



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.

Fátima Maria Roca

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 Fátima Maria Roca

Sob orientação de Professor Doutor Luís Sá

março, 2015

*"O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais."
(Ordem Enfermeiros, 2010:1)*

Resumo

O presente relatório pretende contribuir para a reflexão sobre a importância da interação das vivências, conhecimentos e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM). Ao longo deste documento e de acordo com a metodologia descritiva e crítico-reflexiva que foi utilizada, apresentam-se as competências, contextos, públicos-alvo/destinatários e estratégias de intervenção. Estas foram trabalhadas no estágio e revelam-se de grande importância para aplicação na prática profissional.

O estágio foi composto por três módulos, designadamente (1) Promoção de estilos de vida saudável - Diagnóstico e intervenção, (2) Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos e o opcional (3) referente a Psicogeriatrics e demências. Decorreu no Instituto de Saúde São João de Deus (ISSJD), em Barcelos.

Estas três áreas compõem um todo que se consubstancia nas competências que o EESM deve ter, dado que é capaz de fazer avaliações biopsicossociais e usar intervenções técnicas adequadas, as quais são indispensáveis para que o utente mantenha a sua autonomia, quer após a alta - prevenção das recaídas - quer mesmo quando o utente está institucionalizado. Houve também oportunidade de desenvolver e aprofundar vocabulário e técnicas na área da saúde mental com os utentes e respetivas famílias. A intervenção verificou-se no âmbito do domicílio, do internamento em crise e no utente institucionalizado com doença mental crónica, como a demência, e com défice cognitivo. As técnicas privilegiadas foram a relação de ajuda e comunicação assertiva, as atividades pedagógicas e psicoeducação, gestão do estudo de caso e as intervenções psicoterapêuticas.

Pelos resultados obtidos constata-se que, relativamente ao desenvolvimento e consolidação das competências do EESM, os quatro âmbitos são muito relevantes e se complementam. Estas foram alvo de treino com vista ao aperfeiçoamento da sua aplicação, projetando esses benefícios na prática profissional.

Palavras Chave: Enfermeiro, competências e saúde mental.

Abstract

This report aims to contribute to the reflection of the importance of the interaction of experiences, knowledge and skills of Nurse Specialist in Mental Health Nursing (EESM). Throughout this document and in accordance with the descriptive and critical - reflective methodology that was used, are presented the skills, contexts, audiences and intervention strategies. These were trained on internship and are of great importance to reveal their use in professional practice.

The internship was composed of three modules, namely (1) Healthy lifestyles promotion - Diagnosis and intervention, (2) Development of skills in units of intervention in crisis in adults and the optional one was in (3) Geriatrics and dementias. These were held at the Health Institute of São João de Deus, in Barcelos.

These three areas are a whole that is reflected in the skills that the EESM should have, since it is able to make assessments and biopsychosocial interventions with appropriate techniques. This is indispensable for the patients to keep their autonomy, either after discharge - prevention of relapses - either even when they are institutionalized. There was the opportunity to develop and deepen vocabulary and techniques in the area of mental health clients and their families. The intervention was at the household, the internment in crisis and with the institutionalized clients, with chronic mental illness, such as dementia and cognitive deficit. The techniques used were the help relationship and assertive communication, psychoeducation and pedagogical activities, study case management and the psychotherapeutic interventions.

By the results, it appears that for the development and consolidation of EESM the skills, in the four areas of expertise, are very relevant and complement each other. These require training in order to improve its implementation, designing these benefits in professional practice.

Keywords: Nursing, skills and mental health.

Lista de siglas, abreviaturas e símbolos

ASPESM - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

EC - Estimulação Cognitiva

EESM - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ESM- Enfermagem de Saúde Mental

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

ISSJD - Instituto de Saúde São João de Deus

FAC- Ficha de Avaliação de Competências

MMSE- Mini Mental State Examination

PII - Plano Individual de Intervenção

RCEEEESM - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

SAA- Síndrome de Abstinência Alcoólica

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

TOR – Terapia Orientação para a realidade

UCP - Universidade Católica Portuguesa

Dedicatórias/Agradecimentos

Para elaboração deste relatório de especialidade, foi muito importante a colaboração de várias pessoas. Assim quero agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a sua realização.

Agradeço em primeiro lugar ao meu pai e à minha irmã por todo amor, motivação e compreensão.

O meu especial obrigado ao professor Doutor Luís Sá pelo estímulo conducente à aprendizagem, mobilização de saberes, disponibilidade e orientação prestada.

Agradeço aos profissionais de saúde do ISSJD a forma calorosa como me receberam e sua presença ao longo deste percurso.

Aos amigos e colegas de trabalho pelo apoio, partilha, confiança e amizade.

A todos o meu muito obrigado!

Índice

Introdução	15
1. Caracterização sumária dos locais de estágio e justificação da sua escolha	19
1.1. Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável: Diagnóstico e intervenção	19
1.2. Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos	20
1.3. Módulo III - Psicogeriatria e Demências	21
2. Competências do EESM	23
2.1. Tipos de competências	23
2.2. Competências adquiridas e desenvolvidas	24
2.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	25
2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	30
2.2.3. 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	33
2.2.4. 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	34
2.2.4.1. Psicoeducação	34
2.2.4.2. Intervenções psicoterapêuticas	38
Conclusão	45
Referências Bibliográficas	49
Anexos	53
Anexo I - Atividade pedagógica Relação Ajuda: Sopa de Letras	55

Anexo II - Avaliação Inicial de um utente do programa de alcoologia.....	59
Anexo III - Estudo de Caso.....	65
Anexo IV - Plano da Sessão Psicoeducação: Importância da alimentação saudável e da prática de exercício físico.....	123
Anexo V - Plano da Sessão de Psicoeducação: Síndrome de Abstinência Alcoólica e atividade pedagógica sobre sinais e sintomas de Abstinência Alcoólica.....	127
Anexo VI - Plano da Sessão de Psicoeducação: Falsos conceitos sobre o álcool.....	133
Anexo VII - Plano da Sessão de Psicoeducação: Adesão ao regime terapêutico, Enunciado da atividade e ficha de avaliação da adesão ao regime terapêutico após a alta.....	137
Anexo VIII - Plano da Sessão de Psicoeducação: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.....	145
Anexo IX - Plano da Sessão e instrumentos da terapia de Orientação para a Realidade.....	149
Anexo X - Planos de sessão das atividades de estimulação cognitiva.....	153
Anexo XI - Ficha de avaliação do impacto da atividade.....	161
Anexo XII - Plano de Sessão da atividade de Musicoterapia.....	165
Anexo XIII - Planos de sessão das atividades de Reminiscência.....	169

Introdução

Este relatório insere-se no âmbito do VII Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica (UCP) Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (ICS) - Porto, nos anos letivos 2013/2015.

Os objetivos deste relatório são a reflexão e a análise crítica sobre o desenvolvimento e aprofundamento de capacidades e competências que o EESM deve ter. Genericamente estas consubstanciam-se na capacidade de fazer avaliações biopsicossociais e usar intervenções técnicas adequadas. Estas são indispensáveis para que o utente mantenha a sua autonomia, quer após a alta - prevenção das recaídas - quer mesmo quando o utente está institucionalizado.

Uma vez que o EESM deve ter a capacidade de adequar as intervenções técnicas ao contexto do utente, incluiu-se nos objetivos do estágio a capacidade de intervir no domicílio, no internamento em crise e no utente institucionalizado com doença mental crónica, como a demência, e com défice cognitivo.

Dos objetivos do estágio fizeram também parte o domínio da relação de ajuda e comunicação assertiva; as intervenções psicoterapêuticas (relaxamento, estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, musicoterapia e reminiscência); a psicoeducação e respetivas as atividades didáticas (sobre os temas alimentação saudável e prática de exercício físico, adesão ao regime terapêutico e falsos conceitos sobre o álcool); e gestão do estudo de caso.

O desenvolvimento de cada uma destas competências/capacidades implicou a definição de objetivos gerais e específicos, que foram definidos de acordo com as competências do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEEESM), aprovado por unanimidade em Assembleia Geral extraordinária de vinte de novembro de dois mil e dez (Ordem Enfermeiros, 2010).

Como se pode verificar pelo desenho dos objetivos, a formação em enfermagem deve contemplar diferentes componentes para que seja completa.

Assim, além da componente teórica que é essencial, a componente prática também assume uma grande relevância, para que o profissional de enfermagem seja eficaz nas suas intervenções.

A propósito desta dualidade, Rua refere que a componente prática, designadamente os estágios, servem para "*o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes profissionais que não são suscetíveis de desenvolver em contexto virtual de laboratório.*" (2011:53) Neste sentido, a realização dos três módulos práticos, ao longo de todo o estágio, tornou possível esse desígnio de transferir para a prática os conhecimentos adquiridos na parte letiva do mestrado (Rua, 2011).

O RCEEEESM refere as competências que são essenciais a este profissional e foca os critérios de avaliação como evidências dessas competências. São estas evidências que projetam a capacidade do EESM de se adequar a cada contexto e/ou público-alvo, através do uso das estratégias de intervenção apropriadas a cada um destes.

Uma vez que se pretende relacionar as competências do EESM com a necessidade do seu treino, com vista ao desenvolvimento da capacidade da sua aplicação prática; apresentam-se os diferentes contextos, públicos-alvo/destinatários e estratégias de intervenção que foram treinados no estágio.

O estágio que esteve na base deste relatório realizou-se no ISSJD, em Barcelos, e decorreu de vinte e oito de Abril de dois mil e catorze e vinte e um de janeiro de dois mil e quinze. Foi composto por três **módulos**, realizado em diferentes unidades, designadamente (1) Promoção de estilos de vida saudável - Diagnóstico e intervenção, (2) Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos e o opcional (3) contemplando Psicogeriatrics e demências.

A intervenção nestes diferentes contextos implicou o domínio de técnicas muito diversificadas e que demonstraram que o EESM deve ter uma formação multidisciplinar alargada. Neste sentido, a frase citada no início deste relatório refere que o EESM possui competências que parecem tocar áreas mais abrangentes do que a Enfermagem, lançando extensões técnicas às áreas da Psicologia, Sociologia e Educação. Estas são as intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Apesar de estarem intimamente ligadas à quarta competência do RCEEEESM, faz sentido fazer a sua apresentação na introdução, dado que estas terão destaque ao longo deste documento.

Acerca das intervenções psicoterapêuticas, Sampaio, Sequeira e Canut (2014) referem que não se encontram referências, na literatura de Enfermagem, a modelos de intervenção psicoterapêutica desenvolvidos por e para enfermeiros, deixando antever que este tipo de intervenção é do foro da Psicologia/ Psiquiatria. Acrescenta que existem modelos de Enfermagem "*orientadores do "cuidar"*" em saúde mental, mas não são "*propriamente modelos de operacionalização da realização de intervenções psicoterapêuticas.*" (Sampaio, Sequeira e Canut, 2014:104)

No entanto, na Classificação das Intervenções de Enfermagem Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) referem como intervenções psicoterapêuticas a melhoria da autoestima, estimulação cognitiva, reestruturação cognitiva, controlo e modificação do comportamento, que são tipicamente técnicas da Psicologia, mas que na verdade sempre foram usadas pela enfermagem. Por exemplo, "os ensinios", modernamente designados por psicoeducação, visam precisamente a mudança de comportamento. Aqui, estão ainda implicados, princípios da educação. Segundo Sampaio, a psicoeducação tem um cariz didático e refere-se aos componentes do tratamento em que "*há comunicação ativa de informação, há partilha de informação com todos as pessoas implicadas no processo, focando no tratamento de aspetos gerais da doença são proeminentes.*" (2011:31)

Por outro lado, também há a possibilidade de fazer intervenções psicossociais e socioterapêuticas. Interessa detalhar a origem da palavra porque a sua origem e conceito relacionam-se diretamente com as competências do EESM. Esta palavra vem do latim *socius*, que significa companheiro/sócio, e do grego *therapeia*, que significa tratamento. Assim, de acordo com o Dicionário de Termos Médicos da Porto Editora, estas intervenções referem-se a "*métodos de tratamento em que, através de ações de cariz clínico e sociais, se consegue enquadrar um doente mental numa vida familiar, profissional e social*". Fazendo então o cruzamento desta definição com o RECEEEESM, verifica-se que estas vão de encontro a um dos seus objetivos presentes no preâmbulo que é o "*de evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família*" (Ordem dos Enfermeiros, 2010:1).

Desta abordagem inclusiva, que vai buscar conhecimento a diferentes áreas, ressalta então a multidisciplinaridade subjacente à prática da Enfermagem. Neves diz que a multidisciplinaridade se refere à "*conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde*" (2012:126). Esta capacidade eclética do enfermeiro de absorver/compreender/lidar com conhecimentos de diferentes áreas, verifica-se também na colaboração em equipas multiprofissionais. Nestas e segundo Neves, a "*equipa tem de compreender a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais, e tirar partido disso no benefício de todos*" (2012:126) e do utente.

Depois destas considerações teóricas e prévias, reforça-se a ideia de que se pretendeu com o estágio desenvolver e aperfeiçoar competências, que permitirão, no futuro, prestar cuidados gerais e especializados a utentes do foro psiquiátrico.

A **metodologia** utilizada foi descritiva e critico-reflexiva, tendo por base os conhecimentos adquiridos, as pesquisas efetuadas, as experiências vividas e as competências desenvolvidas no âmbito deste estágio. A norma bibliográfica adotada é a Norma Portuguesa 405.

A **estrutura** deste relatório inicia-se com uma descrição do desenvolvimento do estágio para cada módulo (Ponto 1), onde se faz uma breve caracterização e a justificação da escolha da unidade. De seguida, apresenta-se (Ponto 2) as competências numa dupla perspetiva: por um lado, o conceito e tipos de competência e por outro a descrição das competências adquiridas e desenvolvidas. Para cada uma delas faz-se uma análise critico-reflexiva. E por último, faz-se uma conclusão onde são focados os aspetos principais deste estágio, considerações finais sobre a aprendizagem das competências adquiridas e desenvolvidas, principais contributos, as dificuldades e limitações sentidas e algumas sugestões de intervenção futura.

1. Caracterização sumária dos locais de estágio e justificação da sua escolha

Neste ponto caracterizam-se os três módulos, o seu campo de intervenção e as escolhas dos campos de estágio que daí decorrem. A escolha do local onde se iriam realizar os módulos de estágio, reflete não só uma preferência pessoal e profissional, mas também uma opção dado que se trata de um local privilegiado para o desenvolvimento de competências na área da EESM, nos seus diferentes níveis.

Atendendo que em Barcelos existe o ISSJD (Instituição Psiquiátrica) onde é possível prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo e família, a nível da prevenção primária, secundária e terciária, propôs-se a realização dos três módulos de estágio nesta instituição. Estes foram aprovados pela ICS, da UCP, começando pelo Módulo I (Promoção de estilos de vida saudável - Diagnóstico e intervenção), seguido pelos Módulo II (Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos) e III (opcional em Psicogeriatría e demências).

Para cada um destes módulos foi elaborado um projeto de intervenção, na primeira semana de estágio, que serviu de guia orientador. Dado que a sua construção se deu já no contexto da prática clínica, este projeto foi elaborado tendo em conta as necessidades específicas da realidade. Este contemplava um enquadramento teórico da intervenção, os objetivos gerais e específicos, as atividades necessárias para levar a cabo o objetivo e os respetivos indicadores de avaliação.

Tendo presente que se estava iniciar uma nova etapa da vida profissional (a prestação de cuidados a utentes do foro psiquiátrico) era importante que os conhecimentos de um módulo fossem sólidos e mobilizáveis para o módulo seguinte, conduzindo a uma consolidação global de conhecimentos e práticas.

1.1. Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável: Diagnóstico e intervenção.

Foi realizado no período compreendido entre vinte e oito de abril de dois mil e catorze e vinte e oito de junho de dois mil e catorze, na Unidade Móvel de Apoio

Domiciliário Integrado em Saúde Mental - Projeto “Cuidando”. Este é um projeto sem fins lucrativos, que promove o bem estar global e a autonomia das pessoas portadoras de doença mental grave, evitando a institucionalização e a estigmatização dos utentes. Esta unidade tem como objetivos acompanhar o utente após alta hospitalar (com o intuito de prevenir reinternamentos/recaídas); aumentar as competências do utente para lidar com a doença, melhorando a sua qualidade de vida; aumentar as competências do cuidador para lidar com o utente; melhorar a integração social, a participação e o acesso a recursos da comunidade; identificar precocemente os sinais e sintomas de descompensação clínica; orientar para os serviços locais de Saúde Mental.

A equipa multidisciplinar do projeto é composta por três enfermeiros especialistas em ESM e Psiquiátrica, uma psicóloga (designados técnicos de referência do utente), uma assistente social, uma psiquiatra e três auxiliares de ação direta.

A visita domiciliária é estratégia de atuação para a prestação de cuidados na área da Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito do projeto “Cuidando”. Visa prestar uma assistência especializada através da definição de um plano individual de intervenção do utente (PII), cujo objetivo é a sua integração psicossocial no domicílio.

1.2. Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos

Este módulo foi realizado no período compreendido entre quinze de setembro e oito de novembro de dois mil e catorze, na Unidade São João de Deus, unidade de intervenção em crise.

Esta é uma unidade de internamento de curta duração, que recebe utentes do sexo masculino, com idades a partir dos dezoito anos e portadores de doença mental grave em crise ou síndrome de dependência de substâncias. Têm a capacidade total para receber noventa e um utentes, oriundos do distrito de Braga ou de Viana do Castelo. Uma grande parte dos utentes são internados voluntariamente, pois não cumprem o regime terapêutico após a alta.

A estabilização clínica dos utentes e o seu regresso com maior brevidade possível ao seu meio é o principal objetivo terapêutico desta unidade.

A sua equipa multidisciplinar é constituída por: sete psiquiatras, um clínico geral, um neurologista, onze enfermeiros, treze auxiliares, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma psicopedagoga, um terapeuta ocupacional e um capelão.

A equipa de enfermagem é jovem, dinâmica e organizada. Tem como objetivo principal prestar cuidados de qualidade aos utentes e fazer com que estes regressem ao estado de equilíbrio, conferindo-lhes mecanismos de defesa mais eficazes na resolução dos problemas que possam surgir ao longo do seu ciclo vital.

1.3. Módulo III - Psicogeriatría e Demências

Este módulo opcional foi realizado no período compreendido entre dez de Novembro de dois mil e catorze e vinte e um de janeiro de dois mil e quinze, na Unidade Irmão Elias de Almeida, que é dedicada à psicogeriatría e demências.

A escolha deste local deveu-se ao interesse pessoal, mas também pelo facto de ser um problema da atualidade. Uma vez que o envelhecimento da população é crescente e a esperança média de vida é mais longa, a prevalência de casos de demência também aumentou. Apesar de as intervenções nessa área poderem ter um alcance limitado, dada a idade avançada dos utentes, mesmo pequenos ganhos são muito relevantes para a conservação ou melhoria das áreas comprometidas dos utentes.

Esta unidade tem capacidade para receber trinta e dois utentes, com diagnóstico de demência ou com doença mental crónica, com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos e com deterioração cognitiva.

Os objetivos gerais da unidade são: garantir a manutenção/recuperação da independência física e da autonomia psicológica do utente; garantir o conforto e o bem estar do mesmo; e ainda manter e preservar as relações interpessoais e os laços familiares.

A equipa multidisciplinar é constituída por quatro enfermeiros, dois médicos psiquiatras, um neurologista, um clínico geral, dez auxiliares de ação médica, uma psicóloga, uma psicopedagoga, um terapeuta ocupacional, uma assistente social, monitores e colaboradores de áreas complementares.

2. Competências do EESM

O conceito de competência em enfermagem implica que a sua compreensão seja feita à luz de diferentes perspectivas (psicologia, sociologia, educação...) e enquadrando-o na evolução sociocultural e tecnológica de cada época histórica (Rua, 2011).

Le Boterf (1995) defende que a competência do indivíduo não é um estado e não se reduz a uma capacidade específica. Este define competência como um conjunto interdependente com três eixos. Estes representam a pessoa (a sua biografia, socialização), a sua escolaridade e a sua experiência profissional. Segundo ainda este autor, competência é um saber agir ético e que é reconhecido pela sua comunidade profissional. Implica saber como evocar, integrar e transferir os conhecimentos num contexto profissional específico.

Por sua vez, Perrenoud (1999, 2004), no seguimento de Le Boterf (1995), refere-se à competência como uma simbiose entre diversos recursos cognitivos e afetivos, que favorecem a resiliência para lidar com situações complexas, articulando os saberes contextualizados e de forma eficaz.

Em súpula, *"a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir"* (Collière, 1999:290), isto é na enfermagem ser competente significa então, ter a capacidade de agrupar e mobilizar todo os saberes teórico-práticos e relacionais, numa perspectiva holística, tendo sempre presente a prática do cuidar.

2.1. Tipos de competências

Desenvolver competências ou aprofundar as já existentes é o objetivo de um profissional que se aplica e gosta de executar com eficiência a sua profissão.

De seguida faz-se uma análise sobre os diferentes tipos de competências e os domínios em que se enquadram. Rua refere que os enfermeiros em formação necessitam de desenvolver *"competências nos domínios cognitivo, atitudinal,*

comunicacional e técnico que lhe permitam um exercício profissional, responsável, autónomo e ético." (2011:131) O domínio cognitivo engloba os conhecimentos teóricos adquiridos, também designado por saber-saber; o domínio comunicacional implica o uso de técnicas assertivas; o domínio atitudinal consubstancia-se no saber-ser/saber-estar; e o domínio técnico refere-se ao saber-fazer e à aplicação correta das técnicas de enfermagem.

Destas competências e domínios resultam os diferentes regulamentos de enfermagem, que orientam a prática destes profissionais enquanto enfermeiro geral, especialista ou especialista em saúde mental, como é o caso.

Através desta certificação de competências garante-se que o enfermeiro detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que usa na prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e agir em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

2.2. Competências adquiridas e desenvolvidas

Tendo em conta que esta especialização é na área da ESM, então é necessário desenvolver as competências referidas no RCEEEESM. Assim, segundo este Regulamento "o EESM, para além de mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, (...) mobilizar competências psicoterapêuticas (...) e psicoeducacionais" (Ordem Enfermeiros, 2010:1). Isto implica que para o conseguir, este profissional, tenha que fazer um trabalho árduo de pesquisa, treino prático e persistência.

Cruzando as competências do EESM com os domínios definidos por Rua (2011), verifica-se que a primeira competência do RECEEEESM (Ordem Enfermeiros, 2010:4) está intimamente ligada com os domínios cognitivo, atitudinal e comunicacional. Engloba os conhecimentos teóricos adquiridos, a capacidade de estar de forma empática com o utente e em controlo dos fenómenos de transferência. Assim, interagem o saber-saber, o saber-ser e o saber-estar.

Por outro lado, a segunda competência do RCEEEESM (Ordem enfermeiros, 2010:4) relaciona-se com os domínios referidos por Rua (2011) como sendo de cariz técnico, porque se refere ao saber-fazer e à aplicação correta das técnicas diagnósticas em enfermagem. Engloba também um caráter atitudinal relacionado com o saber-estar na medida em que há forte componente de promoção da cidadania e do empoderamento da comunidade onde o enfermeiro intervém.

Na terceira competência do RCEEEESM (Ordem enfermeiros, 2010:5) há uma relação direta com o domínio cognitivo, na medida em que há a necessidade de conhecimentos teóricos que servem de base para o estabelecimento de diagnósticos e definição da prescrição de cuidados. Uma vez que, nesta terceira competência também está explícita a importância da "*gestão de caso para coordenar os cuidados de saúde*", ressalta aqui a necessidade de estabelecimento de uma relação terapêutica adequada. Assim, entra-se no domínio comunicacional e atitudinal referido por Rua (2011).

O quarto grande domínio de competências, e último, do RCEEEESM (Ordem enfermeiros, 2010:7) enquadra-se no domínio técnico uma vez que implica a capacidade clara e objetiva de implementar técnicas específicas.

Este relatório de estágio visa demonstrar que essas competências foram adquiridas, colocadas e validadas na prática.

2.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Para adquirir/aplicar esta competência foram definidos objetivos que permitem essa aplicação. Estes foram: conhecer a estrutura física, orgânica e funcional das unidades; adquirir experiências e aprofundar conhecimentos especializados em saúde mental; estabelecer uma relação terapêutica com o utente e sua família; identificar as necessidades formativas da equipa multidisciplinar; e promover o desenvolvimento pessoal e profissional.

As atividades que conduziram ao alcance desta competência foram: visita guiada pelas instalações; apresentação da equipa multidisciplinar das unidades; consulta de normas e análise de documentos disponíveis nas unidades; observação e análise do funcionamento; observação e participação nas atividades implementadas, realização de entrevistas com os Enfermeiros Tutores e restante equipa com intuito de conhecer a dinâmica das unidades; integração nas equipas multidisciplinares respetivas; identificação da população alvo das unidades e da metodologia de trabalho das equipas de enfermagem, conhecimento do plano de formação em serviço das equipas de saúde; participação em ações de formação planeadas para o período de estágio; contemplando jornadas/colóquios/congressos relativos à Saúde Mental e Psiquiátrica, sempre que

a sua pertinência o justifique; estabelecimento da relação terapêutica com os utentes; revisão e pesquisa bibliográfica.

No âmbito da componente de "*tomada de consciência de si*", a aquisição de informação plena e correta acerca da estrutura física, orgânica e funcional das unidades; bem como o bom relacionamento interpessoal e profissional com as equipas multidisciplinares foi crucial. Isto facilitou a integração e o rápido acompanhamento das atividades planeadas.

Dentro desta competência integra-se uma **dimensão ética** muito relevante. No âmbito da consciência pessoal e profissional, o enfermeiro deve atender ao facto de o utente ser um ente biopsicossocial e espiritual, pelo que deve ser visto de uma forma holística. Chalifour (2008) reforça esta ideia apresentando como dimensões do ser humano os componentes biológico, intelectual, emocional, social e espiritual. Deve-se analisar todos os aspetos do utente, com objetivos bem delineados e interligados. Visa-se proporcionar ao utente uma melhor qualidade de vida, com maior autonomia e autodeterminação.

A título exemplificativo e neste âmbito, refira-se a Lei n.º 111/2009, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Capítulo VI - Da deontologia profissional, SECÇÃO II – do código deontológico do enfermeiro, Artigo 84.º,- Do dever de informação, aplicado quando o utente chega à unidade. A alínea a) do referido artigo diz que, o enfermeiro é obrigado a informar "*o utente e respetiva família dos cuidados de enfermagem*" (exemplos: informar o utente que o levante é pelas 07h00, cuidados de higiene, salão, alimentação, prestação de cuidados as feridas/administração de injetáveis entre outros). Segundo alínea b) do mesmo artigo, o enfermeiro deve "*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*". Neste caso, evoca-se o princípio do respeito da autonomia, que concerne na liberdade de ação com que cada pessoa escolhe, isto é, o utente possui o livre arbítrio (capacidade de agir de forma livre e autónoma) para decidir sobre o que fazer, depois de devidamente informado e de acordo com os seus princípios. No entanto, há utentes que, devido à sua situação de saúde (doentes do foro psiquiátrico em situação de crise ou crónicos com défice cognitivo acentuado), não podem apelar ao princípio da autonomia. Neste caso, cabe ao enfermeiro zelar pela defesa do utente e dos seus bens (exemplo: é o enfermeiro que gere o seu dinheiro e o seu tabaco).A alínea d) do referido artigo diz que o enfermeiro deve "*informar o utente sobre os recursos que pode usufruir, assim como sobre a forma de os*

alcançar". Por exemplo, o enfermeiro deve informar o utente que as suas saídas estão condicionadas devido ao comportamento desajustado que teve no domicílio ou na unidade; no entanto, se tomar a medicação e apresentar comportamentos mais assertivos, a equipa multidisciplinar poderá reunir e decidir a suas saídas ao exterior. Assim pode-se falar na dignidade da pessoa humana que assenta na autonomia e na autodeterminação.

Houve a oportunidade de participar no **V Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM)** que decorreu no auditório do Hospital de Braga, nos dias dezoito, dezanove e vinte de junho de dois mil e catorze, no qual foram abordados temas de grande interesse científico. Destaca-se a intervenção de uma palestrante cujo tema era *Estratégias individuais de promoção de Saúde Mental Positiva*, o que favoreceu o desenvolvimento de competências na área, parar para pensar e dar mais valor à vida e continuar a "adorar" ser enfermeira.

Nesse congresso no dia vinte de junho, proporcionou-se apresentar uma **comunicação oral** em conjunto com outra mestranda, cujo tema foi *Intervenções psicoeducacionais aos cuidadores informais de pessoas com demência*, este foi trabalhado por ambas as mestrandas nas disciplinas de Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica na época curricular. Permitiu o desenvolvimento de competências de âmbito cognitivo, atitudinal e comunicacional.

Foi elaborado um trabalho de pesquisa sobre a **Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)**, tendo em conta o referencial teórico e foi apresentado um caso clínico em que se recorreu ao uso de algumas dessas técnicas e modelos terapêuticos. A TCC é uma linha da psicoterapia, proposta e desenvolvida pelo psicólogo Aaron Beck. Abrange um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas que objetivam a mudança de padrões de pensamento. O seu modelo cientificamente fundamentado tem eficácia comprovada através de estudos empíricos, ao nível, por exemplo, de patologias como: depressão, esquizofrenia, psicose, perturbações do humor e ansiedade (Mululo, *et. al.*, 2009).

A realização deste trabalho revestiu-se de grande importância, pelo contributo na aquisição de conhecimentos no âmbito da conceção e prestação de cuidados, especificamente ao nível da aplicação da TCC em contexto psiquiátrico.

No início do estágio, foi tomado conhecimento da existência de uma formação em serviço na Instituição alusiva ao tema *Instrumentos de avaliação na*

monitorização dos cuidados de enfermagem prestados em saúde mental. A decisão de participar deveu-se à consciência da importância do recurso a instrumentos de avaliação na monitorização dos cuidados de enfermagem e, no sentido de aumentar o grau de conhecimentos na área. Assim, interiorizou-se o conhecimento das escalas mais usadas na prestação de cuidados de enfermagem na Instituição. O formador focou escala de Hamilton para monitorizar a ansiedade, questionário Audit que rastreia os consumos de baixo risco, nocivos, abusivos e os de dependência de álcool, escalas validadas para a população portuguesa e que eu já fazia uso na prestação de cuidados. Também fez referência à Escala da Agressividade e à Ficha de Avaliação de Competências (FAC) relacionada com as atividades básicas de vida diária e instrumentais. Ainda, neste âmbito foram frequentadas as formações em serviço na Instituição alusiva aos temas *Prevenção do suicídio e automutilação* e *Problemas Associados ao Consumo Excessivo de Álcool*, no sentido desenvolver e consolidar conhecimentos nestas áreas.

No âmbito desta competência, é dada relevância à **relação terapêutica** que foi estabelecida em diferentes momentos em todos os módulos. Por exemplo, sempre que se realizaram consultas de apoio domiciliário integrado em saúde mental, procurou-se sempre estabelecer uma relação solidária e cooperante com os utentes e seus familiares, baseada na escuta ativa, presença empática, partilha, respeito, confiança, encorajamento e confidencialidade.

Os enfermeiros consideram o **contexto domiciliário** um espaço privilegiado para a prestação de cuidados, na medida em que este meio permite uma maior proximidade entre enfermeiro, utente e família tornando-se favorável ao estabelecimento de inter-relações e de cooperação nos cuidados. O EESM tem capacidade de desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção, manutenção, ou na recuperação da saúde mental, na reabilitação psicossocial e na reinserção social, aquando da prestação de cuidados de enfermagem no domicílio ao utente/família ao longo do seu ciclo vital.

Concordo plenamente com Margarida Vieira, quando diz que

"o domicílio é cada vez mais o ambiente dos cuidados de enfermagem, na medida em que é ali que as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida e, espera-se, seja também cada vez mais o local para morrer com a assistência adequada."
(2007:85)

A relação de ajuda também foi focada na intervenção em contexto de crise, pois o primeiro contacto com estes utentes é crucial e apoia-se muito na qualidade da relação terapêutica estabelecida. Nesta existe a possibilidade de criar um clima confiança e de cordialidade que favorece a troca e cooperação para as intervenções futuras.

Para Chalifour, "*relação ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda.*" (2008:33) Phaneuf (2005:324) vai mais longe, afirmando que "... a relação ajuda permite a pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma".

Sempre que se realizam **entrevistas iniciais semiestruturadas** com os utentes, procura-se estabelecer com eles uma comunicação livre, pois sem esta não existe relação enfermeiro/utente. Deve-se iniciar com a apresentação e explicação dos motivos da entrevista. É mais adequado usar perguntas abertas, que permitam ao utente expressar as suas angústias, preocupações e sentimentos de forma espontânea.

Ao longo das entrevistas procurou-se estabelecer com o utente uma relação solidária, cooperante, baseada na escuta ativa, confidencialidade e na confiança. O êxito das intervenções depende certamente da perceção que o utente tem da relação com enfermeiro. Assim, se existir uma relação menos empática entre o profissional de saúde e o utente, esta pode encaminhar o utente a não expor com clareza as suas dúvidas e sentimentos. Isto leva-o a preservar ou mesmo aumentar os seus mitos ou falsos conceitos que possui em relação à doença e à medicação psiquiátrica. Muitas das vezes, o utente omite certos comportamentos por medo de ser criticado, por dececionar o profissional de saúde ou simplesmente pela suspensão da terapêutica oral e passar a ser administrada por outra via. Daí ser crucial que, no momento da admissão, o profissional use linguagem adequada e que seja perceptível pelo utente a quem estamos a prestar cuidados.

Ainda no âmbito de fortalecer e consolidar a relação enfermeiro/utente, foi realizada uma atividade psicopedagógica sobre a Relação de Ajuda com o grupo de alcoólicos (Anexo I - sopa de letras com frases e desenhos que descrevem esta relação), onde a maioria destes teve sucesso na sua execução. As atividades

lúdicas-pedagógicas são adequadas e ajudam ao estabelecimento de relações entre as pessoas, de sensações positivas de prazer, de realização e de alargamento do vocabulário (emocional e conceptual) sobre o tema.

A relação terapêutica, como já se fez referência, é a pedra basilar da prestação dos cuidados de enfermagem. Esta é primordial nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico, que por si só pode ajudar na obtenção de ganhos em saúde.

Ao longo deste estágio foram vários os momentos de formulação de questões reflexivas sobre a ação, o que contribuiu sempre para a melhoria do desempenho do enfermeiro, pois estes momentos de reflexão individuais e informais que decorrem de uma atividade, a realizar ou realizada, ajudam-no a encontrar a resposta para a(s) sua(s) dúvida(s) ou a redefinir estratégia(s) para ultrapassar a(s) suas dificuldade(s). Esta capacidade reflexiva também se enquadra dentro desta competência e no domínio cognitivo, considerando que esta é uma das vertentes da tomada de consciência de si preconizada nesse âmbito.

Perante o exposto e considerando todas as oportunidades tidas para desenvolver esta competência e o grau de sucesso nas atividades que lhe estiveram associadas, verificou-se que esta competência foi plenamente desenvolvida.

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

Esta competência foi desenvolvida através do alcance de três objetivos. O primeiro referiu-se ao desenvolvimento de competências na recolha de informação especializada na área da saúde mental (entrevistas). O segundo implicou a aplicação de técnicas de comunicação assertiva fazendo uma avaliação de acordo com as necessidades do utente. O terceiro referiu-se à participação nos programas já implementados nas unidades.

As atividades necessárias para cumprir esta competência foram a revisão da literatura, entrevista semiestruturada ao utente, aplicação de questionários, registos de enfermagem e participação nos programas já implementados.

Esta competência começou a ser trabalhada no âmbito da **avaliação inicial** (Anexo II) realizada junto do utente, através da **entrevista**. A entrevista é um momento único de interação com os utentes e familiares. De acordo com Chalifour, *"a entrevista inicial é um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e*

aquele que é ajudado entram em contacto (...)" (2009:82). Logo nesta definição está subjacente a relação de ajuda, mas este autor refere ainda que o objetivo da entrevista é o mútuo conhecimento, a clarificação do pedido de ajuda e a determinação de quais os serviços a prestar, de acordo com a situação. Este último aspeto é o cerne da segunda competência, ou seja, a capacidade de fazer um bom processo de avaliação.

Aquando do início da aplicação da entrevista semiestruturada devem ser apresentados e explicados os motivos da mesma. Para Phaneuf (2005:312), os objetivos da entrevista à pessoa, por exemplo em situação de crise, consiste em ajuda-la a: "*sentir-se em segurança, escutada e compreendida; (...) chegar a uma interpretação correta da sua situação; (...) e modificar alguns dos seus comportamentos*", entre outros.

Recorrendo à entrevista, foi feita a avaliação inicial de um utente do programa de alcoologia (Anexo II). Também foi aplicado questionário Audit, instrumento que rastreia os consumos baixo risco, nocivos e abusivos e os de dependência. Quando o utente possui juízo crítico, motivação e parcial desintoxicação física é integrado no programa de alcoologia.

Ainda no contexto deste programa foi apresentada, em parceria com a Psicopedagoga da Instituição, uma **dramatização** sobre uma situação em que tentavam convencer um utente do grupo, que estava próximo da alta, a voltar a beber. O resultado foi muito positivo, porque não conseguiram convencê-lo. Esta sessão foi muito pertinente porque se verificou a eficácia do tratamento, visto que os argumentos para retomar os consumos não foram eficazes.

O segundo objetivo no âmbito desta competência implicou a aplicação de **técnicas de comunicação assertiva** para fazer uma avaliação de acordo com as necessidades do utente.

O enfermeiro, quando entra em contacto com o utente, está a estabelecer uma relação e daí ser fundamental dar-lhe tempo para a construir. É crucial que o enfermeiro se apresente, explique os motivos da sua visita, proporcionando um clima de confiança e confidencialidade. Posteriormente, faz uma avaliação física e obtém toda a informação possível visando os objetivos terapêuticos e terminando com um gesto de agradecimento pela colaboração recebida.

Cerqueira e Gomes dizem que, para cuidar eficazmente, "*o enfermeiro deve saber observar e avaliar corretamente e responder à sua comunicação de forma adequada a cada situação.*" (2005:56)

Comunicar é relacionar. É comunicando que transmitimos os nossos sentimentos, emoções, ideias e atitudes. A comunicação que o enfermeiro estabelece com o utente/família e comunidade designa-se por comunicação terapêutica. É através dela que identificamos e atendemos às necessidades de saúde dos utentes, criando nestes oportunidades de aprendizagem, sentimentos de confiança, de forma a sentirem-se mais seguros, prestando assim cuidados de enfermagem com maior qualidade.

Nos dois casos onde se realizaram entrevistas (ao alcoólico em crise e no estudo de caso), foi possível obter toda a informação necessária à avaliação das necessidades do utente, devido à comunicação assertiva aplicada. Salienta-se ainda que além de responderem a todas as perguntas, ambos foram acrescentando detalhes da sua vida pessoal, mostrando-se à vontade e validando a qualidade da relação terapêutica desenvolvida.

No terceiro objetivo estava prevista a **participação no programa de alcoologia**. O que determinou esta participação foi o facto de ser uma área de interesse pessoal e também pelo facto de, nesse período, haver um grande número de utentes portadores desta patologia, na unidade. Este programa psicoeducativo permite ao utente adquirir mais conhecimento acerca do seu estado de saúde, bem como reestruturar a sua posição face ao tratamento.

O programa desenvolve-se em cinco sessões semanais, que consistem em reuniões informativas sobre mitos do álcool, partilha de experiências, manifestações e sintomas de abstinência, dinâmicas de grupo e informação sobre a interação medicamentosa.

A promoção desta competência permitiu o alcance de novas capacidades na avaliação inicial dos utentes e de comunicação assertiva. Do ponto de vista dos utentes, verificou-se que estes se sentiram compreendidos e apoiados. Um exemplo disso foi o facto de ter recebido a visita de alguns desses utentes após a sua alta. Dado o sucesso nas atividades realizadas, verifica-se que esta competência foi plenamente desenvolvida.

2.2.3. 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.

Como é salientado na descrição desta competência, saber fazer a gestão de caso é essencial, o que se converteu num objetivo para o alcance da terceira competência do EESM.

O **estudo de caso** (Anexo III) foi estruturado de acordo com os diferentes passos adotados e tópicos mais relevantes. Inicia-se com a avaliação inicial do utente, através de entrevista, análise da história de vida e aplicação dos instrumentos adequados. De seguida, faz-se análise do caso à luz da **Teoria das Transições de Melleis** e enquadramento da patologia do utente no âmbito da Saúde Mental. Depois, segue-se o Plano de Cuidados, subdividido em Atividades de Vigilância e a Conceção dos Cuidados. Faz-se referência às Atividades Interdependentes, que engloba os fármacos prescritos e as atitudes terapêuticas. Termina-se com discussão dos resultados e respetiva conclusão.

A metodologia aplicada na elaboração do estudo de caso, também foi baseada no método descritivo, associada a uma análise crítico-reflexiva.

A realização de um estudo de caso faz com que o enfermeiro se familiarize com literatura científica (utilizada para fundamentar as suas decisões), colabore na coletânea de conhecimentos de enfermagem (pois os registos e estudos de casos anteriores podem ser usados como referência futura) e faz com que o desempenho da equipa de enfermagem seja superior (Helgerken, 1963, citado por Galdeano, Rossi e Zago, 2003). Este tipo de estudo permite que o enfermeiro observe, descreva, compreenda e analise um caso clínico e adquira conhecimento e experiência que podem ser uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem personalizados em casos seguintes. Foi realizado um estudo de caso com um utente, com diagnóstico de doença bipolar e com défice cognitivo associado.

Atendendo à avaliação inicial do utente, e das capacidades comprometidas identificadas, foi elaborado um plano de cuidados, recorrendo ao uso da Linguagem Internacional para a Prática de Enfermagem, versão dois, (CIPE, 2) (Ordem dos Enfermeiros: 2011).

Os focos de atenção que foram contemplados neste plano de cuidados foram: orientação temporal, memória de curto prazo, socialização e a higiene pessoal.

Tendo em conta o exemplo do utente do estudo de caso, a teoria que pareceu melhor enquadrar a sua evolução é a Teoria das Transições de Melleis. Segundo esta teoria, uma transição ocorre quando um dado acontecimento provoca a passagem de uma fase da vida para outra, havendo impactos na vida da pessoa e no ambiente, ou seja, nos outros que o rodeiam. Esta requiere alterações tanto a nível dos comportamentos, como das relações (Melleis, 2010). Digo que as transições resultam de/em mudanças de vida, de saúde, relacionamentos e ambientes.

A título de conclusão deste tópico, refira-se que na elaboração do estudo de caso houve oportunidade de consolidar e aprofundar as capacidades e competências enquanto EESM; nomeadamente nível do treino da entrevista, assertividade, autonomia, pesquisa bibliográfica, planeamento das intervenções e comunicação terapêutica com o utente.

2.2.4. 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.

Para desenvolver esta competência foram definidos objetivos no âmbito da implementação de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas.

As atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos definidos foram: revisão da literatura, consulta de manuais de intervenção em enfermagem, sessões de psicoeducação (sobre os temas: alimentação saudável e prática de exercício físico, adesão ao regime terapêutico e falsos conceitos sobre o álcool) e respetivas atividades psicopedagógicas e lúdicas, realização de sessões de relaxamento, estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, musicoterapia e reminiscência.

2.2.4.1. Psicoeducação

No âmbito desta competência é de salientar a importância da técnica de psicoeducação. Pretende-se com esta intervenção, alertar o indivíduo para os

aspectos que promovem a sua saúde e que previnem a doença. Também se pretende capacitar o paciente e/ou os familiares/cuidadores na gestão de (novas) situações decorrentes da doença já instalada, como por exemplo lidar com crises e recaídas.

O EESM realiza sessões de psicoeducação quer no domicílio quer em contexto institucional, aos utentes e seus familiares, informando-os de tudo o que necessitam para um empoderamento e controlo da sua vida. Pois já Pereira, *et al.*, (2006) dizia que a psicoeducação é um conjunto de abordagens orientadas para o auxílio na aprendizagem do que necessitam de saber sobre a sua doença mental e a mobilizar diferentes estratégias de lidar com a mesma e com os problemas do quotidiano; reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social.

Uma das sessões de psicoeducação realizada foi sobre a importância da **Alimentação Saudável e da Prática de Exercício Físico** (Anexo IV). A alimentação saudável e a prática regular de exercício físico adequado influenciam diretamente a saúde das pessoas contribuindo para o seu bem-estar biopsicossocial e espiritual. Designadamente, o consumo alimentar parece ter influência numa adequada saúde mental (Mikolajczyk, Ansari e Maxwell, 2009).

Desde cedo é muito importante uma aprendizagem e prática de uma alimentação saudável. A roda dos alimentos mostra-nos a variedade e quantidade de alimentos a ingerir de acordo com cada setor. A idade da pessoa e a atividade a que se dedica são fatores a considerar no seu modelo alimentar.

Mudar hábitos alimentares não é tarefa fácil. Desde cedo devem ser ensinados hábitos de vida saudáveis.

Ao longo das visitas domiciliárias foi notória a construção de uma relação de empatia com os utentes/família, muito importante para gradualmente se corrigirem alguns erros alimentares e introduzir hábitos de vida saudáveis. Foi explicado também, que o exercício físico traz muitos benefícios para quem o pratica independentemente da idade, pois os seus efeitos benéficos são evidentes na melhoria do equilíbrio, força muscular (aumenta a probabilidade de manterem a sua autonomia durante mais tempo), coordenação, flexibilidade, funções cognitivas e saúde mental.

Como evidência da eficácia desta sessão refira-se o caso de um utente que não tomava pequeno-almoço habitualmente e passou a fazê-lo diariamente e de forma correta.

Uma outra sessão de psicoeducação realizada foi sobre **Síndrome de Abstinência Alcoólica** (SAA) (Anexo V) e seus sinais e sintomas. A abstinência alcoólica é uma consequência da interrupção ou redução súbita do consumo excessivo de álcool.

Pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) (Marques e Ribeiro, 2002). Alguns sintomas, como tremores, são típicos da SAA. Os sintomas e sinais variam também quanto à intensidade e à gravidade, podendo aparecer após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, como, por exemplo, em indivíduos que são hospitalizados para tratamento clínico ou cirúrgico. Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são: agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Ocorrem complicações como: alucinações, o *Delirium Tremens* e convulsões. Estes sinais e sintomas foram o objeto principal da apresentação dinâmica realizada junto dos utentes e consubstanciaram o conteúdo da atividade lúdico-pedagógica, do tipo sopa de letras, que foi realizada de seguida (Anexo V).

Esta sessão foi bastante eficaz dado que, quatro dos sete utentes realizaram atividade corretamente, trazendo benefícios para a sua saúde. Convém salientar que 100% dos utentes acertou em 25% dos itens, no tempo previsto. Isto também implica que a técnica aplicada foi eficaz, demonstrando a aquisição das competências técnicas do EESM.

Uma outra sessão de psicoeducação abordou os **Falsos Conceitos sobre o Álcool** (Anexo VI). A necessidade da sua realização prendeu-se com o facto de existirem crenças erradas e enraizadas nesta população sobre alguns benefícios do álcool. As crenças mais típicas são: o álcool aquece, mata a sede, dá força, é um alimento, facilita a digestão e abre o apetite, é um medicamento e que facilita as relações sociais (Centro Regional de Alcoologia de Maria Lucília Mercês de Mello, [sd]). Para cada uma destas crenças foi apresentada a realidade confrontando os utentes com o mito subjacente.

No final da sessão, cada utente foi capaz de citar pelo menos três dos mitos, tendo-se obtido um sucesso generalizado da atividade. Isto comprova que a aquisição dos conhecimentos foi eficaz.

Numa outra sessão de psicoeducação abordou-se o tema **da Adesão ao Regime Terapêutico** (Anexo VII). Este tema foi trabalhado com utentes de esquizofrenia e depressão associadas ao consumo de substâncias, em crise. Este grupo é especialmente sensível dado que a sua adesão ao regime terapêutico após alta nem sempre é cumprida, daí que esta sessão de psicoeducação é particularmente pertinente nos doentes crónicos, como é o caso dos utentes com as patologias atrás referidas.

Uma vez que os utentes avaliam as ações dos médicos e dos fármacos prescritos, conforme o que eles próprios sabem e pensam sobre a doença e a medicação (Klein e Gonçalves, 2005), é crucial que os utentes conheçam bem a sua doença e a sua medicação. Por isso considerou-se essencial efetuar uma sessão de psicoeducação sobre a Adesão ao Regime Terapêutico Após a Alta e a Prevenção das Recaídas (Anexo VII).

Há aspetos importantes da terapêutica que frequentemente não são cumpridos por este tipo de doentes, fazendo com que não haja adesão. Estes são os desvios ao plano de tratamento, faltas às consultas, esquecimentos de tomar a medicação, tomas de medicação a mais, ingestão de medicação fora do tempo certo, desconhecimento do nome dos medicamentos a tomar, e terminar o tratamento antes de prazo recomendado (Klein e Gonçalves: 2005). No sentido então de contrariar estes fenómenos, foi feita uma apresentação dinâmica destas recomendações e no final realizou-se uma atividade lúdico-pedagógica (Anexo VII), recriando um jogo de dominó. Esta atividade deu um toque lúdico ao grupo terapêutico e ajudou à sua desestigmatização.

O dominó utilizado foi construído de raiz para esse efeito e as imagens das suas peças foram escolhidas de acordo com os conceitos transmitidos na apresentação dinâmica. Assim, a compreensão foi facilitada e caso houvesse algum conceito desconhecido do utente, rapidamente o ficaria a conhecer. Além disso, há a vantagem adicional de se treinarem capacidades cognitivas como a atenção concentrada, organização percetiva e a memória necessárias à realização o exercício.

Com o objetivo de avaliar o impacto da sessão e os ganhos em saúde, foi elaborado um pequeno inquérito, designado por **Ficha de Avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico** (Anexo VII), com sete itens (os mesmos das peças de dominó), onde o utente deveria cotar numa escala de um a dez, sobre como são

os seus comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Os itens foram: aceito a minha condição de doente crónico; tomo a medicação conforme o prescrito; estou com pessoas frequentemente; peço ajuda quando estou em crise; compreendo que os efeitos secundários da medicação devem ser desvalorizados; estou motivado para o meu tratamento; vou sempre às consultas. Esta ficha é composta por duas partes/fases, uma que se passou antes da sessão e outra no fim da mesma. Da comparação das duas, em cada utente, foi possível observar a mudança de atitude face ao tema e observar os ganhos em saúde com esta atividade psicoeducativa. Segundo Braga (2011), a importância da adesão ao regime terapêutico reside no facto de os utentes aprenderem o que precisam sobre a sua doença mental; dominarem novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; verem reduzido o *stress* familiar; e sentirem-se apoiados e encorajados, com um enfoque no futuro. Então, os ganhos observados irão trazer benefícios a estes utentes, em todos estes parâmetros.

Perante o exposto, verifica-se que a técnica aplicada foi eficaz, revelando a aquisição das competências técnicas do EESM.

2.2.4.2. Intervenções psicoterapêuticas

O EESM tem um papel muito importante na implementação de intervenções psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). São modalidades de intervenção psicológicas, não farmacológicas, centradas na pessoa. Os EESM recorrem ao uso de intervenções psicoterapêuticas com o intuito de: promover a socialização, minimizar o *stress* ou a ansiedade, evitar o declínio das funções cognitivas (memória, atenção...), promover ou manter a autonomia; estimular a orientação espaço temporal, promover a comunicação interpessoal e a valorização pessoal e melhorar o seu estado de saúde em geral.

De acordo com Sequeira (2010) as principais intervenções psicológicas em caso de demência/défices cognitivos são: Terapia Orientação para a Realidade (TOR), Estimulação Cognitiva, Teoria da Validação, Reminiscência e a Musicoterapia. Estas intervenções tanto podem ser realizadas em grupo ou individualmente. Durante este período foram realizadas sessões de: Relaxamento, TOR, Estimulação Cognitiva, Reminiscência e a Musicoterapia.

Como forma de ensinar um grupo de cinco utentes a lidar com os picos de ansiedade que possam ter, foi-lhe explicado o método de **Respiração**

Diafragmática e de Relaxamento Muscular Progressivo (Anexo VIII) e foram realizados exercícios de aplicação pelos utentes para sete grupos musculares. Estes foram realizados de acordo com o manual de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (citado em Gonçalves, 1999). Foi medido o nível de ansiedade, com a Escala de Heteroavaliação de Hamilton – Ansiedade, antes e depois do relaxamento. Verificou-se que os níveis de ansiedade reportados após a sessão de relaxamento foram mais baixos em todos os utentes, demonstrando-se aqui, claramente, um caso de ganhos em saúde para estes utentes.

No sentido de reduzir a desorientação e confusão, em grupos de utentes portadores de doença mental crónica, em relação à localização espaço-temporal recorreu-se à **TOR** (Anexo IX). Realizamos duas sessões iniciais, sendo que na primeira sessão, colocou-se na mesa um conjunto de imagens alusivas às estações e meses do ano. De seguida, pediu-se a um utente que identificasse a imagem que correspondia à estação do ano em que ocorre a queda das folhas. Imediatamente a seguir, pediu-se a outro que colocasse no velcro correspondente o nome dessa mesma estação. Procedeu-se de igual forma em relação ao nome e dia do mês, dia da semana e do ano. No final da sessão, foram elaboradas duas cartolinas (Anexo IX), uma alusiva à estação do ano e outra com calendário do mês do ano (referindo o dia da semana, dia do mês e ano). As marcações eram feitas com o recurso a joaninhas de madeira com autocolante. Na segunda sessão, foi feita uma cartolina com o nome da instituição, da unidade, do distrito e do concelho.

Esta intervenção técnica foi realizada diariamente pelos utentes. Sempre que esta atividade era realizada, os utentes demonstravam muito interesse, participavam ativamente e todos queriam colar as joaninhas nas cartolinas. A maioria respondia acertadamente às questões, embora, dois utentes necessitassem de um pequeno estímulo, principalmente nas perguntas de orientação temporal.

Os objetivos destas sessões foram a estimulação da perceção visual, a orientação espaço-temporal, a estimulação da memória, a promoção da valorização pessoal, a autoestima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal e, ainda, a estimulação dos movimentos finos.

Para enquadrar esta intervenção, refere-se que a TOR foi desenvolvida em 1968, por James Falson, com o intuito de orientar auto e alopsiquicamente os utentes confusos. É uma intervenção psicoterapêutica utilizada em utentes com alterações da memória e desorientados no tempo, no espaço e no Eu. Pode ser

aplicada diariamente a estes utentes, por um período de trinta a quarenta minutos. Tem como objetivo orientá-los no tempo e no espaço, recordando com eles, por meio de sinalética ou auxiliares externos (calendários, relógio, revistas, músicas, figuras...), o mês, o dia da semana e do mês, a estação do ano, o local onde se encontra, as horas e informação pessoal. Primeiro os utentes são estimulados a responder sozinhos, quando respondem de forma incorreta, não concordamos com eles e corrigimo-los. Concordo plenamente com Breuil, et al (1994), citado por Sequeira (2010), quando afirma que esta intervenção psicoterapêutica tanto pode ser aplicada de forma informal ou formal. No entanto, a formal, em termos de resultados, é a que faculta melhor eficácia.

Os utentes em causa apresentaram-se progressivamente mais orientados dia após dia, menos ansiosos e mais comunicativos. Isto demonstra que a TOR foi eficaz.

Uma outra intervenção psicoterapêutica utilizada foi a **Estimulação Cognitiva (EC)** (Anexo X). Esta visa essencialmente a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado por doenças neurodegenerativas progressivas, como a demência. Nunes e Pais (2014) reforçam esta ideia mencionando que estimulação de capacidades cognitivas é útil na demência ligeira, tentando atrasar a sua evolução e tentando promover a autonomia do utente.

Tendo como sintoma inicial a perda da memória (primeiro a memória a curto prazo e mais tarde a de longo prazo), surgem impactos a nível da linguagem, da atenção, da concentração e do cálculo, bem como nas funções executivas, das gnosias e da práxis.

A EC é uma intervenção de âmbito individual ou em grupo. A intervenção individual foi realizada com o utente do estudo de caso. Com estes exercícios pretendeu-se preservar as capacidades do utente, de modo a que este seja o mais autónomo possível e atrasando assim o processo demencial.

Quer com o grupo, quer com o indivíduo, a EC visa estimular as capacidades cognitivas conservadas, recorrendo ao uso de uma série de exercícios específicos a da concentração, da memória de curto prazo - evocação, da memória curto prazo (visual, da motricidade fina, da memória de longo prazo) e das gnosias (reconhecimento do dinheiro, dominó, entre outras) (Anexo X).

No caso da intervenção individual, a EC foi eficaz porque houve um aumento na pontuação no questionário *Mini Mental State Examination* (MMSE) de três pontos

na avaliação cognitiva, antes e depois da EC. Apesar de ser uma diferença aparentemente pequena, reflete ganhos significativos para o utente, dado que este é portador de doença mental crónica (Bipolar tipo I) e está próximo da quarta idade (tem 83 anos).

No caso da intervenção em grupo, também foi possível identificar ganhos dado que cada atividade realizada se fez uma avaliação qualitativa do impacto da mesma, usando uma ficha de avaliação (Anexo XI).

Estas atividades de EC foram muito ricas em termos de aquisição de competências técnicas, que foram alicerçadas na pesquisa e na relação interpessoal estabelecida. Mais uma vez, foi possível aplicar competências do domínio cognitivo, comunicacional/atitudinal e técnico.

A **Musicoterapia** (Anexo XII) é uma intervenção não farmacológica, em que se usa música com objetivo terapêutico. Esta permite o relaxamento, diminuição da ansiedade e favorece a relação interpessoal (Sequeira, 2010).

Aqui, pouco interessa a forma como o utente canta, mas sim as sensações que esta provoca no mesmo. Através da música o utente pode: recordar o passado, estimular a motricidade fina e comportamentos motores (“estalar” dos dedos, palmas e o bater do pé), promover a interação social entre os vários elementos do grupo, estimular a memória a curto prazo e a de longo prazo, melhorar a autoestima e a comunicação (expressões faciais) e reduzir ansiedade/*stress*.

Foram realizadas várias sessões (Anexo XII) onde se preconizaram canções populares e conhecidas dos utentes, dado que foram estes que as selecionaram: *Malhão*, *Minha Machadinha*, *A Todos Um Bom Natal* e *Cantar de Reis* (canção aprendida de novo pelos utentes – memória auditiva, memória de curto prazo).

Refira-se, a título de exemplo do impacto desta atividade, uma expressão que um utente verbalizou, no final de uma sessão de musicoterapia: “estou feliz por ouvir a Linda de Suza a cantar o malhão!”.

Acrescenta-se que o utente que se mostrou, inicialmente, mais renitente em participar, ao longo da sessão mostrou-se muito interativo/comunicativo e com expressão facial de alegria. No final de cada canção, fez um desenho e escreveu uma frase, que era o espelho do seu estado emocional na altura (“*Fiquei satisfeito ao recordar tempos antigos*”).

Por meio da análise dos resultados desta atividade, conclui-se que os objetivos da mesma foram atingidos e que houve ganhos em saúde com aplicação desta intervenção psicoterapêutica neste grupo de utentes.

A **Reminiscência** (Anexo XIII) é uma técnica de evocação guiada, que permite ao idoso falar das experiências vividas no passado. Para tal, pode-se recorrer ao uso de fotos, músicas, jornais, livros ou qualquer outros elementos que estimulem a memória, (principalmente a de longo prazo – episódica e/ou semântica).

Ao recordar-se de momentos gratificantes do passado, ocorre melhoria da sua autoestima, qualidade de vida e interação social. Para além disto, pode ainda ajudar a encontrar significado para a própria vida, desenvolver a integridade do eu e a sua identidade, aceitando a velhice como a última fase da vida, bem como todas as mudanças a ela associadas (Afonso, 2011).

Afonso refere que a reminiscência pode ajudar a "*lidar com e integrar as mudanças e acontecimentos associados à velhice.*" (2011:108) Considerando que a Teórica (Teoria das Transições de Melleis) escolhida no estudo de caso aborda as transições de vida e a reminiscência também ajuda à integração dessas transições na história de vida da pessoa, verifica-se que há uma linha coerente entre a teoria e a prática.

A atividade aplicada no âmbito desta intervenção foram usadas fotografias de pessoas famosas da área do espetáculo, TV, desporto, música e política nacional (Vinte e cinco de Abril). Os temas alusivos a esta atividade foram os utentes que os escolheram. Consistia em perguntar aos utentes quem era a pessoa que estava na imagem e o que fazia. Os utentes tinham de responder a essas questões. Deste modo pretendia-se evocar memórias relacionadas com o passado e de momentos felizes.

Além do uso de fotografias, usou-se também a atividade de composição coletiva (Anexo XIII). Aqui um dos utentes começou a contar e a escrever a história dos Reis Magos *Era uma vez três Reis Magos...* Os utentes que constituíram o grupo foram recordando a história, tentando que os colegas do grupo acrescentassem algo mais à frase inicial. Os utentes ajudaram-se entre si, no caso de algum ter mais dificuldade em recordar o que foi dito anteriormente. Para concluir esta atividade a enfermeira ensinou aos utentes, uma canção sobre os três reis Magos, a qual cantaram todos juntos.

Quando a atividade terminou, conversou-se em grupo sobre a mesma e todos verbalizaram que gostaram muito, cantarolavam a música dos três reis e não queriam sair da sala. No final, para avaliação da atividade, conforme referido anteriormente, mostrou-se a cartolina com a ficha de avaliação do impacto da atividade. Cada um apontou para a face que mostrava a sua emoção em relação à atividade. Dos dez participantes, sete mostraram-se muito satisfeitos com as atividades e três satisfeitos. Perante tais resultados, conclui-se que a intervenção psicoterapêutica surtiu efeitos mesmo em utentes com défice cognitivo (decorrente ao processo de envelhecimento e da doença).

Considerando que o terceiro módulo englobou o período de Natal, várias atividades no âmbito das diferentes intervenções foram dedicadas a este tema, designadamente: canções *A Todos Um Bom Natal* e dos *Reis*, na musicoterapia (Anexo XII), atividades de EC (Anexo X) com desenhos natalícios, composição coletiva sobre a história dos reis Magos, na reminiscência (Anexo XIII).

Fazendo um balanço das intervenções psicoterapêuticas, verifica-se que as competências técnicas nelas exigidas foram amplamente desenvolvidas. Isto está espelhado quer no impacto muito positivo e explícito das atividades nos utentes; quer pela variedade de técnicas corretamente aplicadas. Saliencia-se ainda que estas foram escolhidas de acordo com as avaliações efetuadas junto da população alvo, recorrendo à entrevista, observação e recolha de dados.

A capacidade do EESM em "*individualizar estratégias*" (Ordem dos Enfermeiros, 2010:7) de acordo com as necessidades foi óbvia no decorrer do terceiro módulo, uma vez que foram desenhadas atividades de EC à medida do utente, com quem se fez o estudo de caso.

Conclusão

A elaboração deste relatório permitiu a realização de uma **análise crítico-reflexiva**, sobre a importância da prestação de cuidados a utentes do foro psiquiátrico, em diferentes fases e contextos. Abordou-se, especificamente, utentes crónicos no domicílio, utentes internados em crise e utentes crónicos institucionalizados.

Com estes diferentes utentes foi necessário utilizar diferentes competências, adstritas ao EESM, que foram desenvolvidas e reforçadas. Estas foram aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica; desenvolver e treinar vocabulário; e intervenções terapêuticas na área da saúde mental com os utentes e respetivas famílias. Basearam-se na relação de ajuda e comunicação assertiva; atividades pedagógicas e psicoeducação (sobre os temas alimentação saudável e prática de exercício físico, adesão ao regime terapêutico e falsos conceitos sobre o álcool); gestão do estudo de caso e intervenções psicoterapêuticas (relaxamento, EC, TOR, musicoterapia e reminiscência).

O alcance destas competências foi revelado nos resultados obtidos na aplicação das intervenções realizadas. Foram mensurados de forma qualitativa, recorrendo a fichas de avaliação do impacto da intervenção, e quantitativa através da realização de atividades psicopedagógicas pelos utentes (exemplo, percentagem de sucesso).

Além das supra citadas, houve ainda oportunidade de desenvolvimento da autoconsciência profissional, através da participação em Congressos/Conferências/Jornadas e Formação em Serviço. No Congresso da ASPESM, houve um momento particularmente gratificante, aquando da participação na comunicação oral sobre "*Intervenções psicoeducacionais aos cuidadores informais de pessoas com demência*". A habilidade de falar em público e conquistar a atenção dos ouvintes é uma mais-valia para qualquer profissional, e em especial para o EESM, dada a sua vocação para a participação em programas comunitários de prevenção, onde terá que falar para grupos.

Um dos **contributos** para o enriquecimento pessoal, enquanto EESM, é o reconhecimento da transversalidade das competências desenvolvidas e a sua relação com os domínios (cognitivo, comunicacional/atitude e técnico) onde se integram e as atividades que conduziram ao seu alcance.

Um exemplo dessa transversalidade é a relação terapêutica, uma vez que esta é a base dos cuidados do EESM e que está presente em toda e qualquer intervenção. A relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem e a personalização dos mesmos, sendo vista sob uma perspectiva holística e humanista. Existem algumas habilidades e competências que devem estar presentes na relação de ajuda, independentemente do contexto em que ela ocorre, como por exemplo, a confiança que é fundamental, pois o utente e a sua família têm de ter confiança no enfermeiro. Esta revela-se na capacidade do EESM em se expressar sem ambiguidades, mostrar-se seguro e confiante, através da comunicação assertiva. Neste caminho, a empatia, a escuta, a presença, a congruência e o respeito também são essenciais.

A relevância da qualidade da relação que é estabelecida está claramente relacionada com o domínio comunicacional e atitudinal, pragmatizados no saber-ser e saber-estar, que também é transversal a todas as competências do EESM, dado que a essência da sua ação está na comunicação e na relação com o outro. Isto revela-se na ideia de que não há relação sem comunicação, embora possa haver comunicação sem relação.

O domínio cognitivo, que se consubstancia nos conhecimentos teóricos, designado saber-saber, também é transversal às quatro competências específicas do EESM. É transversal, porque qualquer uma das outras competências, seja de diagnóstico, seja de gestão de caso ou de cuidados psicoterapêuticos, deve ter por base os conhecimentos teóricos que servem de guia à prática.

O domínio técnico, apesar de ser mais preponderante na quarta competência, também está presente na competência dois e três. Na competência dois, reflete-se, por exemplo, na técnica necessária e subjacente à capacidade de fazer uma entrevista, observação e de fazer recolha sistemática de dados. Na terceira competência, quando se diz que o EESM realiza e implementa um plano de cuidados, isto também tem subjacente a capacidade de aplicar a técnica para o fazer. Daí que essa transversalidade esteja aqui presente.

Como **limitação** para o desenvolvimento do estágio, refira-se a importância de haver um cruzamento entre as competências do EESM e a construção dos projetos de estágio, logo desde a sua concepção. Isto permitirá uma maior consciência inicial das competências e critérios que devem orientar os estágios. Por outro lado, a análise das competências adquiridas pode ser vista através da análise dos critérios de evidência que constam de cada uma e as atividades realizadas no estágio. Uma atividade pode implicar evidências de unidades de competência incluídas em competências diferentes, por exemplo: o tópico adesão ao regime terapêutico pode trabalhar competências do grupo quatro e do grupo dois. Dado que, no caso de utentes agudos, as recaídas podem decorrer de uma má adesão ao regime terapêutico após a alta, realizou-se uma sessão de “psicoeducação” sobre este tema (unidade de competência 4.1), demonstrando que houve participação no programa de alcoologia existente. Com esta atividade ficou demonstrado que *"implemento programas de promoção da participação ativa através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave"* (unidade de competência 2.3).

Como **sugestão** e tendo em conta que o EESM deve assistir a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, reflete-se de seguida sobre o seu papel na comunidade. Os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas constituem a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade e morte prematura, nas nossas sociedades. Enquadrando aqui as funções do EESM, deixa-se como proposta para o futuro, a ideia de que estes não deveriam estar confinados a unidades psiquiátricas. Considerando que até é uma das suas competências a implementação de programas de prevenção na comunidade (competência dois), faria sentido que, nas unidades de cuidados de saúde primários, existissem mais enfermeiros com esta especialidade.

A experiência de estágio em três contextos diferentes permitiu a disseminação dos conhecimentos do EESM de forma diversificada e completa. Assim, enquanto pessoa, vejo este relatório como reflexo do incremento da aquisição de conhecimentos, que decorreu ao longo do período de estágio.

A descrição conclusiva das competências reforçadas e adquiridas serve de base para a constatação de que as competências do EESM foram plenamente alcançadas, havendo um aperfeiçoamento substancial na forma de intervir enquanto enfermeira especialista na área da saúde mental. Isto não teria sido

possível sem uma exaustiva busca do saber-saber, do apoio tutorial e das equipas multidisciplinares, bem como da perseverança pessoal e vontade de contribuir na prevenção da doença e promoção da saúde.

Referências Bibliográficas

AFONSO, Rosa Marina Lopes Brás Martins - Reminiscência: Como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2011. ISBN: 978-972-31-1424-9.

BRAGA, Maria Natália Ferreira - Relatório de estágio na área de psicologia clínica e da saúde. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2011.

BULECHEK, Gloria M; BUTCHER, Howard K e DOCHTERMAN, Joanne McCloskey - NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN: 978-85-352-3442-8.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim e GOMES, Jacinta Maria Pisco Alves - Comunicar em Enfermagem: (algumas reflexões). *Sinais Vitais*. Coimbra. ISBN:0872-0844. Nº 62 (setembro 2005). p.55-57.

CHALIFOUR, Jacques - A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de Ajuda. Volume 1. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN:978-989-8075-05-5.

CHALIFOUR, Jacques - A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção. Volume 2. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN:978-989-8075-21-5.

COLLIÈRE, Marie- Françoise- Promover a vida: da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Lidel,1999. ISBN: 972-757-109-3.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI Lúcia Aparecida e ZAGO, Márcia Maria Fontão - Roteiro Instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino Americana Enfermagem*. São Paulo Nº 11 Vol.3 (maio/junho 2003). p.371-375.

GONÇALVES, Óscar F. - Introdução às Psicoterapias Comportamentais. Coimbra: Quarteto, 1999. ISBN 972-8535-11-2.

KLEIN, J. M. e GONÇALVES, A. G. A. - A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF [s.l.]*, v.10, n.2. (2005). p.113-120.

LE BOTERF, Guy - Modelo de aprendizagem em alternativa na comunidade: 5 desafios a enfrentar. *Formar*. Lisboa. ISBN: 0871-0775. nº 10, (Fevereiro/Março/Abril 1995). p. 40-46.

MARQUES, ACPR e RIBEIRO, M - Abuso e Dependência do Álcool. *Projeto e Diretrizes. Associação Médico Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. Porto Alegre. (21 de agosto de 2002).p.1-20.

MELEIS, Afaf Ibrahim- Transitions Theory: Middle- Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Pratic. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6

MIKOLACZYK, R., ANSARI, W. e MAXWELL, A – Food consumption requency and perceived stress and depressive sympoms among students in three European countries. *Nutrition Journal* (2009). p. 8-31.

MULULO, Sara C.C [et al.] - Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. *Revista Psiquiatria RS*. Rio Janeiro. 31(3) (2009).p. 177-186.

NEVES, Marília Maria Andrade Marques da Conceição- O papel do enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários- Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN: 0874-0283. III Série - nº8 (dezembro, 2012). p. 125-134.

NUNES, Belina e PAIS, Joana - Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação.2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. ISBN: 978-989-752-043-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE Versão R Versão 2011- Classificação Internacional para a prática da Enfermagem. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014. ISBN: 978-92-95094-35-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*- Por base [em linha]. Lisboa, 20 outubro de 2010. [Consultado em 5 de Abril de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

PEREIRA, Manuel Gonçalves [et al]. Intervenções familiares na esquizofrenia- dos Aspectos Teóricos à sua situação em Portugal. *Acta Med Port.* Lisboa.19 (2006). p.1-8.

PERRENOUD, Philippe - Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999. ISBN: 978857307548

PERRENOUD, Philippe - Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. ISBN: 9788573076370

RUA, Marília Santos - De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-68-4

SAMPAIO, Francisco Miguel Correia - A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* [s.l]. ISSN:978-989-96144-2-0. Nº5 (junho,2011). p.30-36.

SAMPAIO, Francisco; SEQUEIRA, Carlos e LLUCH-Canut - A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* [s.l]. ISSN:978-989-96144-2-0. Especial nº 1 (abril 2014), 103-108.

SEQUEIRA, Carlos - Cuidar de Idosos: Com dependência física e mental. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0

TERMOS MÉDICOS. Porto: Porto Editora, 2003-2015. [consult. 2015-03-10 16:06:08]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/socioterapia>.

Um olhar sobre os problemas ligados ao álcool. Centro Regional de Alcoologia de Maria Lucília Mercês de Mello. Coimbra. [sd] - 1 disco ótico (CD-ROM).

VIEIRA, MARGARIDA - Ser enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. ISBN: 972-54-0146-8.

ZOLINI, Cláudia e PAQUETE, Patrícia - 100 exercícios para a mente. Volume1. 2ª Edição. Lisboa: Chiado Editora, 2014. ISBN: 978-989-51-1113-8.

Anexos

Anexo I - Atividade pedagógica Relação Ajuda: Sopa de Letras

Relação

Ajuda

Sopa de Letras

Procure na grelha de letras as palavras da lista abaixo, podendo estar escritas na horizontal ou na vertical.

E	A	S	S	E	R	T	I	V	I	D	A	D	E	K
S	I	F	H	L	I	O	L	H	J	Q	M	V	M	S
C	J	U	K	P	S	D	F	G	M	C	A	X	P	Z
U	S	A	P	A	Q	W	E	R	T	Y	U	I	A	O
T	Q	P	A	O	A	S	D	F	G	H	J	K	T	L
A	X	R	S	R	E	S	P	E	I	T	O	A	I	X
Z	I	E	K	X	Z	C	V	B	N	M	A	S	A	D
Q	W	S	Z	Ã	D	V	G	H	J	K	L	Ç	Z	X
V	B	E	N	C	M	Q	W	E	R	T	Y	U	I	O
P	A	N	C	O	N	G	R	U	Ê	N	C	I	A	D
A	S	Ç	D	F	G	H	Ç	L	J	K	G	F	P	Z
X	C	A	V	B	Q	C	O	N	F	O	R	T	O	W
C	V	B	M	Q	W	D	F	L	K	M	F	M	I	N
Z	Q	E	D	S	A	X	Z	R	T	Y	U	P	O	L
C	O	N	F	I	A	N	Ç	A	F	V	G	H	J	K

CONFIANÇA



ESCUITA



PRESENÇA



RESPEITO



CONGRUÊNCIA



ASSERTIVIDADE



CONFORTO



EMPATIA



APOIO



Enquadramento da atividade: No âmbito do desenvolvimento da Relação de Ajuda, as atividades lúdicas são uma boa ferramenta pois ajudam ao estabelecimento de relações entre as pessoas, de sensações positivas de prazer e realização e de alargamento do vocabulário (emocional e conceptual) sobre o próprio conceito. As imagens que acompanham os conceitos servem para ilustrar os mesmos, de modo a que a compreensão seja facilitada e caso haja algum conceito desconhecido do utente, rapidamente irá ficar a conhecê-lo.

Além disso, há a vantagem adicional de se treinarem capacidades cognitivas como a atenção concentrada, organização perceptiva e a memória necessárias à realização o exercício.

Dado que a atividade é de carácter individual, quando todos tiverem concluído, deve-se conversar em grande grupo sobre as soluções do exercício promovendo a participação de todos.

Instruções: Este exercício só requer a escolaridade básica, para que possa ser realizado com sucesso. Pede-se aos utentes que procurem na grelha de letras as palavras da lista abaixo, podendo estar escritas na horizontal ou na vertical.

Tempo previsto: 10 minutos, no entanto deve-se dar oportunidade para que todos os elementos do grupo tenham tempo de concluir a atividade.

Soluções:

E	A	S	S	E	R	T	I	V	I	D	A	D	E	
S													M	
C													P	
U													A	
T		P											T	
A		R		R	E	S	P	E	I	T	O		I	
		E											A	
		S												
		E												
		N	C	O	N	G	R	U	Ê	N	C	I	A	
		Ç											P	
		A				C	O	N	F	O	R	T	O	
													I	
													O	
C	O	N	F	I	A	N	Ç	A						

Anexo II - Avaliação Inicial de um utente do programa de alcoologia

AValiação Inicial do Utente AFFC – 02 DE OUTUBRO DE 2014

Dados Biográficos

Utente AFFC, sexo masculino, com 29 anos de idade, vive em união de facto há mais ou menos 5 anos e tem um filho de 11 meses.

Tem como habilitações literárias o 9ºano, é operário têxtil, tem casa própria e vive em VIVF.

Queixa principal

Ausência ao trabalho devido aos consumos etílicos com agudização nos últimos 12 meses.

História atual da doença

Relativamente ao processo de adoecer o utente AFFC não refere internamentos anteriores.

O utente preocupado com os seus múltiplos episódios de etilização aguda, com significativas alterações da conduta, pediu ajuda à irmã para o acompanhar ao hospital de Braga para consulta de psiquiatria (30-09-2014).

Aquando do internamento o utente encontrava-se colaborante, sendo o seu internamento voluntário.

Aceita a sua situação atual, manifesta vontade em mudar o seu comportamento relativamente ao consumo do álcool, ou seja, manter-se abstinente. Tem insight e juízo crítico para a doença/tratamento, está consciente dos seus sentimentos relativamente a tudo o que se passou e está a vivenciar. Refere que tem que abandonar os consumos excessivos de álcool para voltar a ser feliz, pois tem uma companheira e um filho maravilhosos e iniciou o consumo por volta dos 14/15 anos de idade, por curiosidade. Até ao internamento consumia em casa e no café e verbaliza que tem consciência que os seus consumos são de provável dependência do álcool.

História Psiquiátrica

- Sem internamentos do foro psiquiátrico anteriores
- Relativamente a antecedentes familiares, o utente tem um tio paterno com antecedentes de consumos excessivos de álcool, mas nunca fez

- tratamento e atualmente já não consome bebidas alcoólicas. Segundo informação do utente AFFC e da irmã.

História do Desenvolvimento

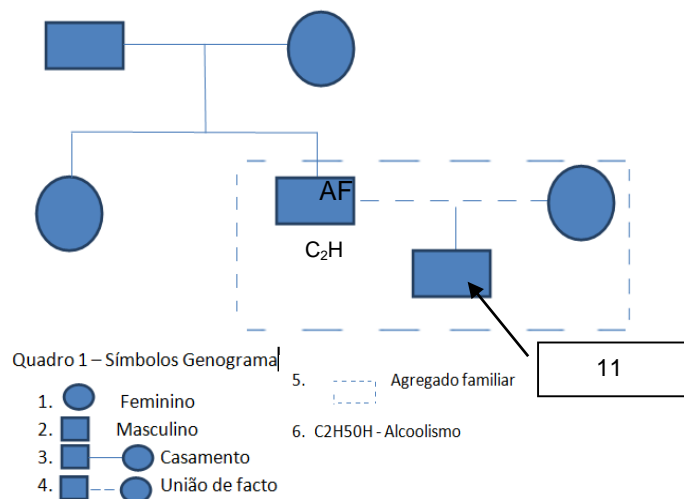
O utente refere que teve uma infância feliz própria das crianças da sua geração.

Oriundo de uma família da classe média tinha alguns brinquedos para brincar. O utente refere que era uma criança calma, alegre, sempre bem-disposta e sempre pronta a ajudar o outro. Gostava de brincar com os amigos da escola (futebol, andar de bicicleta) e tinha uma boa relação com os pais, avós e restantes familiares.

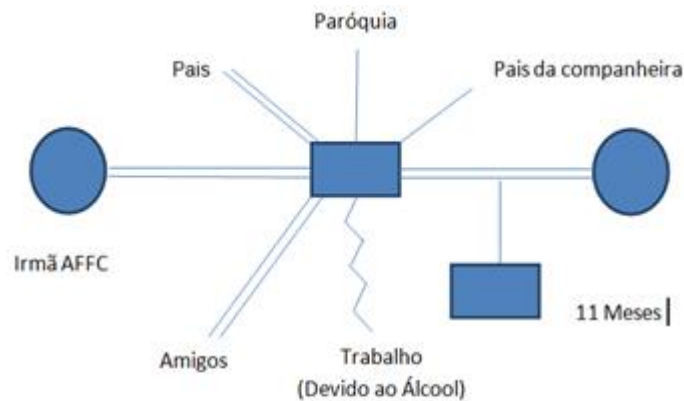
Estudou até ao 9ºano de escolaridade, pois não gostava de estudar, apesar de ter bom aproveitamento. Resolveu procurar trabalho mais ou menos com 17 anos e foi trabalhar para a têxtil. Refere que nunca teve problemas a nível profissional, pois sempre foi um bom trabalhador. Só começou a ter problemas mais ou menos há 12 meses quando iniciou os consumos etílicos e por vezes não ia trabalhar, mais frequentemente à segunda-feira.

Refere que vive em união de facto mais ou menos há 5 anos e tem um filho com 11 meses, e este “é a luz dos seus olhos” (sic).

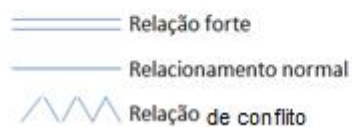
Genograma



Ecomapa



Quadro 2 – Símbolos das relações estrutura (Pedro Melo, 2014)



Exame físico:

- O utente AFFC apresenta pele e mucosas coradas, hidratadas e integras; sem presença de assimetrias, deformidades ou cicatrizes a nível da cabeça, tronco e membros. Apresenta idade igual à idade real, aspeto cuidado e mantém contacto ocular quando está em interação com os outros utentes e com a equipa multidisciplinar.
- O utente tem 1.72m e pesa 70, sendo o seu Índice de Massa Corporal (IMC) é 24 o que indica um peso adequado à sua altura.
- A sua tensão arterial era de 115/67mmhg e frequência cardíaca de 73 bpm.
- A temperatura axilar era de 36.6 graus.
- Não referiu deficit a nível visual ou auditivo e também não referiu dor durante o internamento.

Hábitos de vida:

- O utente é totalmente independente nas atividades de vida diária.
- Tem um padrão alimentar em que faz 5/6 refeições por dia.
- Como padrão de sono/repouso refere que habitualmente dorme 7/8 horas por dia e tem um sono reparador. Atualmente não refere insónias, embora tenha dificuldade por vezes em adormecer devido ao ruído dos colegas na enfermaria.
- Tem um padrão de eliminação com ligeira obstipação.
- Faz exercício físico com regularidade, uma vez que vai ao ginásio com a regularidade de 3 vezes por semana e atualmente (no internamento) corre 1 hora antes do pequeno-almoço.
- No que se refere ao consumo de substâncias, refere:
 - 2 a 3 cafés por dia,

- Consumos excessivos de álcool nos últimos 12 meses, principalmente ao fim de semana, que lhe causaram alguns problemas físicos, familiares e legais, designadamente uma multa por condução sob o efeito do álcool.

Exame psicológico/mental:

- O utente AFFC tem-se mantido vigilante, orientado auto e alopsiquicamente e colaborante durante o internamento.
- Demonstra comportamento adequado e não manifestou sinais ou sintomas de abstinência alcoólica durante o internamento.
- Apresenta humor eutímico e calmo.
- Expressa as suas emoções de forma apropriada, congruente, sem exagero, não denotando labilidade emocional e é reativo nas interações.
- Sem alterações quer a nível de processo e do conteúdo do pensamento e da perceção.
- Não se verificam alterações da memória de curto ou de longo prazo.
- Utente com insight para a doença. Revela futuros positivos e diz estar motivado para a abstinência alcoólica.

Instrumentos de Avaliação:

- Questionário Audit: Score 22, que revela dependência do álcool.
- Escala de Heteroavaliação de Hamilton revelou baixa ansiedade.

Anexo III - Estudo de Caso



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estudo caso

Fátima Maria Roca, n.º 361613007

Com orientação do docente:
Professor Luís Sá

SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACE-R - Escala Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

EESM - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ex. - Exemplo

FC - Frequência Cardíaca

HBP - Hiperplasia Benigna Prostática

HTA - Hipertensão Arterial

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

IECA -Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IMC - Índice Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

IRC - Insuficiência Renal Crónica

ISSJD - Instituto de Saúde São João de Deus

MCP - Memória Curto Prazo

MLP - Memória Longo Prazo

MMSE- *Mini Mental State Examination*

PB - Perturbação Bipolar

QI - Coeficiente de Inteligência

TA -Tensão Arterial

UCP - Universidade Católica Portuguesa

WAIS - Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos

ÍNDICE

SIGLAS.....	69
INTRODUÇÃO	75
1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM.....	77
1.1. Dados Biográficos.....	77
1.2. Antecedentes pessoais.....	77
1.3. Antecedentes Familiares.....	77
1.3.1. Genograma.....	78
1.3.2. Ecomapa.....	78
1.4. Processo de transição saúde-doença e história de doença atual.....	78
1.5. Capacidade física e atividades de vida.....	80
1.6. Capacidade Cognitiva e Estado Emocional.....	81
2. ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELLEIS.....	83
2.1. Transições de DAS.....	84
2.2. Padrão da Transição.....	84
2.3. Propriedades da experiência de transição.....	85
2.3.4. Duração da transição.....	86
2.3.5. Pontos críticos e eventos.....	86
2.4. Condições das transições.....	86
2.5. Padrões de resposta.....	87
2.5.1. Indicadores de Processo.....	87
2.5.1.1. Confiança.....	87
2.5.2. Indicadores da Resultado.....	87
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA NO ESTUDO DE CASO.....	89
3.1. Memória.....	89
3.1.1. Memória a Curto Prazo (MCP).....	89
3.1.2. Memória de Longo Prazo (MLP).....	90
3.2. Envelhecimento.....	90

3.2.1.	A Memória e o Envelhecimento.....	92
3.3.	Perturbação Bipolar.....	92
3.3.1.	Bipolaridade e o Envelhecimento.....	93
4.	AVALIAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM.....	95
5.	CONCEÇÃO DOS CUIDADOS.....	97
6.	ATIVIDADES INTERDEPENDENTES.....	105
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	109
	CONCLUSÃO.....	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
	Anexo I do Anexo III do Estudo de Caso.....	115
	Instrumentos de avaliação do DAS.....	115
	Escala Barthel.....	117
	Escala de Depressão Geriátrica.....	118
	MMSE de 2014/12/01.....	119
	MMSE de 2015/01/09.....	121

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Atividades da vida e capacidades físicas do utente	80
Quadro 2 - Descrição do estado cognitivo, emocional e comportamental do utente.	82
Quadro 3 - Foco de atenção: Incontinência urinária.	95
Quadro 4 - Foco de atenção: Risco de insónia.	95
Quadro 5 - Foco de atenção: Risco de pensamento comprometido	96
Quadro 6 - Foco de atenção: Risco de hipertensão.....	96
Quadro 7 - Foco de atenção – Orientação temporal	97
Quadro 8 - Foco de atenção: memória de curto prazo.....	98
Quadro 9 - Foco de atenção: Socialização.	99
Quadro 10 - Foco de atenção: capacidade para cuidar da higiene pessoal.....	101
Quadro 11 - Fármacos prescrito ao utente e descrição farmacológica.	105
Quadro 12 - Dose/forma, posologia e indicação terapêutica dos fármacos prescritos.	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma.....	78
Figura 2 – Ecomapa	78
Figura 3 – Representação da teoria das transições de Melleis	84

INTRODUÇÃO

A elaboração deste estudo de caso decorreu ao longo do estágio opcional Modulo III em Psicogeriatría e Demências. Inserido no âmbito do VII Curso de Mestrado e Especialização em ESMP, da UCP, do ICS - Porto, no ano letivo 2014/2015. Estágio desenvolvido no ISSJD em Barcelos, na Unidade Irmão Elias de Almeida - Psicogeriatría e Demências, no período compreendido entre 10 de novembro e 21 de janeiro de 2015.

Pretendo apresentar um estudo de caso de um utente com diagnóstico de doença Bipolar tipo I, internado nesta Unidade, que teve como finalidade principal satisfazer um dos objetivos gerais do estágio. Num âmbito mais específico, proponho realizar uma reflexão crítica sobre a prestação de cuidados especializados em SMP e elaborar um plano de cuidados de acordo com as capacidades comprometidas verificadas no utente em estudo.

O presente estudo encontra-se estruturado de acordo com os diferentes passos adotados e tópicos mais relevantes. Inicia-se com a avaliação inicial (Ponto 1) do utente, através de entrevista, análise da história de vida e aplicação dos instrumentos adequados. De seguida, faz-se análise do caso à luz da Teoria das Transições de Melleis (Ponto 2) e enquadramento da patologia do utente no âmbito da Saúde Mental (Ponto 3). Depois, segue-se o Plano de Cuidados, subdividido em Atividades de Vigilância (Ponto 4) e a Concessão dos Cuidados (Ponto 5). No Ponto 6, faz-se referência às Atividades Interdependentes, que engloba os fármacos prescritos e as atitudes terapêuticas. Termina-se com discussão dos resultados e respetiva conclusão.

A metodologia de trabalho utilizada baseia-se no método descritivo associada a uma análise crítico-reflexiva.

1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

A avaliação foi feita através de entrevistas realizadas ao utente e esposa; observação, aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva e psicológica, consulta do processo clínico e respetivo enquadramento com os conhecimentos científicos aprendidos.

1.1. Dados Biográficos

DAS, sexo masculino, oitenta e três anos, não sabe ler nem escrever. Embora tenha frequentado a escola durante cinco anos, conhece apenas algumas letras. Atualmente, encontra-se reformado da profissão, embora tenha sido Lavrador. É natural de Calvelo Baixo, Freguesia de Lamações e Concelho e Distrito de Braga. Casou-se aos vinte e quatro anos com MZCR, mais velha três anos e teve nove filhos. Dos nove filhos, um deles encontra-se internado nesta instituição desde o dia 18 de Novembro de 1997, com debilidade mental e associada a doença do foro psiquiátrico.

1.2. Antecedentes pessoais

DAS tem como antecedentes pessoais/médicos diagnóstico de doença Bipolar tipo I, Hipertensão arterial (HTA), Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), Insuficiência Renal Crónica (IRC).

1.3. Antecedentes Familiares

Em termos de antecedentes familiares, sabe-se que DAS teve um tio, agora já falecido, que sofria de doença mental.

1.3.1. Genograma

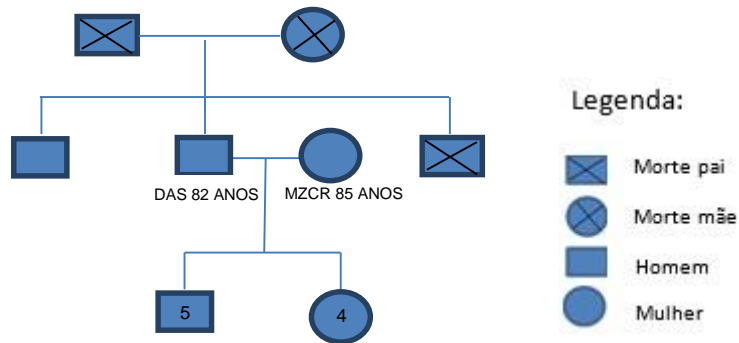


Figura 1- Genograma da família de DAS

1.3.2. Ecomapa

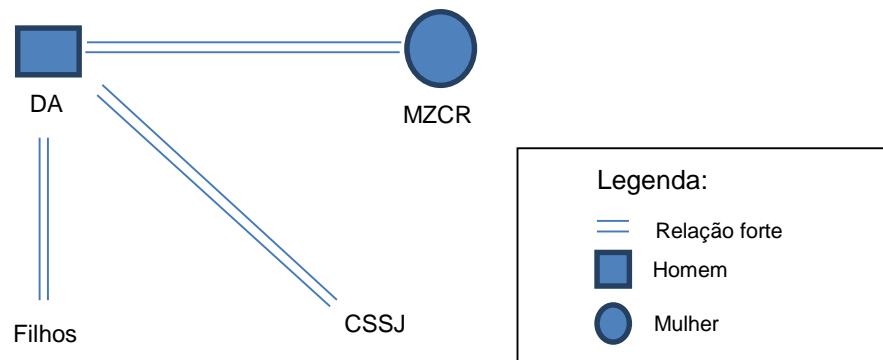


Figura 2 - Ecomapa da família de DAS

1.4. Processo de transição saúde-doença e história de doença atual

A informação referente à história da doença foi obtida através da consulta do processo do utente.

DAS, foi internado pela primeira vez aquando do seu primeiro episódio maníaco, em 1964, quando tinha trinta e dois anos. Desde então, teve mais nove internamentos. Na altura foi diagnosticado com Perturbação Bipolar tipo I.

DAS chegou pela primeira vez ao ISSJD muito falador, sociável, só pensando em fazer negócios impossíveis de realizar (“Mania das Grandezas”), com abusos de álcool, chegando por vezes a embriagar-se. Apresentou-se discretamente desinibido, vígil, pragmático, desorientado alo e autopsiquicamente. Com humor neutro, contato facilitado, discurso de feição ídeofugaz pobre em termos ideativos e revelando escassos saberes de experiência e escolaridade. DAS chegou à instituição sem qualquer ressonância afetiva, dizendo “tem dentro dele cinco doutores e cinco chauffeurs... mais de milheiros de pessoas... espíritos... vamos todos ao céu amanhã”, entre outros. DAS apresentou delírios de grandeza “eu sou Deus na terra e ele no céu” e excitação psicomotora.

Em 2002, no correr de mais um internamento, na Unidade de São José na altura, foi realizada uma avaliação e cálculo de índice de deterioração mental, através das provas: Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS), *Mini Mental State Examination* (MMSE) verificou-se que os resultados não satisfizeram os requisitos mínimos de forma a se poder inferir um valor de Coeficiente Inteligência (QI) bem como o cálculo do índice de Deterioração Mental. Os maus resultados obtidos no desempenho de todas as diferentes sub provas não permitiram validar a prova, pelo que apenas permitiram falar de défices muito significativos em todas as áreas. Verificou-se ainda, através do teste MMSE, um resultado indicador de défices cognitivos.

Em 2004, DAS foi submetido a mais um internamento na Unidade de crónicos de Santo António, com mais uma recaída devido ao diagnóstico de doença Bipolar. Este apresentava-se pouco colaborante e com dificuldade na comunicação verbal. Estava desorientado no tempo e no espaço e tinha ideias de grandeza (“quero construir um bairro”). Acresce ainda, o facto da prestadora de cuidados (esposa), não ter capacidade para cuidar do utente devido ao avançar da sua própria idade e ao seu estado de saúde (pois tinha muitas consultas de rotina e não podia deixar o marido sozinho). Este necessitava de muito apoio e vigilância permanente. Quando só, ausentava-se do domicílio, vagueando sem destino, e não regressava.

Devido ao facto de a Unidade de Santo António não possuir condições físicas para satisfazer as necessidades de utentes com diagnóstico de demência, esta foi desativada e construída uma nova Unidade, designada Irmão Elias de Almeida. Esta tem capacidade para 32 utentes com diagnóstico de demência, doença mental

crónica ou com deterioração cognitiva, com idade superior ou igual a 65 anos, e é onde se encontra o utente DAS desde há sensivelmente um ano.

Do ponto de vista psiquiátrico, DAS encontra-se estabilizado, com humor eutímico, embora não tenha *insight* relativamente à doença. Apresenta-se colaborante, com diálogo espontâneo, orientado no espaço e desorientado no tempo. A nível cognitivo verifica-se uma perda acentuada ao nível da memória de curto prazo e concentração.

1.5. Capacidade física e atividades de vida

Este parâmetro foi avaliado com recurso à aplicação da Escala de Barthel (anexo I). Este é um instrumento de avaliação das atividades da vida diária (ABVD). Segundo Sequeira a escala de Barthel, *“possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade.”* (2010:48)

O quadro 1, faz referência as atividades da vida e capacidades do utente. Verificou-se que DAS tem dependência leve, pela aplicação da Escala de Barthel (anexo I).

Quadro 1 - Atividades da vida e capacidades físicas do utente

Área avaliada	Dados do Utente
Sistema Imunitário	<ul style="list-style-type: none">• Alergias desconhecidas.
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Peso: 83kg• Altura: 1.60m• IMC: 32.4• Hábitos Alimentares: cinco refeições por dia, dieta hipossalina fragmentada
Circulação	<ul style="list-style-type: none">• Tensão arterial: 150/90mmhg• Frequência Cardíaca: 62 batimentos/min. Pulso rítmico
Eliminação	<ul style="list-style-type: none">• Intestinal: continente fecal, hábitos intestinais uma vez ao dia• Urinária: incontinente
Tegumentos	Pele íntegra, sem feridas ou zonas de pressão
Mobilidade	Autónomo, sem risco de quedas
Capacidade de Cuidar da Higiene	Dependente, necessita de alguma ajuda
Capacidade para vestir-se	Independente
Capacidade para usar o sanitário	Independente

Área avaliada	Dados do Utente
Capacidade para comer e beber	Independente
Sono	Tranquilo
Capacidade para ver	Sem alterações
Capacidade para ouvir	Sem alterações
Atividades de vida avançadas	Comprometidas
Atividades de vida instrumentais	Comprometidas

1.6. Capacidade Cognitiva e Estado Emocional

Foram usados os instrumentos MMSE e a Escala Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R). O MMSE é um instrumento de rastreio, muito utilizado na prática clínica, avalia a capacidade cognitiva em diferentes áreas como orientação espaço temporal, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva em idosos com demência, em função do grau escolaridade. Foi adaptado para população portuguesa por Guerreiro (et. al., 1994), é cotado de 0 a 30 valores, por cada resposta correta é atribuído um valor. Morgado (et. al., 2009) encontrou novos pontos de corte para a população portuguesa, demonstrando que há défice cognitivo quando o utente pontua: menos de 22 valores para 0 a 2 anos de literacia, menos 24 para 3 a 6 anos de literacia, e menos de 27 valores a para literacia igual ou superior a 7 anos.

O resultado do MMSE de DAS, aplicado a 1 de Dezembro de 2014, foi de 15 pontos (anexo I). Conclui-se que DAS tem défice cognitivo.

A ACE-R é um instrumento mais específico e sensível. De acordo com Mioshe (et. al., 2006.), citado por Simões (2012:15-16) “*é um instrumento sensível às manifestações iniciais de demência e considerado útil para classificar diferentes tipos de demência, particularmente diferenciar a doença de Alzheimer da Demência Frontotemporal.*” Avalia a capacidade cognitiva em cinco áreas: atenção e orientação (18 valores), memória (26 valores), fluência verbal (14 valores), linguagem (26 valores) e visuoespacial (16 valores). No global têm cotação de 100 valores e foi traduzida para português por Firmino et.al, (2008), apesar de ainda não ter sido aferida para a população portuguesa. Devido a esta última circunstância, os dados deste questionário foram usados como informação apenas qualitativa.

Quando comparada com MMSE, a ACE-R avalia um maior número de áreas cognitivas, pois engloba na avaliação as funções executivas. Acresço ainda que, para além dos “exercícios” de avaliação usados MMSE, inclui um maior número de “exercícios” ao nível da linguagem, memória e das capacidades visuoespaciais. O que nos permite efetuar uma comparação entre os dois testes e monitorizar a evolução do desempenho. O seu uso na Unidade tinha como objetivo, rastrear os utentes de acordo com área cognitiva comprometida. De seguida, os que tinham a mesma área comprometida eram agrupados no mesmo grupo. Com o intuito de preservar no tempo esta capacidade, implementava-se uma intervenção psicoterapêutica adequada.

Também foi usada a escala de Depressão Geriátrica (anexo I), desenvolvido por Yesavage (et. al., 1983) que permite identificar sintomas de depressão em idosos (Sequeira, 2010). É constituída por 30 itens em que se questiona o idoso sobre o seu estado nas últimas semanas. No caso de DAS, verifica-se ausência de depressão.

O Quadro 2 refere o estado cognitivo, emocional e comportamental do utente.

Quadro 2 - Descrição do estado cognitivo, emocional e comportamental do utente.

Capacidade avaliada	Estado atual
Orientação no tempo / espaço	Utente orientado no espaço e desorientado no tempo
Consciência	Sem alterações
Memória	<ul style="list-style-type: none"> • Memória a longo prazo sem alterações • Memória a curto prazo comprometida
Cálculo	Mantém capacidade
Alexia e agrafia	Incapaz
Habilidade Construtiva	Incapaz
Perceção	Sem alterações
Pensamento	Se alterações quanto ao forma e conteúdo
Emoções	Sem alterações
Humor	Eutímico (aplicada a escala de depressão geriátrica)
Comportamento	Adequado
Autocontrolo	Desconhecida história hétero agressiva com a esposa
Razões para a ação	Religião católica
Sexualidade	Heterossexual

2. ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELLEIS

As teorias de enfermagem enquadram teoricamente a profissão e representam um dos elementos que a compõem, bem como a linguagem específica e as suas metodologias. Desta forma, é possível consolidar a Enfermagem como ciência e até uma “arte” do cuidar na área da saúde (Alcântara, et. al., 2011).

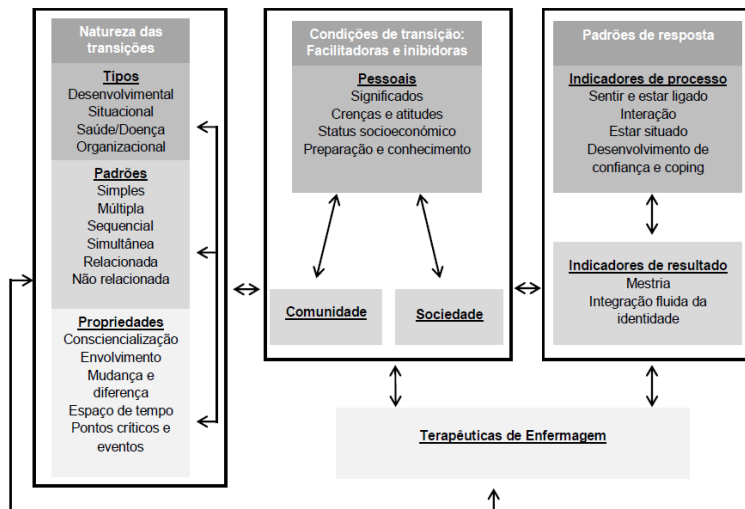
Considerando o caso de DAS, a teoria que parece melhor enquadrar a sua evolução é a Teoria das Transições de Melleis. Segundo esta teoria, uma transição ocorre quando um dado acontecimento provoca a passagem de uma fase da vida para outra, havendo impactos na vida da pessoa e no ambiente, ou seja, nos outros que o rodeiam. Esta requer alterações tanto a nível dos comportamentos, como das relações (Melleis, 2010). Digo que as transições resultam de/em mudanças de vida, de saúde, relacionamentos e ambientes.

Os enfermeiros são profissionais de saúde que passam mais tempo com as pessoas, e respetivas famílias, que estão a passar por um processo de transição. Estes atendem às mudanças e exigências que as transições trazem às vidas quotidianas das pessoas e das suas famílias. Daí que a Transição seja um conceito central da prática de Enfermagem (Melleis, 2010).

Segundo Soares, *“a teoria das transições é uma teoria de médio alcance, pois possui um âmbito mais limitado e uma menor abstração do que as grandes teorias.”* (2013:29). Por outro lado, acrescenta que *“este tipo de teorias de enfermagem define fenómenos específicos, o que as tornam mais fáceis de aplicar na prática de enfermagem.”*

Como se pode observar na figura 3 e segundo a autora referida, as transições podem variar de acordo com a sua Natureza (Tipo, Padrão, Propriedade), as suas Condições (Pessoais, Comunitárias e Sociais) e os Padrões de Resposta.

Figura 3 - Representação da Teoria das Transições de Melleis [Adaptado] (Soares, 2013)



2.1. Transições de DAS

DAS está a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, uma vez que se encontra num processo de envelhecimento com patologia (doença bipolar tipo I) acompanhada por declínio cognitivo. Segundo a avaliação cognitiva efetuada no momento de avaliação inicial (MMSE e ACE-R) verifica-se que DAS tem défice cognitivo e isto, vai interferir na transição na passagem do estado de saúde para doença (Melleis, 2010).

Atendendo a que, o utente em análise se encontra “internado” e numa transição de saúde/doença, os filhos e a prestadora de cuidados/esposa estão a viver uma transição situacional.

2.2. Padrão da Transição

Quanto ao padrão, as transições podem ser únicas ou múltiplas. As múltiplas ainda podem ser classificadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas.

Considerando esta classificação, verifica-se que o padrão de transição de DAS é o simples, uma vez que está a vivenciar uma única transição de saúde doença (atividades de vida comprometidas, dependência na capacidade de se vestir/cuidar da higiene e défice cognitivo em contexto de envelhecimento com patologia).

2.3. Propriedades da experiência de transição

2.3.1. Consciência

Segundo Melleis,

“a consciência está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se muitas vezes no grau de consonância entre o que é conhecido acerca dos processos e respostas e aquilo que constitui o conjunto esperado de respostas e percepções de indivíduos perante transições semelhantes.” (2010:57)

Visto que DAS tem défice cognitivo e não tem *insight* para a doença, terá dificuldades no reconhecimento da experiência de transição.

Nesta fase do ciclo de vida, tendo em conta o seu diagnóstico, o utente não tem compreensão do que se está a passar com ele. No entanto, a esposa e os filhos, quando o vêm visitar (ou quando o utente vai a casa de “licença de ensaio”); têm consciência das capacidades que DAS tem comprometidas e do seu nível cognitivo.

2.3.2. Envolvimento

A autora refere que o envolvimento é o grau de interesse que cada pessoa demonstra no processo de transição. Isto pode ser traduzido pela procura de informação, uso de modelo de referência, preparar-se ativamente e a modificação proactiva das atividades (Melleis, 2010).

O utente não tem consciência da mudança que ocorreu na sua vida. Não demonstra grande interesse em procurar informação e exploração do que é necessário para se preparar ativamente para a sua nova situação de saúde. Quando os profissionais de saúde procuram envolvê-lo, este por vezes diz: “Agora não, deixem-me dormir. Não quero participar nessa atividade”.

A prestadora de cuidados que está a viver esta transição procura junto dos profissionais de saúde adquirir mais informações sobre a situação atual do utente.

2.3.3. Mudança e Diferença

Para Melleis (2010), a mudança e a diferença são propriedades essenciais das transições. Embora semelhantes, estas não são intermutáveis, nem sinónimos de transição. As transições são o resultado de mudança e resultam em mudanças. Para compreender completamente um processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas.

DAS, devido ao agravamento do seu estado de saúde (dependente da esposa, desorientado e autopsiquicamente com alterações da percepção, do pensamento quanto à forma e o conteúdo) e exaustão da cuidadora, este teve que ser internado em 2004, na unidade de psicogeriatrica da ISSJD, em Barcelos.

Quanto à prestadora de cuidados, esta circunstância situacional (internamento de DAS) que advém da transição saúde/doença de DAS, trouxe diferenças significativas nas suas atividades de vida. No entanto, proporcionou-lhe momentos de descanso.

2.3.4. Duração da transição

Quanto à duração da transição; Melleis (2010:58) refere que, *“todas as transições se caracterizam por um movimento ao longo do tempo, existindo um período desde os primeiros sinais (...) de um período de instabilidade até (...) um novo início ou período de estabilidade”*. No caso de um processo de envelhecimento com patologia, como acontece com DAS, o limite temporal é impossível de definir uma vez que se trata de um contínuo progressivo de agravamento das suas incapacidades e condição de saúde.

2.3.5. Pontos críticos e eventos

A autora, de referência desta teoria, refere ainda que, os pontos críticos estão muitas vezes associados a uma crescente consciência da mudança, ou diferença, ou ainda, a um envolvimento mais ativo ao lidar com a experiência de transição.

No caso do processo de desenvolvimento da doença de DAS, existiram momentos críticos em que as suas alterações de comportamento tiveram impacto na cuidadora e nos filhos. Isto levou à procura de um diagnóstico e a alterações nas suas atividades de vida.

2.4. Condições das transições

As condições das transições podem ser designadas por inibidoras ou facilitadoras. Estas podem ainda ser pessoais, ambientais ou comunitárias, que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de atingir uma transição saudável. As condições pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e o seu resultado (Melleis, 2010).

Como condição inibidora, no caso de DAS, verifica-se que é a sua inconsciência quanto ao seu estado de saúde/doença.

Como condições facilitadoras existem condições: pessoais (como o apoio da esposa, dos amigos e dos filhos), situação socioeconómica estável e o conhecimento da prestadora de cuidados/esposa aquando do diagnóstico (pois teve um tio com doença mental grave). Por outro lado, o internamento de DAS no serviço de psicogeriatria veio melhorar a qualidade de vida da prestadora de cuidados.

2.5. Padrões de resposta

Segundo Melleis (2010) temos dois padrões de resposta, um associado aos padrões de processo e outro associado aos padrões de resultado. Estes permitem avaliar o conhecimento acerca da transição, os recursos e o modo como se encara o evento crítico.

2.5.1. Indicadores de Processo

Segundo Meleis (2010), estes indicadores englobam: sentir-se integrado, interagir, localização e sentir-se situado, desenvolver a confiança e lidar com a situação.

2.5.1.1. Confiança

O DAS demonstrou um aumento dos seus níveis de confiança na forma como lida com a sua saúde. Referiu “acho que estou a beber água suficiente, urino com mais facilidade e não respingo as cuecas e as calças”. “Estou feliz, por ter aprendido a canção dos reis”.

2.5.2. Indicadores da Resultado

É importante que DAS participe ativamente e voluntariamente nas atividades psicoterapêuticas para se manter orientado no tempo e manter ou melhorar o seu nível cognitivo.

Concluindo, como refere Soares, a Teoria das Transições de Meleis “*permite aos enfermeiros uma melhor compreensão dos indivíduos, nomeadamente nas situações de transição que estes estão a vivenciar*” (2013:37) e que lhes compete também diligenciar as intervenções mais adequadas para auxiliar os indivíduos nos processos de mudança.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA NO ESTUDO DE CASO

Considerando a avaliação inicial, descrevem-se de seguida os principais conceitos relacionados com as patologias verificadas no utente DAS. Designadamente, aborda-se a memória (relacionada com o défice cognitivo), o envelhecimento e a patologia “primária” de DAS, que é a Bipolaridade.

3.1. Memória

3.1.1. Memória a Curto Prazo (MCP)

A MCP é um sistema limitado de retenção e armazenamento temporário de informação. Os limites temporais situam-se à volta de alguns segundos e os limites de capacidade de informação, que se pode reter de modo integral e por ordem após a respetiva apresentação, estão circunscritos à volta dos cinco a nove itens (Miller, 1956; Baddeley, 1994 citado por Pinto, 2001).

Esta capacidade varia com as pessoas e com as estratégias usadas e a informação pode permanecer neste sistema durante mais tempo se for repetida. De um modo geral, a capacidade de MCP aumenta progressivamente com a idade desde a infância até à adolescência, estabiliza durante a idade adulta e diminui progressivamente nos idosos (Pinto, 1985, citado por Pinto, 2001).

As tarefas de memória de trabalho devem abranger componentes de armazenamento e de processamento ativo e atualização do material registado. Uma tarefa característica de memória de trabalho requer que a pessoa armazene na memória uma porção limitada de informação e em simultâneo execute diferentes operações cognitivas, quer ao nível do material retido quer ao nível do material que está a ser processado (Pinto, 2001). Assim sendo, a capacidade da MCP é limitada mas não é fixa, e os limites médios podem ser ultrapassados através da utilização de estratégias apropriadas e uma prática continuada (Pinto, 2001).

3.1.2. Memória de Longo Prazo (MLP)

A memória a longo prazo possui uma grande capacidade de armazenamento, que pode ser retida durante longos períodos de tempo ou durante todo o ciclo vital (Pereira, 2012).

Esta memória pode dividir-se em memória episódica, semântica e procedimental.

De acordo com Tulving (1985, citado por Pinto, 2001: 9) a memória episódica é definida como a recordação consciente de *“acontecimentos pessoalmente vividos enquadrados nas suas relações temporais”*. As provas típicas de memória episódica são a evocação livre, a evocação seriada, a evocação auxiliada e o reconhecimento.

Por sua vez, definiu a memória semântica como *“uma enciclopédia mental do conhecimento organizado que uma pessoa mantém sobre palavras e outros símbolos mentais”*, tendo mais tarde alargado o seu âmbito para incluir *“o conhecimento do mundo de que um organismo seria portador”* (Tulving, 1985:388 citado por Pinto, 2001:9). Assim, o conhecimento retido na memória semântica seria o conhecimento factos gerais, da língua materna, inteligência prática e sabedoria e o conhecimento geral do mundo.

Por fim, a memória procedimental seria composta por capacidades motoras e perceptivas que, no decorrer do tempo e com a prática, se modificaram em rotinas e hábitos e que de pouco ou nada se tem consciência. (Tulving e Schacter, 1990 citado por in Pinto: 2001).

Muitas das competências e capacidades da memória procedimental são importantes para o dia-a-dia e normalmente permanecem intactas à medida que uma pessoa vai envelhecendo, mesmo quando a memória semântica começa a dar sinais de enfraquecimento (Pinto: 2001).

3.2. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenómeno que se verifica à escala mundial e Portugal não foge à regra, em consequência do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade. De acordo com os censos de 2011, o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 128, o que significa que em cada 100 jovens há 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Estes resultados estão de acordo com Sequeira (2010) quando num

estudo menciona que nas últimas quatro décadas, a população com mais sessenta e cinco duplicou.

De acordo com a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Todavia, esta é uma idade criada para efeitos de pesquisa, pois o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores primordiais: biológicos, psíquicos e sociais. Assim sendo, são estes fatores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o princípio e a instalação de doenças e de sintomas próprios da idade madura (Cancela, 2007).

Assim, o processo de envelhecimento é um fenómeno próprio do ser humano e não se processa de igual forma, ao mesmo ritmo e na mesma idade cronológica em todos os seres. Depende da componente biológica, mas também do estado de saúde, do estilo de vida, da educação e estatuto social. Alguns utentes encaram a velhice como uma última fase da vida, em que se começam evidenciar alterações das funções cognitivas e motoras, tornando-os mais suscetíveis às doenças. Estas na sua maioria são crónicas e múltiplas, que exigem cuidados especializados e diários, o que os torna mais dependentes. Muitos idosos consideram que já não são úteis à sociedade, tornando-se apáticos e alheios a quase tudo o que os circunda. Esta situação agrava a sua saúde mental, pode mesmo ser um prejuízo incondicional para a sua saúde mental e física, contribuindo para o seu declínio cognitivo e demência.

É pertinente ainda, referir que devemos “analisar” o envelhecimento do ser de forma holística, pois durante este processo ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais de forma gradual. O comprometimento de uma destas transformações irá afetar uma ou ambas, daí ser crucial fazer distinção entre um envelhecimento natural e um envelhecimento patológico.

Phaneuf esclarece que *“no envelhecimento natural, em função da idade a deterioração global e pouco pronunciada da memória ou de algumas capacidades da pessoa não perturbam completamente as atividades diárias e deixam espaço para evolução e aprendizagem.”* (2010:25)

No entanto, no envelhecimento patológico, como na demência ocorre *“a perda global da função cognitiva que interfere nas atividades da pessoa, tanto na relação social como laboral* (Tárraga, et. al., 2000:11). Estes autores (2000:11) detalham estas perdas como *“(…) uma diminuição da memória (...) alterações do*

pensamento, juízo, coordenação, planificação e organização, linguagem, escrita e cálculo (...).”

3.2.1. A Memória e o Envelhecimento

O envelhecimento abrange défices e perdas a nível cognitivo, biológico e comportamental, sendo vários os estudos que o documentam. Estes estudos referem que, com o envelhecimento, as pessoas apresentam um autêntico declínio nas funções cognitivas, mais precisamente ao nível da memória e das funções executivas (Albert e Killiany, 2001 citado por Fernandes, 2012). De acordo com Yassuda (2002, citado por Fernandes, 2012), a memória de trabalho e a memória episódica são alguns dos subsistemas de memória particularmente vulneráveis ao processo de envelhecimento.

Segundo Christensen (2001, citado por Fernandes, 2012) as transformações cognitivas que ocorrem em idosos saudáveis não são estáticas nem unitárias, havendo algumas capacidades que declinam mais rapidamente comparativamente a outras. Existe uma combinação de fatores que fazem com que as alterações de memória variem muito de pessoa para pessoa, como a saúde, personalidade, estimulação cognitiva, motivação, hábitos alimentares, atividade física, atividade social, alterações no funcionamento emocional ou práticas quotidianas, entre outros. Isto ocorre porque todos estes fatores influenciam, de alguma forma, todo o processo de envelhecimento (Fernandes, 2012).

São muitos os estudos que referem características de algumas funções cognitivas que se apresentam vulneráveis de forma diferente no processo de envelhecimento, todavia, de uma forma geral, algumas características cognitivas podem ser encontradas em vários idosos (Fernandes, 2012). Por exemplo, uma reduzida estimulação sensorial prolongada pode diminuir a capacidade de beneficiar de interações cognitivamente estimulantes com o meio, diminuindo eventualmente o nível de capacidade intelectual (Fernandes, 2012).

3.3. Perturbação Bipolar

DAS tem diagnóstico de bipolaridade – tipo I. O tipo I significa que os sintomas são predominantemente maníacos.

A Perturbação Bipolar (PB) é um dos mais graves tipos de doença mental. Esta perturbação caracteriza-se pela presença de episódios alternados de humor - mania/hipomania e depressão -, os quais variam em intensidade, duração e

frequência. Por outro lado, além dos episódios de mania, hipomania e depressão, existem também episódios mistos, ou seja, nos quais ocorrem sintomas tanto característicos das fases de mania/hipomania como de depressão. A existência de sintomas psicóticos tende a ser um indicador da gravidade do episódio nas diferentes fases da doença e a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença (Rocca e Lafer, 2006).

3.3.1. Bipolaridade e o Envelhecimento

Nos idosos portadores de PB existem necessidades diferentes de tratamento relativamente aos indivíduos jovens. Estas necessidades são consequentes de fatores típicos da terceira idade, como, comorbilidade física, perdas cognitivas, isolamento social, polifarmácia, variações relacionadas à idade na resposta à terapia, entre outras (Monteschi, Vedana e Miasso, 2010)

Por outro lado, idosos com PB podem apresentar declínio cognitivo mais rápido do que o normal para pessoas na mesma faixa etária e com o mesmo nível de escolaridade. Este facto pode originar maior dependência dos idosos em relação aos cuidados prestados por familiares ou outros cuidadores (Monteschi, Vedana e Miasso, 2010).

Os utentes institucionalizados com PB podem apresentar alterações cognitivas nas fases agudas da doença, atenção (em 75% dos utentes), funções executivas, aprendizagem e memória e velocidade psicomotora (Martinez-Arán et al., 2000; Bearden et al., 2001; Quraishi et al. 2002 citado por Figueira, Sampaio e Afonso, 2014). No entanto, os doentes eutímicos, em fases agudas, com PB, apresentam pior desempenho na aprendizagem verbal, funções executivas e coordenação executiva (Monks et. al., 2004 citado por Figueira, Sampaio e Afonso, 2014).

4. AVALIAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM

Atendendo à avaliação inicial, verificou-se que o utente apresenta várias capacidades comprometidas; por isso torna-se importante exercer atividades de vigilância de enfermagem a diferentes níveis, designadamente ao nível físico e cognitivo.

Quadro 3 - Foco de atenção: Incontinência urinária.

FOCO DE ATENÇÃO - Incontinência Urinária	
Atividades de Vigilância	Resultados Obtidos
<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar episódios de incontinência urinária. • Monitorizar a incontinência urinária. • Ensinar ao utente a importância da eliminação urinária sempre que sentir necessidade de urinar. • Ensinar ao utente a importância de ingerir líquidos, cerca de 2,5 L/dia, principalmente entre as refeições e o início da noite. • Ensinar/orientar o utente a esvaziar a bexiga antes de procedimentos importantes. • Ensinar ao utente que a incontinência é consequência do seu problema de saúde e que não se deve sentir diminuído. • Providenciar vestuário fácil de vestir e de despir se necessário. • Informar o médico sobre a incontinência urinária do utente 	<p>Teve episódios de incontinência urinária nas semanas de 9 a 19/12/2014. Atualmente está controlada.</p>

Quadro 4 - Foco de atenção: Risco de insónia.

FOCO DE ATENÇÃO - RISCO DE INSÓNIA	
Atividades de Vigilância	Resultados Obtidos
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar o padrão de sono. • Vigiar o padrão de sono. • Vigiar a presença de Insónias. 	<p>Sem dificuldade em adormecer, repouso adequado durante a noite, com recurso à terapêutica</p>

Quadro 5 - Foco de atenção: Risco de pensamento comprometido

FOCO DE ATENÇÃO - RISCO DE PENSAMENTO COMPROMETIDO	
Atividades de Vigilância	Resultados Obtidos
<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar o pensamento quanto ao conteúdo. • Determinar o tipo de delírio. • Gerir a comunicação. • Promover a escuta ativa. 	<p>Sem alteração do pensamento quanto ao conteúdo.</p>

Quadro 6 - Foco de atenção: Risco de hipertensão

FOCO DE ATENÇÃO - RISCO DE HIPERTENSÃO	
Atividades de Vigilância	Resultados Obtidos
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a tensão arterial. • Monitorizar o peso. • Monitorizar Frequência Cardíaca (FC). • Monitorizar Índice de Massa Corporal (IMC) <p>Objetivo: O utente ter valores de tensão arterial dentro dos valores normais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre hábitos alimentares. • Incentivar à ingestão de líquidos. • Ensinar sobre hábitos alimentares. • Gerir medicação. • Gerir regime dietético. 	<p>O utente manteve os valores de TA e FC dentro dos parâmetros normais, tendo em conta os seus diagnósticos. Manteve peso e IMC durante este período.</p>

5. CONCEÇÃO DOS CUIDADOS

Atendendo à avaliação inicial foi elaborado um plano de cuidados, recorrendo ao uso da Linguagem Internacional para a Prática de Enfermagem, versão dois, (CIPE, 2) (Ordem dos Enfermeiros: 2011).

Reforço a ideia que, uma avaliação neuropsicológica detalhada destes utentes é essencial na deteção dos défices cognitivos e das funções preservadas (que possam ser estimuladas/trabalhadas). Neste âmbito, o EESM vai implementar intervenções psicoterapêuticas adequadas, de acordo com as necessidades e potencialidades do utente.

Quadro 7 - Foco de atenção – Orientação temporal

FOCO DE ATENÇÃO - ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
<i>Atividades de Vigilância</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a escala <i>Mini Mental State Examination</i> e a de Avaliação Cognitiva de Addenbrooke 		
<ul style="list-style-type: none"> • Início: 01-12-2014 	Orientação Temporal Comprometida (Espacial conservada)	
<i>Dados Relevantes para o Diagnóstico</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Ano em que estamos; • O mês em que estamos; • Dia do mês/dia da semana; • Estação do ano; • Em que país estamos; • Distrito / Concelho em que se encontra. • Nome da instituição/Unidade em que se encontra; 		
<i>Critérios de Resultado/Objetivos</i>		
Melhorar a orientação temporal do utente e mantê-la o máximo de tempo possível.		
<i>Intervenções de Enfermagem</i>		<i>Horário</i>
Início: 01-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar orientação do utente. • Gerir entidade ambiental. • Implementar terapia de orientação para a realidade. <ul style="list-style-type: none"> ○ No início e ao longo do turno. ○ No início de cada sessão de estimulação cognitiva individual, de grupo e sempre que participar em qualquer atividade. 	Todos os turnos

FOCO DE ATENÇÃO - ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o utente. • Incentivar o utente a participar nas atividades desenvolvidas na unidade
Atividades de Avaliação		Horário
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a orientação temporal do utente recorrendo ao uso de calendários construídos para o efeito. 	Todos os turnos
Resultados Obtidos		
01-12-2014		<ul style="list-style-type: none"> • Utente desorientado no tempo relativamente ao mês e dia do ano, pois necessita de estímulo (ex: "último mês do ano; ontem foram 15, por isso hoje são... e ele responde 16")
02/12/2014 19/12/2015	a	<ul style="list-style-type: none"> • Utente mantém o mesmo estágio em relação à orientação espaço temporal, mesmo na sessão de terapia de grupo
05/01/2015 16/01/2015	a	<ul style="list-style-type: none"> • Na reavaliação efetuada com os instrumentos, foi capaz de identificar o mês e mantém orientação espacial.

Quadro 8 - Foco de atenção: memória de curto prazo

FOCO DE ATENÇÃO - MEMÓRIA DE CURTO PRAZO	
Atividades de Diagnóstico	
Aplicar a escala <i>Mini Mental State Examination</i> e a de Avaliação Cognitiva de Addenbrooke	
Diagnóstico	
Início: 05-12-2014	Memória a curto prazo comprometida
Dados Relevantes para o Diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Avaliação Cognitiva de Addenbrooke <ul style="list-style-type: none"> • Respondeu corretamente às perguntas do teste de retenção. • Não respondeu corretamente às perguntas do teste de evocação. • Mini Mental State Examination <ul style="list-style-type: none"> • Respondeu corretamente às perguntas do teste de retenção. • Não respondeu corretamente às perguntas do teste de evocação. 	
Crítérios de Resultado/Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a curto prazo 	
Intervenções de Enfermagem	Horário

FOCO DE ATENÇÃO - MEMÓRIA DE CURTO PRAZO	
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a memória • Gerir a comunicação • Desenvolver treino de orientação, como prática de informações e datas pessoais, se adequado <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória do utente através da musicoterapia, programa individual de estimulação cognitiva • Estimular a memória repetindo o último pensamento expresso pelo utente, se adequado • Encorajar o utente a participar nas sessões de estimulação cognitiva • Incentivar a participação nas sessões de musicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os turnos
Atividades de Avaliação	Horário
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade de retenção após a audição de um pequeno texto recorrendo a questões • Avaliar a memória auditiva e visual imediata recorrendo ao uso de imagens, onde foram feitas questões 	
Resultados Obtidos	
05-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • O utente apresentou-se com humor eutímico, colaborante, calmo e mais sociável, e apontou corretamente as imagens após explicação da atividade
09-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • O utente após três e cinco minutos conseguiu responder a três das quatro questões que lhe foram aplicadas
12-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • O utente após três e cinco minutos conseguiu responder a quatro das seis questões que lhe foram aplicadas
06-01-2015	<ul style="list-style-type: none"> • O utente conseguiu terminar o jogo da memória em oito minutos, na segunda vez fez em menos tempo
13-01-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguiu responder corretamente a três das cinco questões de memória visual

Quadro 9 - Foco de atenção: Socialização.

FOCO DE ATENÇÃO - SOCIALIZAÇÃO
Atividades de Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Observar o utente • Supervisionar a interação social

Diagnóstico	
Início 05-12-2014	Socialização comprometida
Dados Relevantes para o Diagnóstico	
O utente não apresenta volição para comportamento interativo, no entanto manifesta disponibilidade de comunicação quando solicitado	
Crítérios de Resultado/Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ajuda de forma que, o utente estabeleça e mantenha relações com os outros de forma estável 	
Intervenções de Enfermagem	Horário
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o relacionamento interpessoal • Incentivar o utente a desenvolver relações com os outros utentes • Incentivar a participação em atividades de grupo • Executar terapias de grupo (musicoterapia, TOR, Reminiscência e estimulação cognitiva) • Encorajar a expressão de sentimentos • Supervisionar a interação social 	Todos os turnos
Atividades de Avaliação	Horário
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o impacto da atividade recorrendo ao uso de faces com expressões faciais • Avaliar o impacto da atividade observando a expressão facial, o humor e o interesse do utente 	Horário
Resultados Obtidos	
01-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Utente pouco comunicativo e olhar vago • Manifestou desinteresse em fazer um passeio ao exterior (sob vigilância de profissionais de saúde)
05-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Utente um pouco mais comunicativo e com interesse em ir passear (sob vigilância de profissionais de saúde)
09-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Utente comunicativo, contacto ocular e com discurso coerente • Colaborou no transporte de um utente ao exterior (bar) e sentiu-se feliz por ajudar o outro (cadeira de rodas).
12-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Utente verbalizou que pretendia ir ao bar e gostaria de ajudar no transporte dos utentes com dificuldade de marcha (cadeira de rodas)
05-01-2015 a 16-01-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Manteve-se comunicativo, com contacto ocular, discurso coerente e com vontade de ajudar no transporte de utentes com dificuldade de marcha (cadeira de rodas)

Quadro 10 - Foco de atenção: capacidade para cuidar da higiene pessoal

FOCO DE ATENÇÃO - CAPACIDADE PARA CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL	
Atividades de Diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a Escala de Barthel (Anexo I) • Observação da higiene oral e lavagem das mãos 	
Diagnóstico	
05-12-2014	Capacidade para cuidar da higiene pessoal comprometida
Dados Relevantes para o Diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> • Na escala de Barthel teve pontuação 0 (Dependente). • Nos cuidados de higiene necessita de ajuda para completar algumas tarefas (exemplo: “vamos lavar as mãos e realizar a higiene oral” - dar copo com desinfetante para bochechar a boca, a escova de dentes e a pasta dentífrica). 	
Critérios de Resultado/Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Manter autonomia nas AVD, mais especificamente na capacidade para cuidar da higiene pessoal 	
Intervenções de Enfermagem	Horário
<ul style="list-style-type: none"> • Assistir no cuidado da higiene • Promover Autonomia • Supervisionar atividades • Atender ao ritmo do utente na execução das atividades 	Todos os turnos
Atividades de Avaliação	Horário
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a escala de Barthel (Anexo I) 	05-12-2014
Resultados Obtidos	
09-12-2014 a 16-01-2015	<ul style="list-style-type: none"> • O utente têm iniciativa de lavar as mãos antes das refeições, após ir à casa de banho e sempre que estão “sujas”. • Realiza os cuidados de higiene oral sem apoio, mas com vigilância. • No banho necessita de ajuda ou supervisão para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) e para se limpar.

Descrevem-se, de seguida, as principais intervenções psicoterapêuticas utilizadas e referidas nos quadros anteriores.

A TOR foi desenvolvida em 1968, por James Falson, com o intuito de orientar auto e alopsiquicamente os utentes confusos. Digo que é uma intervenção psicoterapêutica utilizada em utentes com alterações da memória e desorientados no tempo, no espaço e no Eu. Diariamente pode ser aplicada a estes utentes, por um período de trinta a quarenta minutos. Tendo como objetivo orientá-los no tempo e no espaço, recordando com eles, por meio de sinalética ou auxiliares externos (calendários, relógio, revistas, músicas, figuras....), o mês, o dia da semana e do mês, a estação do ano, o local onde se encontra, as horas e informação pessoal. Primeiro os utentes são estimulados a responder sozinhos, quando respondem de forma incorreta corrigimo-los e não concordamos com eles. Concordo plenamente com Breuil, et al (1994), citado por Sequeira (2010), quando afirma que esta intervenção psicoterapêutica tanto pode ser aplicada de forma informal ou formal. No entanto, a formal, em termos resultado, é a que faculta melhor eficácia. Usei diariamente esta intervenção e o utente em causa, apresentava-se mais orientado (dia após dia com estimulação), menos ansioso e mais comunicativo.

A estimulação cognitiva visa essencialmente a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado por doenças neurodegenerativas progressivas, como a demência. Tendo como sintoma inicial a perda da memória (primeiro a memória a curto prazo e mais tarde a de longo prazo), logo surgirão reflexos a nível da linguagem, da atenção, da concentração e do cálculo, bem como nas funções executivas, gnósias e da práxis. Esta é uma intervenção de âmbito individual ou em grupo, que visa estimular as capacidades cognitivas que o utente tem conservadas, recorrendo ao uso de uma série de exercícios específicos (formas geométricas, letras, dominó...). Com estes exercícios pretendo preservar as capacidades do utente, de modo a que este seja o mais autónomo possível e atrasando assim o processo demencial.

A Musicoterapia é uma intervenção não farmacológica, em que se usa música com objetivo terapêutico. Aqui, pouco interessa a forma como o utente canta, mas sim sensações que esta provoca no mesmo. Através da música o utente pode: recordar o passado (refiro uma expressão que, no final de uma sessão de musicoterapia, um utente verbalizou: “estou feliz por ouvir a Linda de Suza a cantar o malhão”); estimular a motricidade fina e comportamentos motores (“estalar” dos dedos, palmas e o bater do pé); promover a interação social entre os vários elementos do grupo; estimular a memória a curto prazo e a de longo prazo;

melhorar a autoestima e a comunicação (expressões faciais) e reduzir ansiedade/stress.

A Reminiscência é uma técnica de evocação guiada, permite ao idoso falar das experiências vividas no passado. Para tal, pode-se recorrer ao uso de fotos, músicas, jornais, livros ou qualquer outros elementos que estimulem a memória, (principalmente a de longo prazo – episódica e/ou semântica). Ao recordar-se de momentos gratificantes do passado, ocorre melhoria da sua: autoestima, qualidade de vida e interação social. Esta, por outro lado, pode levar o utente a reviver os acontecimentos vividos nas diferentes fases da sua vida. Para além disto, pode ainda ajudar a encontrar significado para a própria vida, desenvolver a integridade do eu e a sua identidade, aceitando a velhice como a última fase da vida, bem como todas as mudanças a ela associadas.

6. ATIVIDADES INTERDEPENDENTES

As atividades interdependentes englobam os fármacos prescritos e as atitudes terapêuticas.

No Quadro 11 é apresentada a terapêutica prescrita, bem como uma descrição da categoria, indicações e ação terapêutica da mesma.

Quadro 11 - Fármacos prescritos ao utente e descrição farmacológica.

FÁRMACO PRESCRITO	DESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA
Quetiapina	<p>Categoria: Antipsicótico.</p> <p>Indicações: Tratamento dos sintomas de desordens psicóticas.</p> <p>Ação: Atua como antagonista da dopamina e da serotonina. Também antagoniza os recetores da H1 da histamina e os recetores adrenérgicos alfa1. Efeitos terapêuticos: Diminui a manifestação das psicoses e da mania aguda.</p>
Lorazepan	<p>Categoria: Sedativo/hipnótico (benzodiazepina), ansiolítico, anticonvulsivante.</p> <p>Indicações: Adjuvante no tratamento da ansiedade ou de insónias. Provoca sedação.</p> <p>Ação: Deprime o sistema nervoso central (SNC), provavelmente potenciando o ácido gama-aminobutírico, um neurotransmissor inibitório.</p> <p>Efeitos terapêuticos: Sedação, alívio da ansiedade e tratamento do estado epilético.</p>
Risperidona	<p>Categoria: Antipsicótico 2ª geração (atípico).</p> <p>Indicações: Tratamento dos sintomas de psicoses. Mania bipolar, em que se pode sentir muito excitado, eufórico, agitado, entusiástico ou hiperativo.</p> <p>Ação: Atua antagonizando a dopamina e a serotonina no SNC. Efeitos terapêuticos: Diminuição dos sintomas psicóticos.</p>
Ácido Valpróico	<p>Categoria: Antiepilético e anticonvulsivante.</p> <p>Indicações: Tratamento de Convulsões amnésicas simples e complexas. Tratamento de episódios maníacos associados a perturbações bipolares.</p> <p>Ação: Aumenta os níveis de ácido g-aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibidor no SNC. Efeitos terapêuticos: Supressão das convulsões amnésicas. Diminuição do comportamento maníaco.</p>
Furosemida	<p>Categoria: Diuréticos da ansa. Antihipertensores.</p> <p>Indicações: Tratamento de: Edema secundário da insuficiência cardíaca congestiva. Usado isoladamente ou em combinação com antihipertensores no tratamento da hipertensão.</p>

FÁRMACO PRESCRITO	DESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA
	<p>Ação: Inibe a reabsorção do sódio e de cloro através da ansa de Henle e dos túbulos renais distais. Aumenta a excreção renal de água, sódio, cloro, magnésio, hidrogénio e cálcio. Efeitos terapêuticos: Aumento da diurese e mobilização subsequente do excesso de líquidos. Diminuição da pressão arterial.</p>
<p>Ácido acetilssalicílico</p>	<p>Categoria: Antiagregante plaquetário. Indicações: Profilaxia de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio. Ação: Diminui a agregação plaquetária. Efeitos terapêuticos: Diminuição da incidência de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio.</p>
<p>Dinitrato de isossorbida</p>	<p>Categoria: Antianginoso. Indicações: Profilaxia da angina de peito. Ação: Produz vasodilatação. Aumenta o fluxo sanguíneo coronário dilatando as artérias coronárias e melhorando o fluxo colateral para s regiões esqémicas. Efeitos terapêuticos: Alívio das crises anginosas e aumento do débito cardíaco.</p>
<p>Captopril</p>	<p>Categoria: Antihipertesor. Inibidores do eixo Renina Angiotensina. Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) Indicações: Tratamento da hipertensão. Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva. Redução do risco de morte ou de desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, após enfarte do miocárdio. Ação: Os IECA´s bloqueiam a conversão de angiotensina I em angiotensina II, um potente vasoconstritor. Efeitos terapêuticos: Diminuição da tensão arterial. Diminuição da pré-carga e da pós-carga, nos doentes com insuficiência cardíaca congestiva. Diminuição do desenvolvimento da insuficiência cardíaca patente, nos doentes que sobrevivem ao enfarte do miocárdio.</p>
<p>Losartan + hidroclorotiazida</p>	<p>Categoria: Antihipertesor. Inibidores do eixo Renina Angiotensina. Antagonistas dos recetores da angiotensina. Indicações: Tratamento da hipertensão essencial em doentes cuja tensão arterial não está com controlada com cada um isoladamente. Ação: Bloqueia tanto os efeitos vasoconstritores como os mediados pelo aldosterona, da angiotensina II em vários recetores. Aumenta a excreção de sódio e de água por inibição da reabsorção de sódio no túbulo distal. Efeitos terapêuticos: Diminuição da tensão arterial em doentes hipertensos e aumento da diurese como subsequente mobilização do edema.</p>

O Quadro 12 faz referência à dose/forma, posologia e indicação terapêutica dos fármacos prescritos ao utente em estudo.

Quadro 12 - Dose/forma, posologia e indicação terapêutica dos fármacos prescritos.

TERAPÊUTICA	DOSE/FORMA	POSOLOGIA	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA
Quetiapina 200 mg	1 comprimido	Pequeno-almoço Jantar	Tratamento dos sintomas de desordens psicóticas. Diminui a manifestação da mania aguda.
Lorazepan 2.5 mg	½ comprimido	Jantar	Tratamento da ansiedade ou de insónias
Risperidona 1mg	½ comprimido 1 comprimido	Jantar SOS/até 1 vez dia	Tratamento da mania bipolar em que se pode sentir muito excitado, eufórico, agitado, entusiástico ou hiperativo.
Ácido Valproico 500mg	1 comprimido	Jantar	Tratamento de episódios maníacos associados a perturbações bipolares.
Ácido Valproico 200mg	1 comprimido	Pequeno-almoço Almoço	Tratamento de episódios maníacos associados a perturbações bipolares.
Furosemida 60 mg	1 cápsula	Pequeno-almoço	Aumento da diurese. Usado em combinação com antihipertensores no tratamento da hipertensão.
Ácido acetilsalicílico 150 mg	1 cápsula	Almoço	Profilaxia de crises isquémicas transitórias e de enfarte do miocárdio.
Dinitrato de isossorbida 5 mg	¼ comprimido	Pequeno-almoço Almoço Jantar	Alívio das crises anginosas e aumento do débito cardíaco.
Captopril 25 mg	2 comprimidos	Jantar	Tratamento da hipertensão.
Losartan100mg + hidroclorotizida 125mg	1 comprimido	Pequeno-almoço	Tratamento da hipertensão e aumento da diurese como subsequente mobilização do edema.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste trabalho, tendo em conta a avaliação inicial, foi construído um plano de cuidados. Em seguida consoante as capacidades comprometidas do utente foram delineadas as intervenções de enfermagem, tanto ao nível dos cuidados gerais, como dos cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria.

Neste estudo de caso a intervenção foi realizada tendo em conta o nível físico, cognitivo e social do utente. No que concerne à parte física, interveio-se ao nível da hipertensão e dos cuidados de higiene pessoal. Por sua vez, ao nível cognitivo trabalhou-se a orientação para a realidade e a memória a curto prazo. Por fim, ao nível social, interveio-se ao nível da socialização. Importa referir que a intervenção foi realizada tanto em grupo como individualmente.

Estas intervenções foram realizadas, não para obter grandes ganhos terapêuticos, mas para conservar/manter as competências e habilidades que o utente possui. Uma vez que se trata de um utente que se encontra na terceira idade (83 anos) com diagnóstico de bipolaridade tipo I e com défice cognitivo. De acordo com a teoria os idosos com PB podem apresentar declínio cognitivo mais rápido, do que, o normal para pessoas na mesma faixa etária, o que pode originar maior dependência dos idosos em relação aos cuidados prestados por familiares ou outros cuidadores (Monteschi, Vedana e Miasso, 2010).

No que concerne aos resultados obtidos, o utente manteve os valores de TA e FC dentro dos parâmetros normais, tendo em conta os seus diagnósticos e manteve o peso e IMC durante o período em que foi acompanhado. Por sua vez, no que se refere à orientação para a realidade constatou-se que o utente manteve-se orientado no espaço, todavia relativamente ao tempo este utente manteve-se desorientado (apenas referiu, o mês do ano).

Uma vez que uma reduzida estimulação sensorial prolongada poderia diminuir a capacidade de beneficiar de interações cognitivamente estimulantes com o meio, diminuindo eventualmente o nível de capacidade intelectual (Fernandes, 2012); supõe-se a estimulação cognitiva poderá travar este processo. De facto, verificou-se que após 2 meses com estimulação, três vezes por semana, houve

um progresso e ganhos em saúde, que se revelam nos resultados do MMSE. Na avaliação inicial do MMSE, DAS pontuou 15 valores (anexo I) e no final, após a minha aplicação das intervenções psicoterapêuticas, DAS obteve 18 valores (anexo I), embora continue no âmbito do défice cognitivo.

A intervenção ao nível da higiene pessoal revelou-se também útil porque DAS é hoje mais autónomo, embora necessite de supervisão.

Em relação à socialização, nas últimas sessões, DAS estava mais comunicativo, com contacto ocular, com capacidade de empatia e interpretação das emoções do outro, com discurso coerente e com vontade de ajudar no transporte de utentes com dificuldade de marcha (empurrar a cadeira de rodas).

As atividades realizadas, quer em grupo quer individuais, abrangeram diferentes áreas técnicas, desde terapia de orientação para a realidade, a reminiscência, a musicoterapia e estimulação cognitiva. Em todas as sessões e todas as intervenções tiveram subjacentes a competência de estabelecer empatia e uma boa relação terapêutica com o utente.

Durante toda a intervenção com o DAS, recorreu-se ao uso de fotos, músicas, livros entre outro que estimularam a memória, (de curto – trabalho - e longo prazo – episódica e/ou semântica). Detalhadamente, no que se refere à memória de logo prazo estimulada pela reminiscência, ao recordar-se de momentos gratificantes do passado, ocorre melhoria da autoestima, qualidade de vida e interação social do utente. Isto conduz o mesmo a reviver os acontecimentos das diferentes fases da sua vida, auxiliando-o a encontrar significado para a própria vida, desenvolver a integridade do eu e a sua identidade. Isto permite uma maior aceitação da velhice como a última fase da vida, bem como todas as mudanças a ela associadas. Considerando que a teórica escolhida no estudo de caso aborda as transições de vida (Melleis) e a reminiscência também ajuda à integração dessas transições na história de vida, verifica-se que há uma linha coerente entre a teoria e a prática clínica neste estudo de caso.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste estudo de caso tive oportunidade de consolidar e aprofundar as capacidades e competências do enfermeiro especialista em saúde mental, nomeadamente ao nível da assertividade, autonomia, pesquisa bibliográfica, planeamento das intervenções, relação e comunicação terapêutica com o utente idoso institucionalizado, portador de doença mental crónica e com défice cognitivo.

Procurei sempre estabelecer com o utente uma relação terapêutica forte, onde a escuta ativa, a presença, a confiança, o respeito, a empatia e a congruência foram determinantes. Considero a relação de ajuda a essência dos cuidados de enfermagem e a personalização dos mesmos, quando vista de uma perspetiva holista e humanista.

Através da pesquisa bibliográfica consegui adquirir e aprofundar conhecimentos, ao nível da implementação de intervenções psicoterapêuticas: Estimulação cognitiva, Terapia de Orientação para a Realidade, Musicoterapia e Reminiscência. Estas aprendizagens foram fulcrais, para desenvolver esta competência na área da saúde mental como futura especialista.

Considerando o enquadramento teórico efetuado e as intervenções psicoterapêuticas selecionadas, verifica-se que há uma linha coerente entre a teoria e a prática clínica neste estudo de caso.

Como conclusão, posso afirmar com grande satisfação que consegui implementar as atividades inicialmente planeadas, de acordo com os objetivos de estágio delineados e de acordo com as capacidades comprometidas do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCATARA, Marcos Roberto, et al.- Teorias de Enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência em enfermagem . *Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. Ribeirão Preto. Vol.2, nº2 (mai-out, 2011) ISBN:2179-4200.
- CANCELA, Diana Manuela Gomes- O processo de envelhecimento. Por base[em linha]. *Porto: O Portal dos psicólogos*, 2007, p. 1-15. [Consult.24 de nov. 2014] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=processo%20envelhecimento>
- FERNANDES, Patrícia Agostinho Gomes- Memória e envelhecimento: A influência da idade no declínio da memória do trabalho. Lisboa: Universidade Católica: Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Tese de Mestrado.
- FIGUEIRA, Maria Luisa; SAMPAIO, Daniel; AFONSO, Pedro - Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel, 2014. ISBN:978-972-757-960-0.
- MELEIS, Afaf Ibrahim- Transitions Theory: Middle- Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Pratic. New York: Springer Publishing Company,2010. ISBN:978-0-8261-0535-6.
- MONTESCHI, Maristela; VEDANA, Kelly Gaziani Giacchero e MIASSO, Adriana Inocenti- Terapêutica Medicamentosa: Conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. Vol. 19,nº 4 (out-dez 2010).p.709-718 ISBN:0104-0707.
- MORGADO, Joana, et al - Novos valores Normativos do Mini-Mental Station Examination. Sinapse. Lisboa. Vol 9, nº 2 (nov.2009)ISBN:1645-281X
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE Versão R Versão 2011- Classificação Internacional para a prática da Enfermagem. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014. ISBN: 978-92-95094-35-2.

- PEREIRA, Zélia Maria Faria - Treino Cognitivo em Idosos Sem Demência: estudo em idosos residentes no lar de Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Tese de Mestrado.

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

- PINTO, Amâncio Costa- Memória, Cognição e Educação: Implicações mútuas. Porto:Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia, 2001 Estudo realizado no âmbito do Projeto Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT)nº 113/94.

- ROCCA, Cristiana C. A e LAFER, Beny – Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 28, nº3 (março,2006).

- SEQUEIRA, Carlos - Cuidar de Idosos: Com dependência física e mental. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN:978-972-757-717-0.

- SOARES, Eduardo Manuel Cunha- Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: Viver uma transição. Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2013. Tese de Mestrado.

- TAGARRA, Luís , et al. – Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Fundació ACE, 2000. ISBN:84-7429-067-8.

Anexo I do Anexo III – Estudo de Caso

Instrumentos de Avaliação do DAS:

Escala de Barthel

Escala de Depressão Geriátrica

MMSE de 2014/12/01

MMSE de 2015/01/09

Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

NOME DO UTENTE	DAS
----------------	-----

80	Pontuação Total	Intervalos
I	SD - Sem dependência	X = 100
II	DL - Dependência leve	60 < x < 95
III	DM - Dependência moderada	40 < x < 55
IV	DG - Dependência grave	35 < x < 20
V	DT - Dependência total	X < 20

Nº PROCESSO		DATA	dez-14
-------------	--	------	--------

DATA NASC	30-08-1932	UNIDADE	Imão Elias de Almeida
-----------	------------	---------	-----------------------

ALIMENTAÇÃO			
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	
5		Necessita de ajuda	Ex: Para cortar o pão, para barrar a manteiga.
0		Dependente	Necessita de ser alimentado.
HIGIENE			
5		Independente	É capaz de lavar o corpo todo, usando o duche, a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja sobre todo o corpo. Inclui entrar e sair do banho. Pode fazer tudo sem estar outra pessoa presente.
0	<input checked="" type="checkbox"/>	Dependente	Necessita de alguma ajuda.
VESTUÁRIO			
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	É capaz de se vestir, de se despir e compor a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões. Coloca a cinta ou o espartilho se precisa.
5		Necessita de ajuda	mas faz, pelo menos, metade das tarefas num tempo razoável.
0		Dependente	
CUIDADOS PESSOAIS			
5		Independente	Realiza todas as actividades pessoais (ex: lavar as mãos e a cara, pentear-se). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Não necessita de nenhuma ajuda. Inclui manusear e ligar a máquina de barbear se esta for eléctrica.
0	<input checked="" type="checkbox"/>	Dependente	Necessita de alguma ajuda.
DEFECAÇÃO			
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Continente	Nenhum incidente. Se necessita de clister ou supositórios / laxantes é autonomo na sua utilização.
5		Incidentes Ocasionais	Raros (menos de uma vez por semana) ou necessita de ajuda para dar um clister ou administrar supositórios / laxantes.
0		Incontinente	
MICÇÃO			
10		Continente	Nenhum incidente. Seco dia e noite. É capaz de usar qualquer dispositivo (ex: algália). Se for necessário é capaz de mudar de saco.
5		Incidentes Ocasionais	Menos de uma vez por semana. Necessita de ajuda de instrumentos.
0	<input checked="" type="checkbox"/>	Incontinente	
SANITÁRIOS			
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	Entre e sai sozinho. É capaz de se despir e vestir. Limpar-se. Evitar nódoas na roupa. Limpar e esvaziar completamente a sanita sem ajuda. É capaz de se sentar e de se levantar sem ajuda. Pode utilizar barras para se apoiar.
5		Necessita de ajuda	É capaz de se servir da retrete com pequena ajuda no equilíbrio. Despir e vestir-se ou usar o papel higiénico. Mesmo assim, ainda é capaz de utilizar a sanita.
0		Dependente	Incapaz de ir à sanita sem ajuda maior.
MUDANÇA CADEIRA/CAMA			
15	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	Sem ajuda em todas as fases: aproxima-se da cama. Trava e fecha a cadeira de rodas se for necessário. Desloca os apoios dos pés. Deita-se na cama. Coloca-se na posição de sentado num lado da cama. Volta a cadeira de rodas.
10		Mínima ajuda	Inclui supervisão verbal e pequena ajuda física tal como a oferecida por um conjuge não muito forte.
5		Grande ajuda	É capaz de estar sentado sem ajuda, mas necessita de muita ajuda para sair da cama ou deslocar-se.
0		Dependente	Necessita de um instrumento para se levantar (grua) ou de ser completamente içado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentado.
MARCHA			
15	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	Pode usar qualquer ajuda (próteses, bengalas, muletas, etc.) excepto andariño. A velocidade não é importante. Pode caminhar pelo menos 50 metros ou equivalente em casa sem ajuda ou supervisão.
10		Necessita de ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos e outras ajudas para permanecer de pé; desloca-se 50 metros.
5		Independente na cadeira de rodas	Consegue andar 50 metros e deve ser capaz de curvar sozinho.
0		Imóvel	Inclui ser deslocado por outro.
DEGRAUS			
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Independente	É capaz de subir e descer de um andar para outro por escadas sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar o apoio que precisa para (bengalas, muletas...) e o corrimão.
5		Necessita de ajuda	Supervisão física ou verbal.
0		Incapaz	Necessita de elevador ou não pode subir escadas.

Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – Versão reduzida

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al.

Nome: DAS Idade: _____ Data: _____

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

Sim Não

1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3. Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4. Sente-se frequentemente aborrecido(a)?	1	0
5. Na maior parte do tempo, está de bom humor?	0	1
6. Tem medo que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se muitas vezes abandonado/desamparado(a)?	1	0
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Sente que tem mais dificuldades de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Sente-se inútil?	1	0
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que as outras pessoas estão melhores do que o(a) senhor(a)?	1	0
TOTAL		

COTAÇÃO:

0-5= Ausência de depressão

6-10= Depressão ligeira

11-15= Depressão grave

MMSE de 2014/12/01



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: 0

Em que país estamos? Portugal
Em que distrito vive? Beja
Em que terra vive? Beja
Em que casa estamos? Jemão Elias
Em que andar estamos? ---

Nota: 4

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 Pêra
Gato Gato
Bola Bola

Nota: 3

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: 2

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: 0

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio Relógio
Lápis Lápis

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita 4

Dobra ao meio 1

Coloca onde deve 4

Nota: 3

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: 0

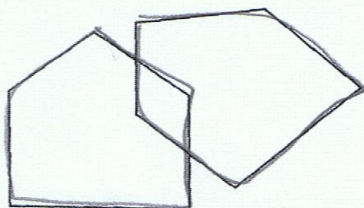
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 0

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

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



Cópia:

Nota: 0

TOTAL (Máximo 30 pontos): 15

<u>Considera-se com defeito cognitivo:</u>	- 22 pontos para 0 a 2 anos de literacia
Segundo Morgado, et al. (2009)	- 24 para 3 a 6 anos de literacia
	- 27 para literacia igual ou superior a 7anos

MMSE de 2015/01/09

2

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ---
Em que mês estamos? Janeiro
Em que dia do mês estamos? ---
Em que dia da semana estamos? ---
Em que estação do ano estamos? ---

Nota: 1

Em que país estamos? Portugal
Em que distrito vive? Braga
Em que terra vive? Bacelos
Em que casa estamos? rua Elias Almeida
Em que andar estamos? ---

Nota: 4

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 Pêra
Gato Gato
Bola Bola

Nota: 3

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: 3

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

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

Pêra ---
Gato Gato
Bola ---

Nota: 1

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio Relógio
Lápis Lápis

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: 3

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: 0

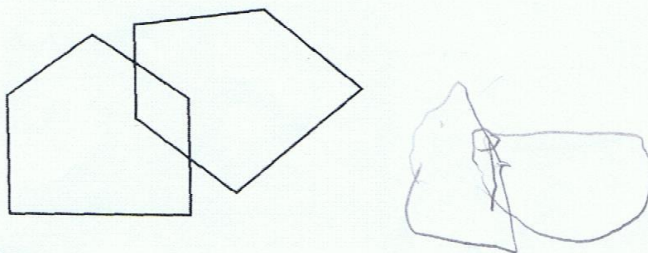
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 0

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

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



Cópia:

Nota: 0

TOTAL (Máximo 30 pontos): 18

Considera-se com defeito cognitivo:	- 22 pontos para 0 a 2 anos de literacia
	- 24 para 3 a 6 anos de literacia
Segundo Morgado, et al. (2009)	- 27 para literacia igual ou superior a 7anos

Anexo IV - Plano da Sessão Psicoeducação: Importância da alimentação saudável e da prática de exercício físico

Plano da Sessão Psicoeducação: Importância da alimentação saudável e da prática de exercício físico (1ª Sessão)

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Materiais pedagógicos
Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão.	1min	Expositiva	
Questionar a utente acerca de: O que é uma alimentação saudável? Como é constituída a roda dos alimentos? Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião.	9 min	Expositiva/interativa	
- Ensinar o utente o que é uma alimentação saudável. - A roda dos alimentos: * Ensinar/instruir o utente como é constituída e como se utiliza? - Ensinar o utente acerca do diário das refeições. - Solicitar ao utente a partilha de experiências relativamente aos seus hábitos alimentares.	15 min	Expositiva/interativa	Computador e manual sobre roda dos alimentos.
- Síntese dos conteúdos expostos; - Avaliação da sessão	5	Expositiva	

Plano da Sessão Psicoeducação: Importância da alimentação saudável e da prática de exercício físico (2ª Sessão)

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Materiais pedagógicos
Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão.	1 min	Expositiva	
Questionar a utente acerca de: Quantas refeições deve fazer ao dia? O que deve comer ao pequeno-almoço/almoço e jantar? Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião.	4 min	Expositiva/interativa	
- Ensinar o utente sobre composição de cada refeição em quantidade e em qualidade; - Reforços dos ensinamentos sobre hábitos alimentares saudáveis; - Atividade física: * Frequência; * Vantagens	20 min	Expositiva/interativa	Computador e manual sobre alimentação saudável.
- Síntese dos conteúdos expostos; - Avaliação da sessão	5	Expositiva	

Anexo V - Plano da Sessão de Psicoeducação: Síndrome de Abstinência Alcoólica e atividade pedagógica sobre sinais e sintomas de Abstinência Alcoólica

Plano de sessão

Sinais e Sintomas de Abstinência Alcoólica

Duração total prevista: 35 minutos.

Destinatários: Utentes com síndrome de dependência alcoólica (7)

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Atividade/Materiais pedagógicos
Acolhimento dos participantes. Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão.	5 minutos	Ativa Expositiva	Atividade de apresentação em que o utente se identifica com os seus dados pessoais.
Sinais e sintomas de Abstinência Alcoólica: - Beber faz mal - O que acontece no corpo quando se está em abstinência: sinais e sintomas. - O que fazer nesses casos. Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião	15 minutos	Expositiva Interrogativa	Apresentação gráfica dinâmica em Powerpoint sobre o tema, ilustrado com imagens. Colocar questões ao grupo ou ao utente sobre o tema.
Verificação dos conhecimentos adquiridos - avaliação	10 minutos	Ativa	Realizar uma atividade pedagógica do tipo “Sopa de letras”. Enunciado da atividade pedagógica.
Síntese dos conteúdos expostos	5 minutos	Expositiva	Observação dos comportamentos atencionais dos utentes.

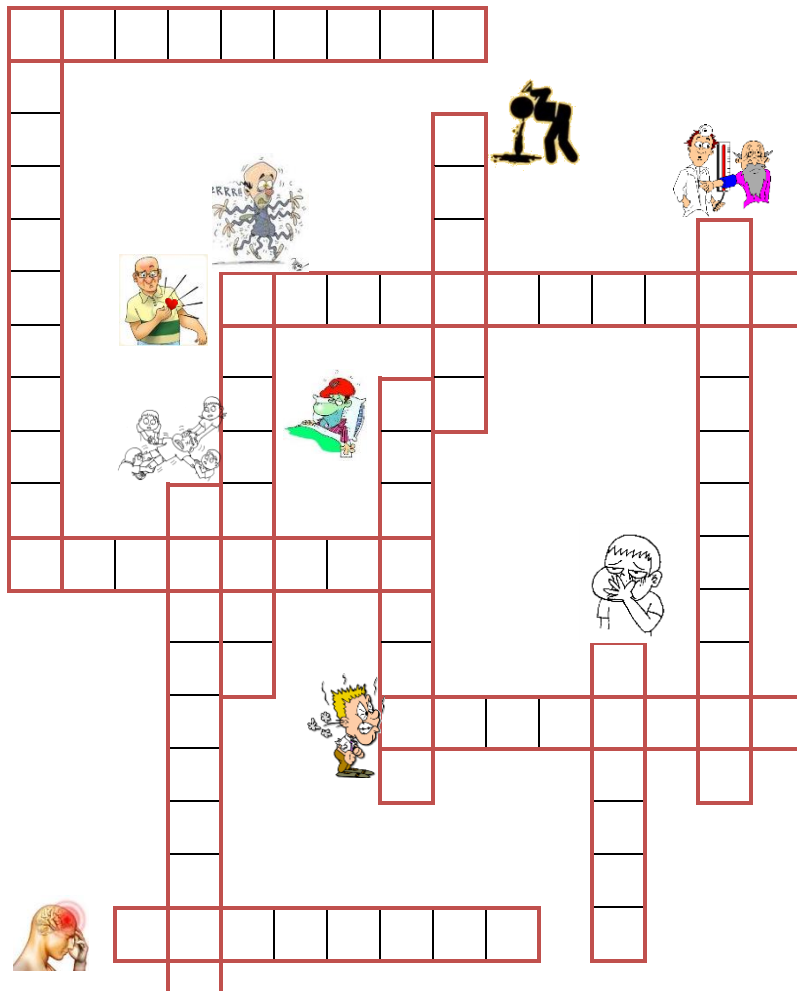
Avaliação da sessão: O impacto em termos de ganhos de saúde será avaliado *a posteriori*, através da análise do grau de realização dos objetivos específicos definidos.

Sinais e Sintomas de Abstinência Alcoólica

Sopa de Letras



Procure na grelha de letras as palavras da lista abaixo, podendo estar escritas na horizontal ou na vertical.



- | | |
|-------------|-------------|
| TREMORES | SUDORESE |
| TAQUICARDIA | CONVULSOES |
| ALUCINACOES | HIPERTENSAO |
| AGITACAO | MALESTAR |
| NAUSEA | |

Enquadramento da atividade: No âmbito da identificação dos sinais e sintomas da abstinência alcoólica, as atividades lúdicas são uma boa ferramenta pois ajudam à consolidação de conceitos e de alargamento do vocabulário sobre o próprio conceito. As imagens que acompanham os conceitos servem para ilustrar os mesmos, de modo a que a compreensão seja facilitada e caso haja algum conceito desconhecido do utente, rapidamente irá ficar a conhecê-lo.

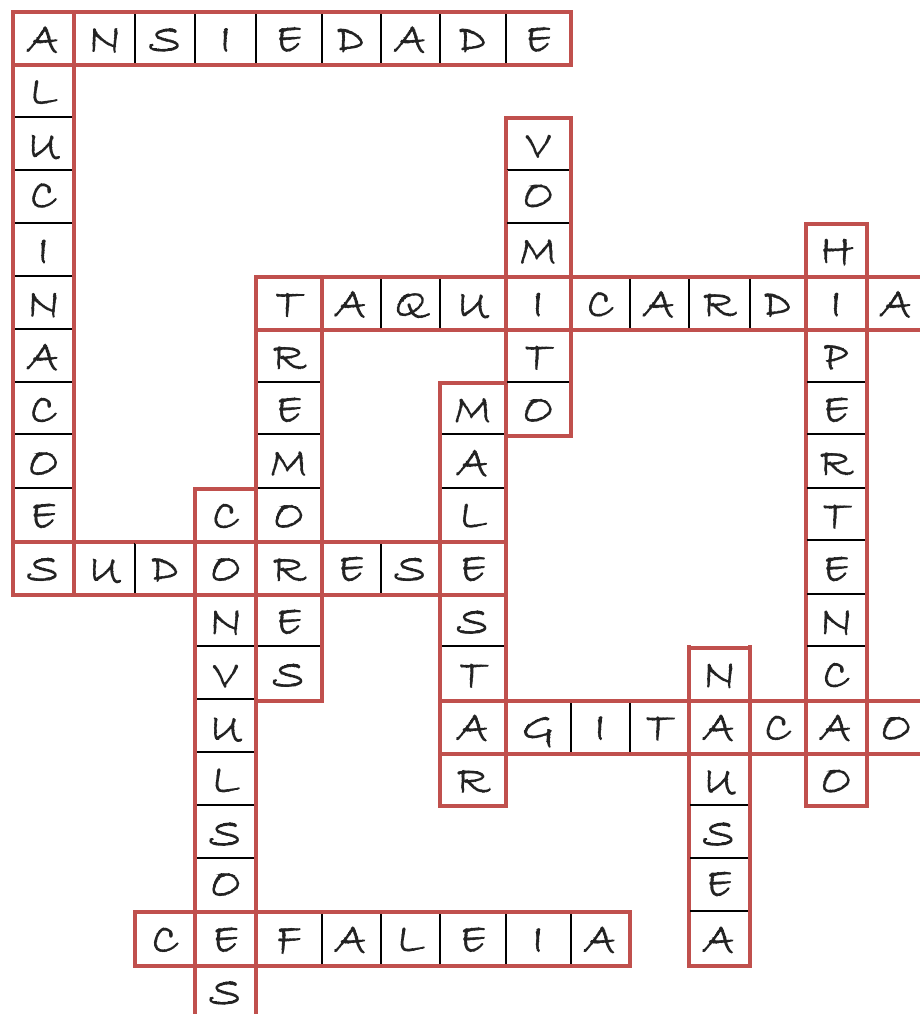
Além disso, há a vantagem adicional de se treinarem capacidades cognitivas como a atenção concentrada, organização perceptiva e a memória necessárias à realização o exercício.

Dado que a atividade é de carácter individual, quando todos tiverem concluído, deve-se conversar em grande grupo sobre as soluções do exercício promovendo a participação de todos.

Instruções: Este exercício só requer a escolaridade básica, para que possa ser realizado com sucesso. Pede-se aos utentes que procurem na grelha de letras as palavras da lista abaixo, podendo estar escritas na horizontal ou na vertical.

Tempo previsto: 10 minutos, no entanto deve-se dar oportunidade para que todos os elementos do grupo tenham tempo de concluir a atividade.

Soluções:



Anexo VI - Plano da Sessão de Psicoeducação: Falsos conceitos sobre o álcool

Plano de sessão

Falsos Conceitos sobre o Álcool

Duração total prevista: 35 minutos.

Destinatários: Sete utentes internados em crise, na unidade de alcoologia

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Atividades/Materiais pedagógicos
Acolhimento dos participantes. Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão. Avaliação diagnóstica conhecimentos	5 minutos	Interrogativa	Atividade de apresentação em que o utente se identifica com os seus dados pessoais. Chuva de ideias
No final da sessão o utente deverá ser capaz de conhecer pelo menos 3 dos falsos conceitos do álcool. Apresentação dos mitos sobre o álcool: - Aquece, - Mata a sede, - Dá força, - É um alimento, - Facilita a digestão e abre o apetite, - É um medicamento, - Facilita as relações sociais, Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião.	15 minutos	Expositiva Interrogativa	Apresentação gráfica dinâmica em Powerpoint sobre o tema, ilustrado com imagens. Colocar questões ao grupo ou ao utente sobre o tema.
Verificação dos conhecimentos adquiridos - avaliação	10 minutos	Interrogativo	Questionamento oral, em que os utentes deveriam ser capazes
Síntese dos conteúdos expostos	5 minutos	Expositiva	Observação dos comportamentos atencionais dos utentes.

Avaliação da sessão: O impacto em termos de ganhos de saúde será avaliado *a posteriori*, através da análise do grau de realização do objetivo específico definido.

Anexo VII - Plano da Sessão de Psicoeducação: Adesão ao regime terapêutico, Enunciado da atividade e ficha de avaliação da adesão ao regime terapêutico após a alta.

Plano de sessão

Adesão ao regime terapêutico

Duração total prevista: 35 minutos.

Destinatários: Quatro utentes com esquizofrenia ou perturbações do humor

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Atividade/Materiais pedagógicos
Acolhimento dos participantes. Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão.	5 minutos	Ativa Expositiva	Atividade de apresentação em que o utente se identifica com os seus dados pessoais.
Adesão ao regime terapêutico <ul style="list-style-type: none">• Doença crónica, segundo OMS<ul style="list-style-type: none">○ Conceito○ Importância da aceitação da condição de doente crónico○ Importância da boa adesão ao regime terapêutico• Adesão ao regime terapêutico<ul style="list-style-type: none">○ Conceito, segundo OMS, Relevância, Circunstancias em que não há adesão• Fatores que afetam a adesão<ul style="list-style-type: none">○ Características do regime de tratamento<ul style="list-style-type: none">▪ Importância da Medicação e Efeitos secundários○ Características da pessoa com doença mental○ Características da relação com a equipa de saúde<ul style="list-style-type: none">• Desmistificação da doença mental para o doente e na família• Procura de ajuda quando necessário <p>Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião.</p>	15 minutos	Expositiva Interrogativa	Apresentação gráfica dinâmica em Powerpoint sobre o tema, ilustrado com imagens. Colocar questões ao grupo ou ao utente sobre o tema.
Verificação dos conhecimentos adquiridos - avaliação	10 minutos	Ativa	Realizar uma atividade pedagógica do tipo “Dominó”. Enunciado da
Síntese dos conteúdos expostos	5 minutos	Expositiva	Observação dos comportamentos atencionais dos utentes.

Avaliação da sessão: O impacto em termos de ganhos de saúde será avaliado *a posteriori*, através da análise do grau de realização dos objetivos específicos definidos.

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO APÓS ALTA

ENUNCIADO ATIVIDADE PEDAGÓGICA

DOMINÓ

Regras do jogo:

O JOGO

Número de Jogadores: 2 ou 4 jogadores.

Total de Pedras: São 28 pedras possuem em cada uma de suas faces imagens e conceitos sobre o tema, que se desejam reforçar na Adesão ao Regime Terapêutico após alta.

Início da partida: São divididas 7 pedras para cada jogador.



COMEÇAR

Na primeira partida o jogador com a pedra dupla “Aceitação do seu estado de saúde” começa o jogo, colocando-a na mesa. A partir da segunda partida o jogador vencedor começa.

RODADA

O jogo roda no sentido horário e cada jogador deve tentar encaixar uma de suas pedras nas extremidades do jogo na mesa, quando o jogador consegue encaixar uma pedra ele passa a vez, caso ele não consiga ele deve ir buscar ao monte. Se não houver pedras no monte ele passará a vez.

FIM DE JOGO

O jogo acaba quando alguém fica sem pedras na mão ou quando o jogo fica fechado, ou seja, quando não é possível colocar mais pedras.

Enquadramento da atividade:

O jogo de Dominó é muito popular e é jogado por milhares de pessoas, em reuniões familiares, círculos de amigos, festas, churrascos, etc.... Como jogar Dominó é sempre uma diversão, convertê-lo numa atividade pedagógica trás um toque lúdico ao grupo terapêutico e ajuda à sua desestigmatização. O Dominó não possui regras oficiais e universais, portanto as regras aqui apresentadas são as mais utilizadas atualmente e que se adequam ao objetivo pedagógico.

No âmbito do desenvolvimento do tema Adesão ao Regime Terapêutico após alta, as atividades lúdicas são uma boa ferramenta pois ajudam ao estabelecimento de relações entre as pessoas, de sensações positivas de prazer e realização e de alargamento do vocabulário (emocional e conceptual) sobre o próprio conceito.

As imagens que acompanham os conceitos servem para ilustrar os mesmos, de modo a que a compreensão seja facilitada e caso haja algum conceito desconhecido do utente, rapidamente irá ficar a conhecê-lo.

Os conceitos trabalhados no jogo reforçam os que foram apresentados no Powerpoint e espera-se que esta atividade sirva consolidar a sua memorização.

Além disso, há a vantagem adicional de se treinarem capacidades cognitivas como a atenção concentrada, organização perceptiva e a memória necessárias à realização o exercício.

Quando o jogo estiver concluído, deve-se conversar em grande grupo sobre o exercício promovendo a partilha de emoções entre todos.

Pré-requisitos: Este exercício só requer a escolaridade básica, para que possa ser realizado com sucesso.

Tempo previsto: 10 minutos, no entanto deve-se dar oportunidade para que todos os elementos do grupo tenham tempo de concluir a atividade.

Realizado por: Fátima Roca

Adesão ao Regime Terapêutico após alta

Parte 1 (para responder no início da sessão)

Para cada questão responda como se tem comportado ultimamente.

1. Aceito a minha condição de doente crónico.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

2. Tomo a medicação conforme o prescrito.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

3. Estou com pessoas frequentemente.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

4. Peço ajuda quando estou em crise.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

5. Compreendo que os efeitos secundários da medicação devem ser desvalorizados.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

6. Estou motivado para o meu tratamento.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

7. Vou sempre às consultas.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

Adesão ao Regime Terapêutico após alta

Parte 2 (para responder no final da sessão)

Para cada item responda como tem vontade de se comportar de agora em diante.

1. Aceitar a minha condição de doente crónico.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

2. Tomar a medicação conforme o prescrito.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

3. Estar com pessoas frequentemente (não se isolar).

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

4. Pedir ajuda quando estou em crise.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

5. Compreender que os efeitos secundários da medicação devem ser desvalorizados.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

6. Estar motivado para o meu tratamento.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

7. Ir sempre às consultas.

1 > 2 > 3 > 4 > 5 > 6 > 7 > 8 > 9 > 10

Anexo VIII - Plano da Sessão de Psicoeducação: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Plano de Sessão

Relaxamento Muscular Progressivo

Duração total prevista: 40 minutos.

Destinatários: Cinco utentes internados em crise, na unidade de alcoologia

Conteúdos	Tempo	Metodologia	Atividade/Materiais pedagógicos
Acolhimento dos participantes. Apresentação do moderador e dos objetivos da sessão. Avaliação conhecimentos	5 minutos	Ativa	Atividade de apresentação em que o utente se identifica com os seus dados pessoais.
<p>Abordagem sobre a importância das técnicas de redução da ansiedade no controlo dos comportamentos compulsivos, designadamente as técnicas de relaxamento.</p> <p>Medição do nível de ansiedade, com a Escala de Heteroavaliação de Hamilton – Ansiedade antes do relaxamento.</p> <p>Explicação sobre o método de respiração diafragmática e de relaxamento muscular progressivo.</p> <p>Realização de exercícios de aplicação pelos utentes para sete grupos musculares, de acordo com o Manual de Relaxamento de Óscar Gonçalves (1999).</p> <p>Medição do nível de ansiedade, com a Escala de Heteroavaliação de Hamilton – Ansiedade depois</p>	25 minutos	Expositiva Ativa	Manual de Relaxamento de Óscar Gonçalves (1999)
Dar tempo ao utente para expressar a sua opinião.	5 minutos	Ativa	Colocar questões ao grupo ou ao utente sobre o tema.
Síntese dos conteúdos expostos	5 minutos	Expositiva	Observação dos comportamentos atencionais dos utentes.

Anexo IX - Plano da Sessão e instrumentos da terapia de Orientação para a Realidade

Plano de sessão

TOR - Teoria de Orientação para a Realidade

Duração total prevista: 15 minutos.

Destinatários: 10 Utentes da Unidade de Psicogeriatria e Demências.

Objetivos	Tempo	Método	Materiais Pedagógicos
- Acolher os participantes.	5 minutos	Ativo: Sentar em grupo	
- Estimular a perceção visual - Desenvolver a Orientação espaço-temporal - Estimular a memória - Promover a valorização pessoal - Promover a autoestima e a autonomia - Promover o relacionamento e a comunicação interpessoal - Desenvolver a motricidade fina	10 minutos	Ativo: TOR - Teoria de orientação para a realidade	- Uma sala - Onze cadeiras - Três cartolinas - Calendários - Joaninhas - Quatro imagens refletindo as quatro estações do ano - Pequenos cartões com as quatro estações do ano escritas - Pequenos cartões escritos com o ano, dias da semana, meses do ano, e dias dos meses

Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)



Figura 1 - Fotografia do calendário e material usado na TOR.



Figura 2 - Fotografia do instrumento usado na TOR relativo à localização espacial.



Figura 3 - Fotografia do instrumento usado na TOR relativa à identificação da estação do ano.

Anexo X - Planos de sessão das atividades de estimulação cognitiva

Plano de sessão

Memória recente

Duração total prevista: 10 minutos

Destinatários: 1 Utente da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Atividade	Materiais pedagógicos
- Acolher o participante	2 minutos	- Sentar em frente à enfermeira	- Uma sala - Duas cadeiras
- Promover a memória recente - Desenvolver a atenção e concentração - Estimular a memória auditiva	8 minutos	- Memória recente	- Uma ficha de trabalho com pequeno texto e seis questões

Exercícios de estimulação

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: ler o texto seguinte ao utente, devagar e assegurando-se de que está com atenção.

Fonte: Nunes e Pais (2014)

O **Manuel** e a **Maria** decidiram celebrar as suas **bodas de ouro** e vão organizar um **jantar** para a sua **família**. O jantar vai ser **posta na brasa**. Para a sobremesa, encomendaram um **bolo de chocolate** com **cinquenta velas**. Os convidados chegaram a partir das **19horas** com presentes para o Manuel e Maria.

Imediatamente a seguir, faça-lhe as seguintes questões:

Recorda-se do nome das pessoas mencionadas do texto?
Que vão eles celebrar?
Como vão celebrar?
Quem é que eles convidaram?
O que eles vão comer ao jantar?
A que horas vão chegar os convidados?

Plano de sessão

Memória a curto prazo

Duração total prevista: 10 minutos

Destinatários: 1 Utente da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Atividade	Materiais pedagógicos
- Acolher o participante	2 minutos	- Sentar em frente à enfermeira	- Uma sala - Duas cadeiras
- Proporcionar a recordação de estímulos visuais - Estimular a memória visual a curto prazo - Desenvolver a atenção e concentração	8 minutos	- Memória a curto prazo	- Uma ficha de trabalho com seis imagens

Exercícios de estimulação da memória a curto prazo

Observe as seis imagens e memorize-as.

Cubra-as e depois responda as questões que se seguem.

Fonte: Zolini e Paquete (2014:33)



- 1- Há algum animal? Qual é o seu nome?
- 2- Há alguma objeto que faça som? Qual é o seu nome?
- 3- Há alguma flor amarela?
- 4- Há algum objeto usado para cozinhar?
- 5- Há algum cacho de uvas?

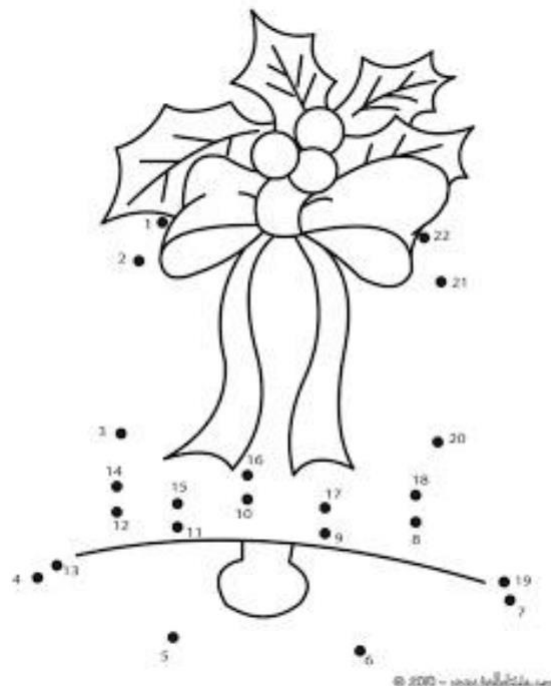
Plano de sessão

Unir os pontos

Duração total prevista: 25 minutos

Destinatários: 5 Utentes da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Atividade	Materiais pedagógicos
- Acolher o participante	2 minutos	- Sentar em frente à enfermeira	- Uma sala - 5 cadeiras
- Desenvolver a atenção e concentração - Estimular a memória visual a curto prazo - Desenvolver a motricidade fina	23 minutos	- Unir os pontos	- Fichas de trabalho com imagens de Natal - Lapis de cor



Anexo XI - Ficha de avaliação do impacto da atividade

Avaliação do impacto da atividade

Nome: _____ Data: _____

Gostou?

Faça um círculo à volta da face que mostra a sua emoção face a esta atividade.

Muito Satisfeito



Satisfeito



Pouco satisfeito



Nada satisfeito



Deixe a sua opinião

Anexo XII - Plano de Sessão da atividade de Musicoterapia

Plano de sessão

Musicoterapia

Duração total prevista: 40 minutos

Destinatários: 10 Utentes da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Método	Materiais Pedagógicos
- Acolher os participantes	5 minutos	Ativo: Sentar em grupo	- Uma sala - Onze cadeiras
- Estimular a memória episódica - Desenvolver a linguagem - Promover a atenção e/ou concentração - Ensinar estratégias de compensação da memória - Promover interação social dos participantes - Potenciar a autonomia dos utentes	35 minutos	Ativo: Musicoterapia	-Um computador portátil - 1 Cd (malhão, a todos um bom natal, machadinha) - 5 Instrumentos musicais (Bombo, maracas, castanholas, reco-reco, ferrinhos e pandeireta) - Dez folhas brancas - Dez lápis de cor

Anexo XIII - Planos de sessão das atividades de Reminiscência

Plano de Sessão

Reminiscência - Espetáculo, TV, Desporto e vinte e cinco de abril

Duração total prevista: 40 minutos

Destinatários: 10 Utentes da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Método	Materiais Pedagógicos
- Acolher os participantes	5 minutos	Ativo: Sentar em grupo	- Uma sala - Onze cadeiras
Promover autoestima - Aumentar o bem-estar e a satisfação de vida - Promover a interação social - Desenvolver a orientação espacial e temporal em relação ao passado - Estimular/manter a memória episódica	35 minutos	Ativo: Reminiscência- Espetáculo, TV, Desporto e vinte e cinco de abril	- Sete cartões alusivos ao espetáculo, TV, Desporto e, cinco alusivos ao Vinte e Cinco de Abril

Plano de Sessão

História dos Reis Magos

Duração total prevista: 40 minutos

Destinatários: 8 Utentes da Unidade de Psicogeriatria e Demências

Objetivos	Tempo	Método	Materiais Pedagógicos
- Acolher os participantes	5 minutos	Ativo: Sentar em grupo	- Uma sala - Nove cadeiras
- Estimular a atenção, a concentração e os movimentos finos - Estimular a memória episódica e do trabalho -Fomentar as relações interpessoais e de interajuda - Promover a orientação espacial e temporal -Desenvolver a criatividade e expressão das emoções	35 minutos	Ativo: História dos Reis Magos	- Uma cartolina - Oito lápis de cor - Uma esferográfica - Velcro - Foto dos três Reis Magos - Uma estrela



Figura 1 - Composição coletiva alusiva à Festa dos Reis