiar as funções vitais.



Etilismo Primeiros Socorros

Se a vítima estiver inconsciente:

- ✓ Manter a via aérea permeável;
- ✓ Colocar a vítima em PLS;
- ✓ Manter a temperatura corporal;
- ✓ Colocar açúcar debaixo da língua;
- ✓ Vigiar as funções vitais;
- ✓ Promover o transporte para o hospital.



Impressiona seus amigos
beba com moderação!



3.- Lipotimia e Síncope



O que é uma Lipotimia e uma Síncope?



Lipotimia e Síncope

- ✓ **Lipotímia** : é o mesmo que aquilo a que vulgarmente designamos por **desmaio**. É provocado em geral por emoções súbitas, fadiga, baixa de glicemia ou oxigenação celular limitada.
- ✓ **Síncope**: é a perda de consciência súbita por isquemia cerebral transitória (diminuição da irrigação de sangue) sem compromisso neurológico; com recuperação total e espontânea.



Lipotimia e Síncope Causas

- ✓ Acidente
- ✓ Emoção forte
- ✓ Visualização de agulhas ou sangue
- ✓ Exposição a ambientes quentes e pouco arejados
- ✓ Permanência prolongada em pé e em imobilidade
- ✓ Dores fortes
- ✓ Hipotensão
- ✓ Medicamentos depressores do SNC
- ✓ Alterações cardíacas diversas.

1º DESMAIO

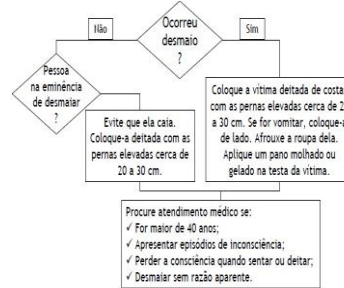


Lipotimia e Síncope Sinais e Sintomas

- ✓ Palidez e suores frios
- ✓ Fraqueza, falta de forças
- ✓ Náuseas
- ✓ Visão turva
- ✓ Arrefecimento das extremidades
- ✓ Entre outras....



Lipotimia e Síncope O que fazer?



Intercalar o cotovelo, dobrar de braços para cima, elevar as pernas acima do torso



Lipotimia e Síncope Primeiros Socorros

Logo que detetados os sinais avisadores, devem ser tomadas medidas preventivas, tais como:

- ✓ Posicionar a vítima de forma a permitir um aumento do fluxo de sangue ao cérebro. (sentada, com a cabeça baixada entre os joelhos; Deitar, elevar as pernas).
- ✓ Prevenir a possível queda desamparada
- ✓ Durante o acontecimento deve-se:
- ✓ Colocar a vítima em decúbito dorsal;
- ✓ Elevar os membros inferiores;
- ✓ Exame Primário (ABC) e Avaliação Secundária (Manter a temperatura corporal e providenciar transporte ao hospital).



O que é que uma mala de primeiros socorros deve conter?



Mala de Primeiros Socorros

- ✓ Pode ser comprada numa farmácia, mas também pode ser facilmente preparada. O conteúdo de uma mala de primeiros socorros deve ser guardado numa caixa plástica adequada, com uma tampa boa, segura e que feche bem.

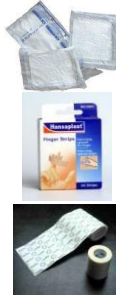


- ✓ Estojo adequado para Casa;
- ✓ Estojo adequado para Viagem.



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Compressas grandes, compressas pequenas fechadas e esterilizadas para tratamento de feridas;
- ✓ 1 embalagem de pensos rápidos esterilizados e fechados (pensos adesivos) de vários tamanhos;
- ✓ 1 rolo de adesivo de 2,5 cm de largura;



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Ligaduras triangulares para imobilização de fraturas e entorses;
- ✓ Ligaduras grandes de gaze de malha aberta;



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Comprimidos Analgésicos (paracetamol ou aspirina), para acalmar a dor e baixar a febre;
- ✓ 1 termômetro;
- ✓ 1 pinça, para extrair corpos estranhos.



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Luvas descartáveis;
- ✓ Tesoura de pontas redondas (para maior segurança infantil);
- ✓ Anti-séptico (betadine, solução dérmica, soro fisiológico) para limpar/desinfetar as feridas;



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Fita adesiva impermeabilizada para feridas que devam permanecer secas;
- ✓ Almofadas esterilizadas para os olhos;
- ✓ Alfinetes-de-ama para ligaduras



Mala de Primeiros Socorros
Material Essencial

- ✓ Creme anti-histamínico, para picadas e alergias;
- ✓ Copo graduado para a diluição correta de loções e medicamentos.



Mala de Primeiros Socorros



Obrigada.



Workshop
Primeiros Socorros

Sílvia Peixoto e Ana Isabel Alves
junho de 2014

Índice

1. Engasgamento;
2. Suporte Básico de Vida;
3. Exercícios Práticos

1.- Engasgamento

O que é um Engasgamento?



Engasgamento

- ✓ A Obstrução da Via Aérea mais frequente acontece devido ao edema dos tecidos da via aérea. Pode ainda ocorrer provocada por um corpo estranho, como um pedaço de comida ou um objeto.



Engasgamento
Primeiros Socorros

Na obstrução ligeira passa algum ar:

- ✓ A vítima consegue tossir podendo falar e/ou fazer algum ruído ao respirar.
- ✓ Devemos vigiar o seu estado e encorajara a tosse.



Engasgamento Primeiros Socorros

Na obstrução grave já não existe passagem de ar:

- ✓ A vítima não fala, não tosse e não emite ruído respiratório, ou seja, não respira.
- ✓ Pode demonstrar grande aflição e ansiedade, sendo necessário atuar rapidamente para a obstrução não resultar na morte da vítima.



Engasgamento Primeiros Socorros

- ✓ Na obstrução por corpo estranho, deve começar por tentar desimpedir a via aérea, com aplicação de pancadas interescapulares (ao nível das costas no meio dos ombros).



Engasgamento Primeiros Socorros

- ✓ Se a obstrução da via aérea não for resolvida com as pancadas interescapulares deve passar à aplicação de compressões abdominais, a chamada Manobra de Heimlich.
- ✓ Esta manobra causa uma elevação do diafragma e aumento da pressão nas vias aéreas, forçando a saída do corpo estranho.



Engasgamento Primeiros Socorros

Passo 1:

- ✓ Na obstrução parcial, encoraje a vítima a tossir;
- ✓ Não deve ser feita qualquer outra manobra enquanto a vítima conseguir tossir;
- ✓ Se não conseguir tossir, telefonar para o 112;
- ✓ Seguir com o passo 2.



Engasgamento Primeiros Socorros

Passo 2:

- ✓ Avisar a pessoa que tentará desengasgá-la;
- ✓ Colocar-se por trás da vítima e inclinar levemente o seu tronco para a frente;
- ✓ Aplicar até 5 pancadas secas com a base da mão, no meio das costas, entre as omoplatas;
- ✓ Se o engasgamento persistir, seguir com o passo 3.



Engasgamento Primeiros Socorros

Passo 3 – Manobra de Heimlich:

- ✓ Coloque-se por trás da vítima, pondo os braços à volta ao nível da cintura e a sua pema entre as delas.
- ✓ Feche uma das mãos, em punho, e coloque-a com o polegar no abdómen da vítima, um pouco acima do umbigo.



Engasamento Primeiros Socorros

Passo 3 – Manobra de Heimlich:

- ✓ Agarre o punho da mão colocada anteriormente e puxe. Faça-o com um movimento rápido e vigoroso, para dentro e para cima na sua direção.
- ✓ Cada compressão deve ser um movimento claramente separado do anterior.
- ✓ Repita este movimento até 5 vezes, vigiando se ocorre a resolução da obstrução e avaliando o estado de consciência da vítima.



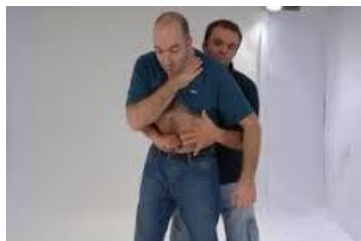
Engasamento Primeiros Socorros

Notas importantes:

- ✓ Se as manobras de desobstrução da via aérea não forem bem sucedidas e a vítima apresenta sinais de paragem cardio-respiratória, é necessário iniciar Suporte Básico de Vida.
- ✓ Abra a boca da pessoa para verificar se o objeto está visível e pode ser removido.



Engasamento Primeiros Socorros



2.- Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vidas Objetivos

- ✓ Assegurar a manutenção da adequada ventilação e circulação até à chegada dos meios especializados



Suporte Básico de Vida Tempo é Vida...

- ✓ Na situação de PCR o objetivo é recuperar a pessoa para uma vida comparável à que tinha antes.

✓ "O direito de ser reanimado conquista-se pelo dever de reanimar"



Ensinar a Salvar



Suporte Básico de Vida Riscos para o reanimador:

O REANIMADOR NUNCA SE DEVE EXPOR A RISCOS
MAIORES DO QUE A VÍTIMA!

Antes de se iniciar uma reanimação, devem avaliar-se rapidamente os riscos:

- ✓ Desmoroamento
- ✓ Fumos e gases tóxicos
- ✓ Intoxicações
- ✓ Etc.



Suporte Básico de Vida (SBV)

O Suporte Básico de Vida inclui os seguintes elementos:

- ✓ Avaliação inicial da vítima
- ✓ Manutenção da via aérea (A: airway)
- ✓ Ventilação com ar expirado (B: breathing)
- ✓ Compressão do tórax (C: circulation)

O SBV SERVE PARA "GANHAR TEMPO"



Suporte Básico de Vida Algoritmo



Avaliação inicial da vítima (consciência alterada?)

- Verificar se a vítima responde;
- Sacudir suavemente os ombros e perguntar em voz alta "Está bem?".



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Avaliação Inicial da Vítima:

Se a vítima verbaliza ou se move:

- ✓ Deixá-la na posição em que foi encontrada - desde que não represente perigo acrescido;
- ✓ Verificar se há sinais externos de ferimentos e pedir ajuda se necessário;
- ✓ Reavaliá-la periodicamente.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Avaliação Inicial da Vítima

Se a vítima não responde:

- ✓ Pedir ajuda sem a abandonar;
- ✓ Permeabilizar a via aérea



hiperextensão da cabeça e
elevação do queixo



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Avaliar a Respiração:

- ✓ Desapertar a roupa à volta do pescoço
- ✓ Verificar se há corpos estranhos dentro da boca, removendo-os
- ✓ Ver, ouvir e sentir (VOS) a respiração (máx. 10s.)
- ✓ (movimentos ocasionais não são suficientes)



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Avaliar a Respiração

Se a Vítima respira:

- ✓ Colocar em Posição Lateral de Segurança (PLS)
- ✓ Verificar respiração-112
- ✓ Continuar a monitorizar se a respiração é normal



24

Suporte Básico de Vida Algoritmo

Posição Lateral de Segurança:

- ✓ **Lateral** - porque o indivíduo está deitado de lado;
- ✓ **De segurança** - porque liberta as vias respiratórias;
- ✓ **Porquê?** - permite, à **vítima inconsciente**, a respiração, impedindo a queda da língua, ou obstrução por sangue, vômitos ou mucosidades



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Posição Lateral de Segurança:



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Se a Vítima for pesada:

- ✓ Agarre-a pela roupa à altura das ancas com ambas as mãos e vire-lhe o corpo contra os seus joelhos;
- ✓ Se possível peça ajuda a uma segunda pessoa para que ampare a cabeça da vítima enquanto faz rolar o corpo.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Se a vítima estiver grávida:

- ✓ Elevar o **flanco ou nádega direita** para melhorar o retorno venoso libertado pela veia cava do peso do feto;
- ✓ Colocando-se uma almofada debaixo da nádega direita.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Se houver suspeita de fraturas:

- ✓ Quando há fractura de um braço ou de uma perna ou por qualquer motivo esse membro não puder ser utilizado como apoio da vítima na posição lateral de segurança:
- ↓
- ✓ **Coloque um cobertor enrolado debaixo do lado ileso da vítima, o que elevará o corpo desse lado e deixará as vias respiratórias desimpedidas.**



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Resumindo...

- ✓ A PLS permite, à vítima inconsciente, a respiração, impedindo a queda da língua ou obstrução por sangue, vômitos ou mucosidades;
- ✓ É lateral, porque o indivíduo está deitado de lado e de segurança porque liberta as vias respiratórias.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Se a Vítima Não Respirar:

- ✓ Mandar pedir ajuda (se estiver só pode abandonar a vítima);
- ✓ Voltar para junto da vítima e iniciar as compressões torácicas



©ERCC

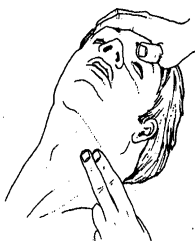


Suporte Básico de Vida Algoritmo

Pesquisar sinais de Circulação:

Verificar pulso carotídeo

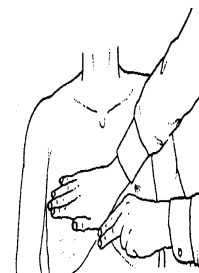
- ✓ Certificar-se de que a cabeça está inclinada;
- ✓ Localizar a "maça de Adão" ao nível da linha média do pescoço;
- ✓ Palpar o pulso carotídeo durante 10s antes de concluir pela ausência de pulsação.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Compressões Torácicas:

- ✓ Usando os dedos indicador e médio para identificar o bordo inferior da grade costal;
- ✓ Manter os dedos unidos e localizar o ponto de união da grade costal: o apêndice xifóide;
- ✓ Com o dedo médio no apêndice xifóide, colocar o indicador logo acima, no corpo do esterno;
- ✓ Colocar a base da outra mão junto do indicador apoiada na porção média da metade inferior do esterno;



Suporte Básico de Vida Algoritmo

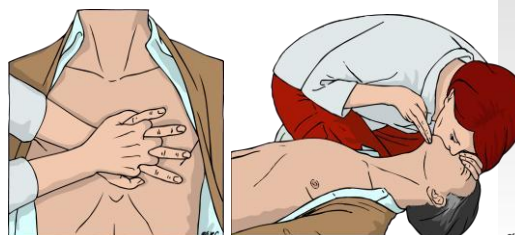
Compressões Torácicas:

- ✓ Colocar a base da primeira mão sobre a outra e entrelaçar os dedos das duas mãos para que a pressão não seja exercida sobre as costelas;
- ✓ Debruçar sobre a vítima com os braços bem esticados exercendo pressão sobre o esterno provocando uma depressão (4-5 cm);
- ✓ Libertar a pressão e repetir a manobra a um ritmo regular.



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Sincronizar Circulação/Ventilação



30

2

©ERCC

Suporte Básico de Vida Algoritmo

Circulação/Ventilação:

- ✓ Se a vítima retomar respiração espontânea, mas continuar inconsciente, colocá-la em PLS
- ✓ Reavaliar periodicamente a respiração e a circulação

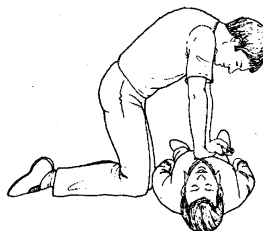


Preparar para virar a vítima em "lombo"



Suporte Básico de Vida Algoritmo

Reanimação cárdio-respiratória



Quando o reanimador está só:

- ✓ Manter a sequência de compressões / ventilações com uma relação **30:2**

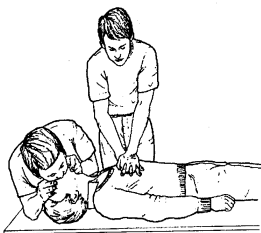


Suporte Básico de Vida Algoritmo

Reanimação cárdio-respiratória

Quando há dois reanimadores:

- ✓ Decidir rapidamente quem se ocupa da ventilação;
- ✓ Manter a sequência de compressões / ventilações com uma relação 30:2;
- ✓ Alternar a posição



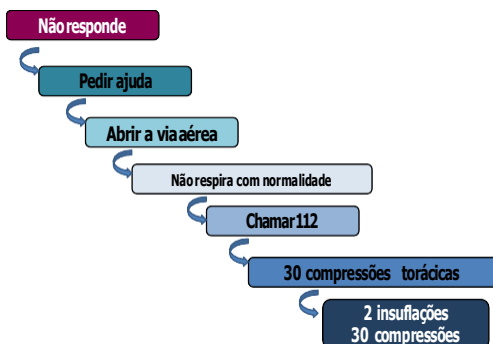
Suporte Básico de Vida Algoritmo

As manobras uma vez iniciadas devem continuar até que:

- ✓ A vítima apresente sinais de respiração;
- ✓ Chegue ajuda diferenciada;
- ✓ O reanimador esteja exausto.



Resumindo...



Irmãs Hospitaleiras

Obrigada.