

ANEXOS

## ANEXOS I

Sensibilização para o Preenchimento do Impresso para Avaliação Inicial de Enfermagem

## Sensibilização para o Preenchimento do Impresso de Avaliação Inicial de Enfermagem

---

Daniel Ricardo Simões de Carvalho, [drscarvalho@gmail.com](mailto:drscarvalho@gmail.com)

Enf. no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria-Pombal

**RESUMO:** Este artigo pretende apresentar um projeto de melhoria contínua da qualidade, baseado no Ciclo de Deming e implementado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, tendo em vista a sensibilização dos enfermeiros para o preenchimento do impresso de avaliação inicial de enfermagem.

**PALAVRA- CHAVE:** qualidade, melhoria contínua, avaliação inicial de enfermagem, sensibilização

### INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é algo que é inerente ao ser humano e tem evoluído com ele, como forma de fazer face à imperfeição e fruto das circunstâncias do momento. De acordo com o Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de junho (2004) podemos definir qualidade como *“o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”*. A qualidade deve ser entendida como um dos impulsionadores do sucesso das organizações, apresentando-se como o produto final de uma rede de trabalho, onde atuam e contribuem diversos intervenientes. Este resultado final é muitas vezes um fator de decisão face á escolha e distinção de um conjunto de serviços ou produtos dessa organização.

Só será, contudo, possível atingi-la, se houver um esforço conjunto de todos os intervenientes envolvidos nos processos de qualidade institucionais, através da definição de metas, do desenvolvimento de atividades previamente planeadas e da avaliação do seu desempenho.

Hoje em dia e face ao atual contexto, Paula e Costa (2009) referem que os mercados são cada vez mais exigentes e competitivos, o desenvolvimento e sobrevivência das

organizações passa pela procura de práticas que garantam a melhoria contínua da qualidade.

Em saúde e segundo D'Innocenzo, Adami, e Cunha (2006) esta preocupação também tem estado sempre presente, pois é pouco plausível que alguém atue sobre a vida de outro sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível. D'Innocenzo et al. (2006, p.85) referem que:

*“a Organização Mundial da Saúde em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.”*

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 fazia um diagnóstico da situação ainda pouco otimista, devido a uma escassa cultura de qualidade associada a um déficit organizacional dos serviços de saúde, à inexistência de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e ao insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. Tem-se, por isso, assistido nos últimos tempos a um crescente enfoque e interesse pela qualidade ao nível dos sistemas de saúde, tendo muito como referência experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial e empresarial. Assim, várias instâncias, quer internacionais quer nacionais, têm alertado e contribuído para o incremento, implementação e adoção de uma cultura de qualidade em saúde.

Mas, a qualidade segundo Campos (2005), só faz sentido se for entendida como um processo dinâmico e contínuo, como forma de incrementar a qualidade e diminuir as falhas, refletindo-se numa melhoria dos cuidados prestados. Para que esta melhoria ocorra é necessário definir a qualidade, do ponto de vista do cliente, através da participação ativa de todos os profissionais sem ocorrerem limites ou entraves externos à atuação dos mesmos e com o compromisso das chefias ou dos níveis hierárquicos superiores da gerência com o esforço das equipas. Assim sendo, e de acordo com o Manual de Acreditação das Unidades de Saúde (2001, p. 20), a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados *“é um elemento central da estratégia de qualidade que se tem vindo a desenvolver no Serviço Nacional de Saúde a acreditação das unidades de saúde surge como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar estes processos de melhoria”*

Os processos de acreditação das instituições de saúde surgem como forma de se estabelecer uma padronização nas práticas de cuidados de saúde, facto este que interfere positivamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para Pereira (2009) os processos de acreditação das instituições de saúde têm como objetivos: avaliar a qualidade, segurança e a capacidade das instituições que prestam cuidados de saúde em garantir a melhoria contínua da qualidade em todos os cuidados prestados aos cidadãos; formular recomendações explícitas; envolver os profissionais em todas as fases do processo da qualidade; aumentar o reconhecimento público da qualidade de cuidados das organizações de cuidados de saúde e por último melhorar a confiança do público.

O Centro Hospitalar Leiria - Pombal, encontra-se num processo de acreditação de Qualidade e de Segurança dos pacientes em todas as funções clínicas e administrativas do hospital pela Joint Commission International. Como tal tem vindo a definir um conjunto de normas e procedimentos com o objetivo de conseguir pôr em prática as recomendações deste organismo.

A norma MA.HSA.006.00 define a constituição do processo clínico do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. De entre os impressos que constituem, faz parte Avaliação Inicial de Enfermagem. A Avaliação inicial de Enfermagem segundo Simões e Simões (2007, p. 13) *“serve para documentar a planificação de cuidados, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que para a efectuar, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor incluindo a família”* A mesma norma define que esta tem de ser completa nas primeiras vinte e quatro horas, com o objetivo de identificar os principais problemas, permitindo traçar o plano de acção de enfermagem.

O impresso de avaliação inicial de enfermagem foi instituído numa fase experimental, no serviço, em Janeiro de 2011. Em Março foi realizada uma reunião de equipa, onde foram auscultados os enfermeiros, sobre o impresso. Os aspetos destacados pelos profissionais foram os seguintes: valorização da vertente física, exame mental incompleto, linguagem pouco unificada e dúbia, ausência de escalas de avaliação, informação recolhida sem local de preenchimento, baixa interoperabilidade com o

planeamento de cuidados e ausência de guião de auxílio de preenchimento. Conclui-se que estes aspectos contribuíram para uma baixa adesão do preenchimento do impresso.

Esta constatação empírica foi comprovada através de uma auditoria aos processos dos doentes internados. Verificou-se que apenas 73% dos processos tinham a Avaliação Inicial de Enfermagem preenchida. Os números são um claro revés face aos padrões exigidos pela instituição, que defende que estes têm de ser preenchidos sempre.

Constituiu-se um grupo de trabalho para proceder à adaptação do impresso, tendo por base as limitações identificadas. Terminado este trabalho, tornou-se premente delinear uma estratégia de implementação que visasse aumentar o grau de adesão dos enfermeiros para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem.

Desta forma, propôs-se a realização de uma intervenção que visasse a sensibilização junto dos Enfermeiros, para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem baseada na utilização do ciclo de Deming. O Ciclo de Deming, também conhecido como Ciclo PDCA, é uma ferramenta de gestão amplamente utilizada em diversos contextos, como processo científico que tem como foco principal a melhoria contínua da qualidade. O Ciclo é constituído por quatro fases: planeamento da ação (Plan), execução do planeamento (Do), a verificação e avaliação constante das ações implementadas (Check) e por último a acção na qual se procede à análise e comparação das ações com aquilo que foi planeado, com vista à implementação de medidas corretivas ou de um novo planeamento (Act).

## **DESENVOLVIMENTO**

Para fazer face ao problema, definiram-se objetivos e planearam-se ações, com o objetivo de iniciar a aplicação do Ciclo de PCDA. O objetivo principal é sensibilizar os enfermeiros para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. Foram ainda definidos os seguintes objetivos secundários: aumentar a taxa de preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem em 20%, verificar a adequação das estratégias utilizadas para sensibilização e aferir se os aspetos que contribuíam para a baixa adesão do impresso ainda se mantêm com as alterações realizadas.

A primeira estratégia planeada foi a realização de uma ação de sensibilização aos profissionais do serviço, sobre a importância do preenchimento da Avaliação Inicial de

Enfermagem. Além de contextualizar as regras e normas definidas pela instituição para este tipo de documento, foi apresentado o novo impresso de Avaliação Inicial de Enfermagem, dando ênfase aos aspetos introduzidos para fazer face à desmotivação dos profissionais para o seu preenchimento. Procurou-se ainda fazer uma reflexão em equipa sobre a importância e necessidade do preenchimento, bem como dos erros cometidos mais frequentemente no seu preenchimento. Foi apresentado, também, Guia de Preenchimento e disponibilizadas duas versões impressas.

Como não foi possível a presença de todos os colegas na sessão, procurou-se replicar de forma individual os conteúdos da ação de sensibilização a estes enfermeiros.

Por último, após o preenchimento do primeiro impresso por parte dos enfermeiros, procurou-se realizar de uma forma individual ou em pequenos grupos a auscultação da forma como estava a decorrer o processo de implementação, reforçando a necessidade e a importância do preenchimento e demonstrando disponibilidade para a troca de impressões e esclarecimento de dúvidas.

No quadro descritivo seguinte são apresentados os processos chave do projeto.

#### **Quadro 1 - Descrição do processo chave**

<b>PROCESSO CHAVE</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO</b>
O quê?	Sensibilizar os enfermeiros do serviço para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem
Porquê?	Para que os Enfermeiros façam o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem nas primeiras 24 horas a todos os doentes que são internados no serviço, com o objetivo de avaliar o doente e família, documentando os dados colhidos com vista ao estabelecimento de prioridades e planificação dos cuidados.
Quem?	Enfermeiros do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria - Pombal
Quando?	De 14 de novembro a 6 de dezembro de 2012
Quanto?	Realização no dia 14/11/2012, pelas 14h, de uma ação de sensibilização aos profissionais do serviço, sobre a importâncias do preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem.  Disponibilização de dois Guia de Preenchimento da avaliação Inicial de

	<p>Enfermagem</p> <p>Replicação de forma individual dos conteúdos da ação de sensibilização aos enfermeiros que não estiverem presentes;</p> <p>Auscultação a todos os enfermeiros do processo de implementação e disponibilização para a troca de impressões e esclarecimento de dúvidas após o preenchimento do primeiro impresso por parte dos colegas;</p>
Como?	<p>Realização de uma acção de sensibilização aos profissionais do serviço sobre a importância do preenchimento da avaliação inicial de enfermagem, erros mais frequentes e esclarecimento de dúvidas da reformulação do impresso;</p> <p>Disponibilização de um Guia de Preenchimento da avaliação inicial de enfermagem</p> <p>Replicação de forma individual dos conteúdos da acção sensibilização aos enfermeiros que não estiverem presentes;</p> <p>Auscultação sobre o processo de implementação, utilizando um guião e disponibilização para a troca de impressões e esclarecimento de dúvidas após o preenchimento do primeiro impresso por parte dos colegas;</p>
Medição de performance	<p>Através da aplicação de um questionário aos Enfermeiros do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, dezasseis dias após a realização da ação de sensibilização e a realização de uma auditoria aos processos para contabilizar as Avaliações Iniciais de Enfermagem preenchidas.</p>

Na segunda fase da aplicação do Ciclo de PDCA, na execução do planeamento, foram realizadas as atividades previamente planeadas. A ação de informação/sensibilização foi realizada no dia 14 de Novembro de 2012 na biblioteca do serviço e contou com a participação de dezassete, dos vinte e sete enfermeiros do serviço. Nesse mesmo momento foi disponibilizado o Guia de Preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem, um por cada ala do serviço.

A informação transmitida e a sensibilização realizada na sessão foi sendo progressivamente replicada de forma individual, tendo-se conseguido fazer com seis enfermeiros que não tiveram oportunidade de estar presentes.

Após o preenchimento do primeiro impresso procurou-se realizar uma auscultação, utilizando um guião, sobre o processo de implementação e foi possível realizar uma troca de impressões e esclarecimentos. Este procedimento foi realizado a doze dos enfermeiros do serviço.

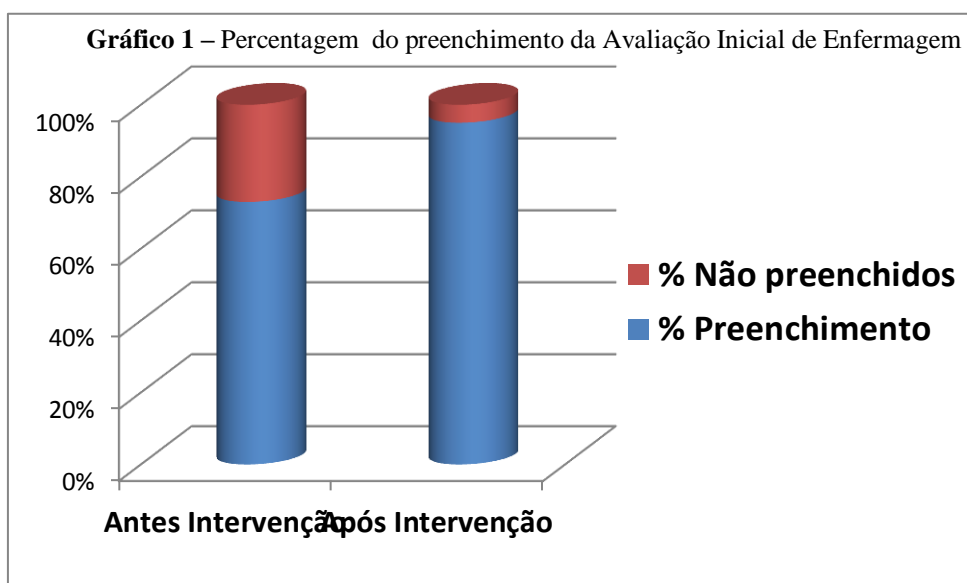
Na terceira fase do Ciclo de PDCA, durante a verificação, procurou-se monitorizar e avaliar o processo de melhoria da qualidade, de modo a averiguar se a melhoria se está a efetivar, consoante o previamente planeado.

A monitorização foi-se realizando ao longo do tempo e após o primeiro preenchimento do primeiro impresso. Regra geral, os enfermeiros ouvidos mostravam-se sensibilizados para a adesão à implementação do impresso e tiveram a preocupação de preencher o impresso no momento da admissão de um novo doente. Procurou-se ouvir também as pessoas acerca da primeira impressão com que ficaram do impresso. O aspeto mais referido foi a dificuldade inicial na interpretação da linguagem utilizada, uma vez que o impresso se encontrava em linguagem CIPE, para a qual as pessoas não estavam muito familiarizadas. No entanto, algumas referiram que era uma questão de adaptação e o Guia de Preenchimento foi uma ajuda para compreender alguns conceitos. Também referiram o facto de a folha ser algo extensa e ter muitos parâmetros de avaliação.

A principal dificuldade referida no preenchimento do impresso foi o facto de não o conhecerem em pormenor aquando da realização da entrevista, o que dificultou a colheita da informação necessária para o seu preenchimento. No entanto referiram que seria um aspeto a ultrapassar com o uso continuado. Algumas pessoas também referiram como dificuldade a mancha gráfica demasiado compacta e a compreensão da sua organização. Procurou-se ao longo destes contactos reforçar a importância do preenchimento do impresso, esclarecer as dúvidas existentes e procurar conjuntamente com os enfermeiros definir estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas, por forma a manter ou elevar a motivação e conseqüente adesão ao preenchimento.

Foi ainda solicitado aos enfermeiros que dessem a sua opinião sobre o processo de implementação e propusessem melhorias ao mesmo. Uma das propostas sugeridas foi a disponibilização em formato digital do Guia de Preenchimento pois facilitaria a consulta. A sugestão foi aceite e criada uma pasta em ambos os computadores das Salas de Enfermagem onde foi colocado o Guia de Preenchimento e a escala de ansiedade. As pessoas também apresentaram algumas sugestões de alteração, quer do impresso, quer do Guia de Preenchimento, aspectos que poderão ser contemplados nas próximas versões.

No dia 4 de dezembro realizou-se uma auditoria aos processos clínicos, no sentido de contabilizar os impressos preenchidos. Existiam vinte e sete doentes internados, mas destes só vinte e um é que foram auditados, pois foram excluídos os doentes admitidos antes da ação de sensibilização. Os dados estão registados no gráfico seguinte.

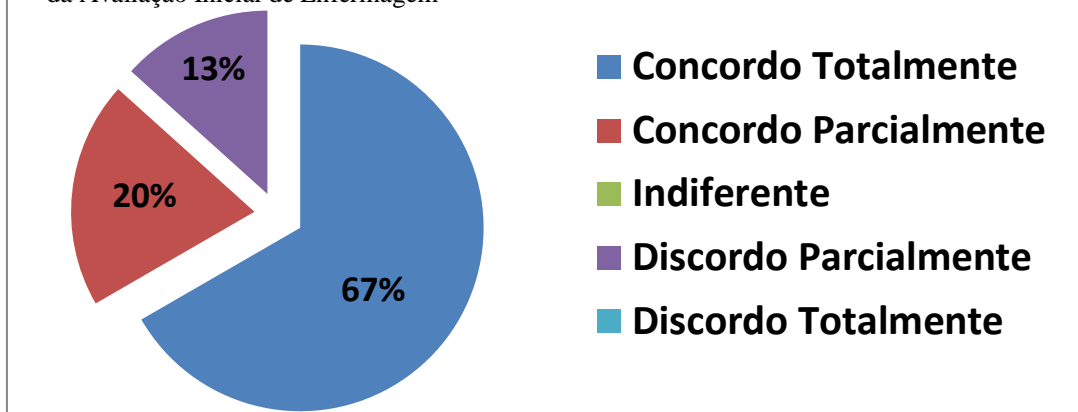


Como se pode perceber pelo gráfico assistiu-se a um aumento da percentagem do preenchimento do impresso após a intervenção realizada. Esse aumento corresponde a um total 22%, passando-se de uma percentagem de 73% para 95%, atingindo-se assim um dos objetivos propostos.

Para avaliar o processo de melhoria da qualidade foi realizado entre os dias 5 e 6 de dezembro um questionário. A este questionário responderam apenas os enfermeiros que tinham preenchido, pelo menos um vez o novo impresso de Avaliação Inicial de Enfermagem, num total de quinze.

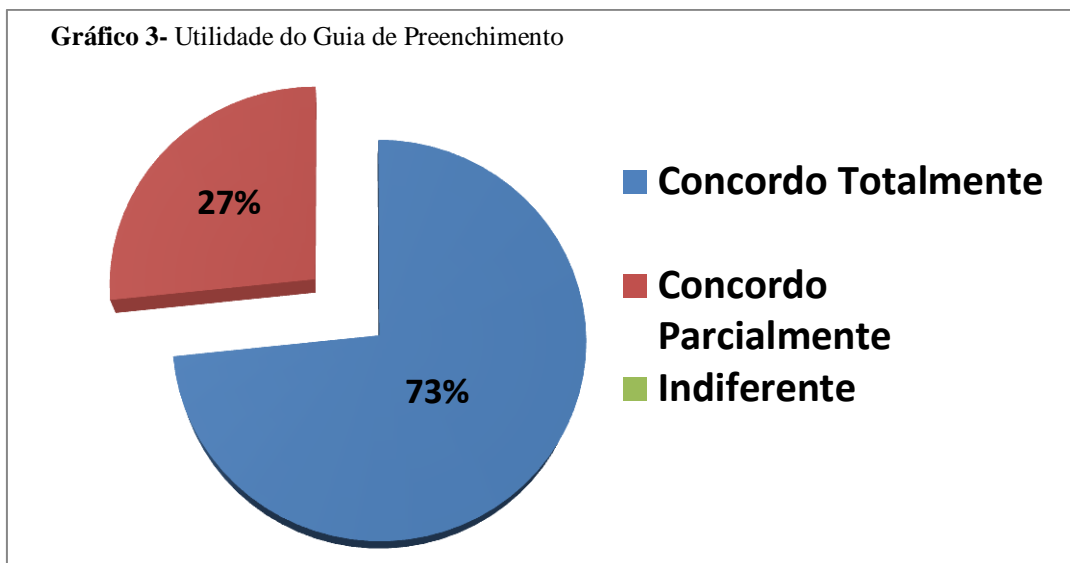
À pergunta “*Sentiu-se sensibilizado para a necessidade e importância do preenchimento do Impresso de Avaliação inicial de Enfermagem*” os enfermeiros responderam de acordo com o evidenciado no gráfico seguinte.

**Gráfico 2** - Sensibilização dos enfermeiros para a necessidade e importância do preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem

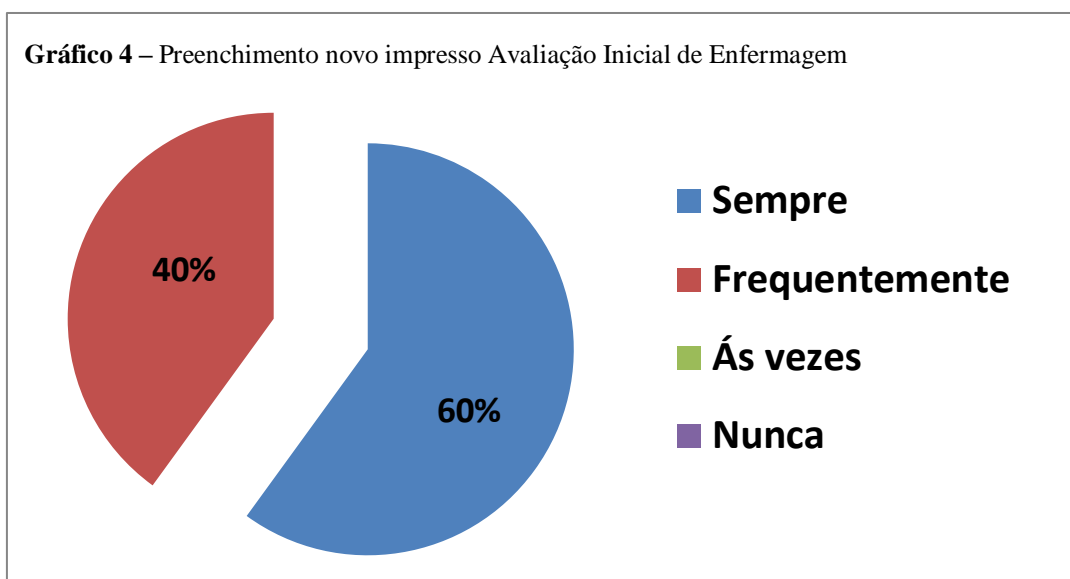


Como se pode constatar através do gráfico, a maioria dos enfermeiros, 87%, concordaram que as ações realizadas contribuíram totalmente ou parcialmente para a sua maior sensibilização para o preenchimento. Logo, pode-se considerar que a intervenção planeada atingiu o objetivo de sensibilizar os profissionais para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. Existiram contudo dois enfermeiros que discordaram parcialmente do questionado. Estes dados podem ser interpretados de duas formas, ou de facto as intervenções realizadas não ter terem conseguido sensibilizá-los para ao preenchimento do impresso, ou já antes da intervenção não se sentirem sensibilizados.

No que se refere à pergunta, “*Considera o Guia de Preenchimento útil para o preenchimento do impresso de Avaliação Inicial de Enfermagem?*”, a grande maioria dos enfermeiros, 73%, consideraram bastante útil a existência de um guia de preenchimento (Gráfico 3). A ausência deste guia, era um dos aspetos referidos inicialmente pelos enfermeiros para o abandono do preenchimento do impresso. Contudo, 27% concordaram apenas parcialmente. Cruzando com aquilo que foi a informação recolhida junto dos colegas aquando da monitorização da implementação do processo, este facto pode estar relacionado com a forma de alguns enfermeiros considerarem que este guia deveria ser melhorado e revisto em alguns itens para um maior auxílio ao preenchimento.



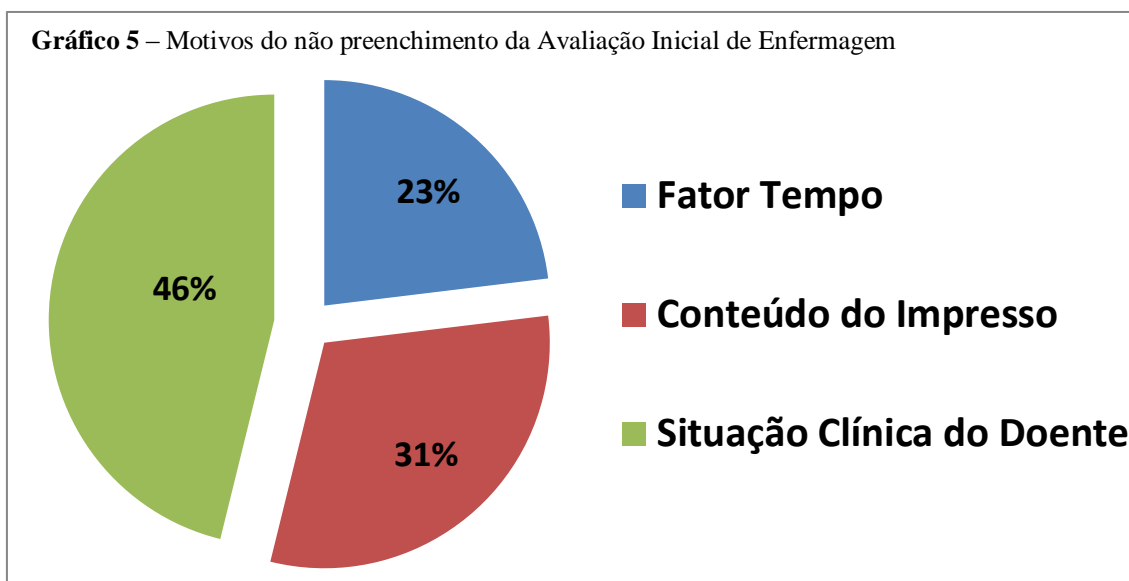
Procurou-se ainda, através do questionário, saber se “*Preenche o novo impresso de Avaliação Inicial de Enfermagem*”. Os dados obtidos estão representados no Gráfico 4.



Como se pode verificar, a maioria dos enfermeiros questionados, 60%, responderam que após a intervenção realizada preenchem sempre a Avaliação Inicial de Enfermagem, o que leva a supor que, de certa forma, esta atingiu os seus objetivos, corroborando os dados colhidos na auditoria aos processos. No entanto, existiram 40% dos enfermeiros que responderam frequentemente, apontando como motivos os representados no gráfico 5. De acordo com as opiniões obtidas durante o processo de monitorização da implementação, o facto de haver enfermeiros que preenchem frequentemente o impresso pode estar relacionado com o facto de os enfermeiros estarem bastante

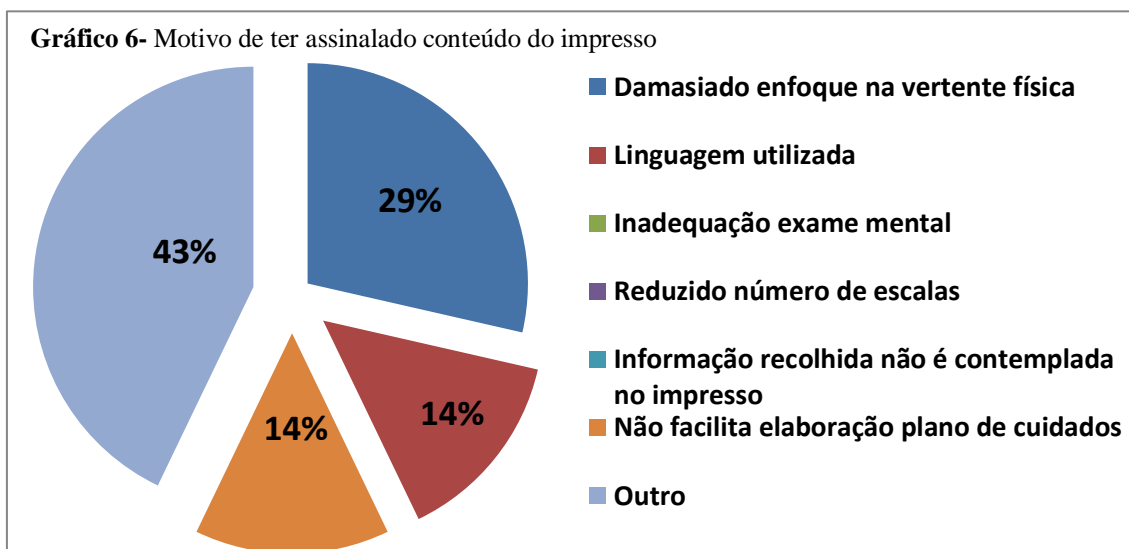
despertos para o preenchimento aquando da admissão do utente, mas ainda não estarem tão sensibilizados para a continuação deste procedimento nas primeiras 24 horas, isto é, nos turnos seguintes à admissão.

Assim, e como se pode ver no gráfico 5, a razão mais frequente para o não preenchimento sempre do impresso é o estado clínico do utente, logo seguido do conteúdo do impresso e por último o fator tempo. A situação do estado clínico do doente é particularmente relevante no contexto do serviço de psiquiatria. Alguns doentes, aquando do internamento não vêm acompanhados, o que dificulta o acesso a outra fonte para a colheita da informação. Além do mais, a grande maioria, no serviço de urgência, principal porta acesso ao internamento, faz psicofármacos, a grande maioria deles com efeito sedativo, pelo que, aquando da entrada no serviço não colaboram na entrevistas devido à sua sonolência. Ainda há a referir, que devido à situação psicopatológica e à sintomatologia apresentada, os doentes não colaboram na admissão, o que invalida a obtenção da informação para o preenchimento do impresso.



No gráfico 6 apresenta-se a resposta aos motivos pelos quais os enfermeiros referiam que o conteúdo do impresso os levava ao não preenchimento do mesmo. Das hipóteses apresentadas, as duas mais referidas foram o demasiado enfoque na vertente física com 29% e a hipótese *outra* com 43%. O motivo apresentado para responder *outro* mais referido foi a estrutura gráfica do impresso. Verifica-se assim que alguns dos aspetos apontados no diagnóstico da situação pelos enfermeiros como contributos para a baixa

adesão do preenchimento deixaram de se verificar e os que subsistem passaram de certa forma a ter um peso inferior na adesão ao preenchimento.



Na quarta fase e última do processo de PDCA pretende-se definir algumas medidas corretivas, preventivas ou de melhoria, para que se possa posteriormente reiniciar todo o ciclo com a introdução dessas ações propostas.

Como forma de se promover uma contínua melhoria da qualidade e manter os enfermeiros sensibilizados para importância e necessidade de preencherem a Avaliação Inicial de Enfermagem, é importante continuar a desenvolver algumas iniciativas, até porque terá que se atingir a percentagem de 100% de preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem, por forma a cumprir as normas da instituição. Será por isso importante procurar replicar os conteúdos da ação de informação/sensibilização aos enfermeiros, até agora não envolvidos neste processo. Uma sugestão que poderá ser seguida em trabalhos futuros, é paralelamente ao trabalho de contacto individual realizado no processo de transmissão da informação e monitorização do mesmo, assegurar também a transmissão de uma forma não presencial, recorrendo a ferramentas como a elaboração de um placar ou a divulgação por e-mail ou sistema de e-learning.

Para não se correr o risco de diminuir a médio e longo prazo a percentagem do preenchimento da Avaliação Inicial deverá continuar-se também a desenvolver algumas ações que visem manter os enfermeiros sensibilizados e motivados.

No entanto, o processo de melhoria não terminará quando se atingir os 100% de percentagem do preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. Caberá nessa altura desenvolver um trabalho que permita atender à qualidade da informação escrita nos impressos e ao seu completo preenchimento.

Deste trabalho também há a destacar algumas medidas corretivas que surgiram da realização do mesmo. Em primeiro lugar, será necessário realizar alguns ajustes ao Guia de Preenchimento para que este seja de facto útil a todos os profissionais no auxílio ao preenchimento do impresso. Depois, será necessário promover um processo de reflexão envolvendo o Gabinete da Qualidade da instituição, sob a forma como se poderá dar uma resposta mais adequada ao preenchimento do impresso nas primeiras vinte e quatro horas aos doentes cuja situação clínica não permita a obtenção dos dados, evitando assim o incumprimento das normas definidas pela instituição. Por último e embora os aspetos de conteúdo inicialmente apresentados como contribuintes para a baixa adesão de preenchimento em larga medida já não se verifiquem, após as alterações implementadas no impresso, existem aspetos a retificar ou mesmo a corrigir. Este é um dos aspetos que pode ser alvo de um processo semelhante ao desenvolvido para a sensibilização do preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem.

Pelos resultados obtidos e pela experiência efetuada, diria que este processo poderá ser replicado a nível de serviço e mesmo da instituição para a implementação de outros impressos, pela proximidade e envolvimento que se consegue com os profissionais. Contudo, e devido em parte à especificidade própria do trabalho de enfermagem e pelo seu desenvolvimento em diversos turnos de trabalho há que planear outras estratégias que permitam chegar ao máximo de elementos possíveis, para que toda a equipa esteja envolvida e implicada neste processo.

O tempo curto definido para a implementação deste processo foi um entrave, sobretudo a aplicação das estratégias de intervenção individuais preconizadas, quer ao nível da replicação da ação de informação quer na monitorização da implementação. Em futuros processos, o tempo deverá ser um pouco mais extenso, até para se conseguir resultados mais sustentados, que permitam uma avaliação mais profunda para a generalização destes processos.

## CONCLUSÃO

Este projeto de melhoria contínua da qualidade tornou-se uma oportunidade de crescimento da equipa de enfermagem do serviço. Permitiu desde logo maior envolvimento nas políticas de qualidade da instituição. Além disso, constituiu um momento de discussão e reflexão, quer individual quer em grupo, da importância e da necessidade do preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. De realçar o empenho e disponibilidade dos enfermeiros do serviço em todos este processo.

Neste processo de melhoria contínua da qualidade desenvolvido, foram em grande medida atingidos os objetivos propostos. Os enfermeiros sentiram-se, após a realização da ação de informação e do acompanhamento individual realizado, sensibilizados para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. Conseguiu-se, assim, aumentar a taxa de preenchimento para um valor de 95%, o que constitui um aumento de 22% face ao momento anterior à intervenção. Para isso, contribuíram as estratégias utilizadas na intervenção, como a ação de informação, a replicação individual dos conteúdos desta mesma ação, a elaboração de um Guia de Preenchimento e a monitorização e acompanhamento individual realizado. Os enfermeiros apresentaram como motivos para não preencherem sempre a Avaliação Inicial de Enfermagem o estado clínico do utente, o conteúdo do impresso e o fator tempo. No que se refere ao conteúdo do impresso, os enfermeiros destacam a estrutura gráfica do impresso e demasiado enfoque na vertente física. No entanto, deixaram de ser referidos alguns dos aspetos de conteúdo referidos no diagnóstico da situação

Este processo levou também a levantar novas necessidades de planeamento e intervenção. Desde logo proceder a alguns ajustes no Guia de Preenchimento, promover dentro da equipa um processo de reflexão e discussão que permita aferir e corrigir eventuais lacunas ou defeitos relativos ao conteúdo e estrutura gráfica do impresso. Numa outra esfera terá que se envolver o Gabinete da Qualidade da instituição num processo de reflexão sobre a adequação das normas existentes à especificidade de alguns dos aspetos relacionados com o tipo de doentes internados no serviço.

Este trabalho poderá eventualmente ser replicado em outros processos em vigor ou a instituir durante o processo de acreditação da instituição, quer a nível do serviço quer mesmo da própria instituição. Para tal, pensamos ser importante ter em conta dois

aspetos, por forma a tornar esta aplicação do Ciclo de PDCA mais abrangente. O primeiro prende-se com a necessidade de aumentar o tempo da intervenção e o segundo definir estratégias que permitam envolver todos os profissionais, contornando as dificuldades criadas pelo facto da equipa de enfermagem trabalhar por turnos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Assembleia da República. **Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho**. Diário da República, Lisboa, 2004

Campos, C. E. (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira. Saúde Materno Infantil*, 5 (Supl. 1). S63-S69

Departamento da Qualidade em Saúde da Direcção-Geral de Saúde. (2011). Manual de Acreditação de Unidades de Saúde (1 ed.). Lisboa: DGS

D'Innocenzo, M., Adami, N. P. & Cunha, I.C (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88

<http://www.jciportugal.cc>

Hospital de Santo André (2008). MA.HSA.006.00 – Guia de Ajuda ao Preenchimento do Processo Clínico do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Leiria: Gabinete da Qualidade.

Mirshawka, V. (1990) *A implantação da qualidade e da produtividade pelo método do Dr. Deming*. São Paulo: McGraw-Hill

Paula, P.N., & Costa, V.M. (2009). A contribuição da implementação dos 5S para a melhoria contínua da qualidade num serviço de imagiologia – o estudo de caso no HFF. *Revista da Faculdade de Ciências e Tecnologia*, 6, 20-33

Pereira, S.N. (2009). *Qualidade em Saúde: O papel dos sistemas de Informação*. Tese Mestrado. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova, Lisboa.

*Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 10 de dezembro de 2011 em <http://dgsaude.min-saude.pt/pns>

Ribeiro, O. P, Carvalho, F.M., Ferreira, L.M., & Ferreira, P.J. (2008) Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Millenium*, 35. Acedido em 1 de dezembro de 2012 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/default.htm>

Simões, C.M. & Simões, J.F. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Liguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência, II Série (4)*.9-13.

## ANEXOS II

Projeto para a introdução da escala de Edmonson para avaliação do Risco de Queda na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

## **Avaliação do risco de queda - introdução de uma nova escala de avaliação**

**Contextualização:** Queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que compromete a estabilidade (SBGG, 2014). É considerada queda quando encontramos o doente no chão, quando o doente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão) ou quando o doente escorrega de uma cadeira/cama/sanitário para o chão.

De acordo com a OMS (2004), as quedas podem ter as seguintes consequências para o doente: dor, realização de MCDT's adicionais, incapacidade, risco de complicações, diminuição da qualidade de vida, stress do doente e familiares, morte e aumento dos custos com o internamento.

A ocorrência de quedas pode levar ao aparecimento de lesões no utente que podem ser divididas da seguinte forma:

- Grau I – Lesões que necessitam de pouco ou nenhum cuidado, observação ou intervenção, tais como: pequenos abrasões, contusões, pequenos cortes ou lacerações minor que não requerem sutura
- Grau II – Lesões que necessitam de alguma observação/intervenção médica/enfermagem, tais como: entorses, contusões minor que podem necessitar de intervenção, tal como: gelo local, ligaduras, talas ou suturas.
- Grau III – Lesões que claramente necessitam de observação ou intervenção médica, tais como: fratura, perda de consciência ou alteração do estado físico ou mental

A segurança dos utentes e dos profissionais é um dos pilares da qualidade em saúde, pelo que o hospital implementa medidas que contribuem para a minimização de risco associados aos cuidados de saúde. (PL.CHLP.016.00). Como tal a JCI definiu no seu manual como uma das metas internacionais da segurança dos doentes a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes que prevê a criação de políticas e/ou procedimentos destinados a reduzir o risco de lesões em doentes resultantes de quedas

sofridas na instituição, a avaliação inicial de doentes relativamente à propensão para quedas e uma reavaliação dos doentes, sempre que se justifique e a implementação das medidas para reduzir o risco de quedas junto dos pacientes aos quais foi verificado estarem em risco. Face ao exposto o CHL definiu uma política de prevenção de quedas (PL.CHLP.016.00) e um procedimento de monitorização e prevenção de quedas (PI.HSA.059.01)

Para os adultos foi adoptada a escala de morse tendo em vista a avaliação do risco de queda. A sua implementação no serviço têm vindo a ser conseguida como demonstram os indicadores do serviço. Nas auditorias realizadas em 2012 o indicador “Identificação do Risco de queda em doentes internados” foi de 100% em onze dos doze meses do ano.

No entanto os profissionais de enfermagem do serviço referem que esta escala não se adequa em grande medida às características dos doentes internados uma vez que esta sofre uma variação muito grande do score ao longo do dia, não reflete o risco induzido pela toma dos psicofármacos, não traduz muitas vezes a realidade do doente mental e do internamento de psiquiatria. Além do mais escala está validada apenas para unidades médicas/cirúrgicas.

A escala de Edmonson para o risco de queda foi criada especificamente para as necessidades específicas da população psiquiátrica, sendo por isso mais sensível para esta população. O ponto de corte da escala é o 90, pelo que acima deste score o doente apresenta um alto risco de queda. No seu preenchimento pode ser seleccionado mais do que um parâmetro em cada grupo

**Problema:** Inadequação da escala de avaliação do risco de queda utilizada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

**Objetivos:** Testar a adequação da escala de Edmonson para a avaliação do risco de queda no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL; Manter em níveis elevados a obtenção das metas definidas para os indicadores relacionados com as quedas no serviço

**Método/Cronograma:**



<b>Realização de auditorias aos processos Clínicos para avaliação dos indicadores definidos</b>											
<b>Produção de um relatório sobre os indicadores avaliados ao longo do ano</b>											
<b>Aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental</b>											
<b>Avaliação da implementação e decisão acerca da adoção da escala de Edmonson para avaliação do risco de Queda no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental</b>											

**Medição da performance:** Aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, após o final do período de teste da implementação e a realização mensal de uma auditoria aos processos para verificação dos indicadores de quedas do serviço.

Foram definidos para o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental os seguintes indicadores a serem avaliados mensalmente:

- Identificação do risco de queda em doentes internados
- Identificação de alto risco de queda por código de cor em doentes Internados
- Medidas preventivas implementadas em doentes de alto risco de queda.

No final do ano será produzido um relatório sobre o grau de consecução dos mesmos relativamente às metas definidas para cada um deles.

Caso se verifique a adequabilidade ao serviço da utilização da escala e seja tomada a decisão de adoção da mesma para avaliação do risco de queda serão iniciados os procedimentos necessários para a validação da escala para a população portuguesa.

### **Referências bibliográficas**

Centro Hospitalar Leiria Pombal (2012b). PI.HSA.059.01 – Procedimento de Prevenção e monitorização de quedas. Leiria: Gabinete da Qualidade.

Centro Hospitalar Leiria Pombal (2012b). PL.CHLP.016.00 – Política de Prevenção de quedas. Leiria: Gabinete da Qualidade.

Duarte, M. (2011). *Caracterização e impacto das quedas dos doentes, como indicador de qualidade num Hospital E.P.E..* Tese Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

Joint Comission Internacional (2014) Acedido em 12 de Fevereiro de 2014 em <http://www.jciportugal.cc>

Ramos, S. (2008) Prevenção e Monitorização de Quedas de doentes em ambiente hospitalar – experiência do Hospital de Santa Marta. *Encontro Indicadores de qualidade para a melhoria dos cuidados de saúde, Caparica, 28 de Novembro de 2008.* Lisboa: Comissão setorial para a Saúde.

Sociedade Brasileira Gerontologia (2014) Acedido em 12 de Fevereiro de 2014 em <http://www.sbgg.org.br/>

### ANEXOS III

Oportunidade de melhoria Medidas de Segurança do Utente do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS



3º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

**MEDIDAS DE SEGURANÇA DO UTENTE**  
**SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM**

**Daniel Carvalho**

**Eurico Martins**

**Isabel Varanda**

**Unidade Curricular: Ensino Clínico II**

Santarém, abril de 2012

## **ÍNDICE II**

### **INTRODUÇÃO 3**

### **MEDIDAS DE SEGURANÇA DO UTENTE NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM 4**

### **OBJETIVO 4**

### **ÂMBITO 4**

### **CONCEITOS 4**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO 4**

### **MEDIDAS DE SEGURANÇA 6**

#### **Preocupações a ter em consideração com a segurança em geral 6**

#### **Preocupações a ter em consideração com a segurança nas instalações 6**

#### **Preocupações a ter em consideração com a segurança do doente 7**

### **CONTENÇÃO 7**

#### **Tipos de Contenção 7**

#### **Uso de medidas de contenção 8**

#### **Orientações quanto ao uso de contenção física e mecânica 9**

#### **Registos 10**

### **PARAMETRIZAÇÃO CIPE CONTENÇÃO - PSIQUIATRIA HDS 11**

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 12**

**ANEXOS 13**

**ANEXO I - CHECKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES 14**

**ANEXO II – CHECKLIST REGISTOS – CONTENÇÃO DE DOENTES 16**

**ANEXO III – ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE 021/2011 DE  
06/06/2011 18**

**ANEXO IV – PLANO DA SESSÃO – MEDIDAS DE SEGURANÇA DO UTENTE  
– SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM 23**

**ANEXO V – AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS  
25**

**ANEXO VI – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA 27**

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho surge no desenvolvimento da unidade curricular – Ensino Clínico II a decorrer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém, integrado nos projetos de ensino clínico dos seus autores tendo em vista o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental nos domínios da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais.

O presente documento pretende ser o ponto de partida para o trabalho de reflexão e construção de um protocolo do serviço sobre esta temática. Este protocolo servirá para normalizar os procedimentos, as intervenções de enfermagem e os registos realizados ao nível da segurança e contenção dos doentes.

O documento de trabalho foi assim dividido em duas grandes áreas, a segurança e a contenção de doentes. Além disso procurou-se ainda dar um contributo para a parametrização CIPE a realizar no serviço de Psiquiatria do HDS no que se refere à contenção, como forma de uniformizar a linguagem e os cuidados prestados.

Foram ainda elaboradas duas checklist, uma checklist de contenção de doentes e uma outra dos registos da contenção que pretendem ser documentos de apoio à operacionalização do protocolo. Todo este trabalho teve por base a Orientação 021/2011 de 06/06/2011 da Direção Geral de Saúde sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

Para tal foi organizada uma ação de formação em serviço dirigido aos enfermeiros para fomentar o interesse pela temática, dar-lhes a conhecer o documento de trabalho e promover a discussão com vista á definição final do protocolo.

## **MEDIDAS DE SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM**

### **OBJETIVO:**

Este documento serve para definir as práticas a utilizar na segurança dos utentes do serviço de *internamento de Psiquiatria* do Hospital Distrital de Santarém, bem como as atividades a levar a efeito pela equipa de enfermagem na contenção física do utente violento, agressivo e ou com agitação psicomotora.

### **ÂMBITO:**

Este documento deve aplicar-se ao internamento do *serviço de Psiquiatria* do Hospital Distrital de Santarém.

### **CONCEITOS**

Ajudas técnicas: produtos de apoio, que visam prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou mesmo neutralizar, qualquer limitação da atividade (ISO 9999/2007). Destinam-se a todas as pessoas com deficiência ou incapacidade permanente ou temporária. Exemplos: colete, grades da cama, colchão e acessórios como o estrado, barras de suporte, campainha, sistema de chamada, calçado antiderrapante.

Dispositivos de contenção: São ajudas técnicas, ou produtos que auxiliam na contenção física do utente por forma a manter a sua integridade física e ou de terceiros. São exemplos: os imobilizadores dos membros inferiores e superiores, a faixa abdominal

Dispositivos de segurança: Incluem as ajudas técnicas e os dispositivos de contenção.

Medidas de segurança: São todas as intervenções que têm como objetivo proteger o utente do risco de queda e agressão (auto e a terceiros).

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO:**

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde são pessoas com direitos e deveres, não sendo por isso considerados apenas no ponto de vista clínico da sua patologia, deficiência ou idade, mas sim com todo o respeito devido e dignidade

humana, inerente ao ser humano, pois cada pessoa é um ser único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade, que lhe é própria.

Os estabelecimentos de saúde, devem respeitar os direitos universais do homem e cidadão (a não discriminação, o respeito da pessoa, a sua liberdade relativamente à sua vida privada, e à sua autonomia). No que diz respeito aos utentes dos serviços de psiquiatria e saúde mental estes direitos são discriminados na Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental.

Qualquer que seja a situação experienciada, a pessoa tem o direito de ser respeitada na sua dignidade. Deve ser dado um maior ênfase em situações em que resulta internamento, pois a pessoa fica exposta a um meio que lhe é estranho e encontra-se fragilizada pela doença, necessitando de todo o apoio e atenção por parte de quem o cuida.

No entanto os episódios de agressividade ou disruptivos podem surgir de forma inesperada e são frequentes em contexto de internamento de psiquiatria, sendo motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares das instituições onde se prestam cuidados de saúde a doentes do foro mental. Estas situações podem ser prevenidas quando existe um acompanhamento adequado destes doentes, sendo necessário adotar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente, podendo mesmo existir a necessidade de se recorrer, com carácter imperioso, ao isolamento do doente e à sua imobilização no leito, para se proceder à administração da terapêutica conducente à melhoria do seu estado.

Tais medidas representam, concomitantemente objetivos terapêuticos, de proteção da vida e da integridade física dos doentes. Estas medidas devem intersectar-se com os direitos e liberdade do doente.

Assim é fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente com competências técnicas específicas, e preparados para ajudar a prevenir episódios de agressividade através de atividades ocupacionais e de medidas de reabilitação psicossocial quando aplicável, com a participação e envolvimento do doente de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

## **MEDIDAS DE SEGURANCA**

As medidas de segurança devem ser aplicadas de forma sistemática e contínua a todos os utentes com risco de queda e ou agressão (auto e a terceiros), e fazem parte das boas práticas de enfermagem.

### **Preocupações a ter em consideração com a segurança em geral:**

As medidas de segurança são aplicadas de forma sistemática e contínua a todos os doentes, dada a especificidade dos utentes com patologia psiquiátrica existem algumas especificidades:

- Verificar os pertences no momento da admissão, e após as visitas
- Validar o cumprimento das recomendações com o utente
- Identificar as necessidades de informação/formação da família ou pessoa significativa/cuidador do utente
- Informar no momento da admissão os familiares sobre as normas e recomendações específicas do serviço. (dinheiro, comida, tabaco e produtos de uso pessoal)
- Proibir o uso de tabaco, isqueiro e fósforos, ficando a sua utilização controlada pelos profissionais do serviço, que têm como cuidado a guarda destes objetos em local seguro.
- Proibir o uso de telemóveis ou outro equipamento eletrónico, que deve ficar à guarda dos profissionais do serviço em local seguro. Qualquer contato a realizar pelos utentes, deve ser proporcionado pelo Serviço.
- Proibir o uso de cintos, máquinas de barbear, perfumes, corta unhas, facas, canivetes, tesouras, sprays, etc...
- Controlar medicação do domicílio (que deve ficar sob a responsabilidade da equipa de profissionais do serviço – equipa de Enfermagem).

### **Preocupações a ter em consideração com a segurança nas instalações**

- PORTA PARA O EXTERIOR – deve estar sempre fechada e só é aberta pelos profissionais do serviço através da introdução de um código.

- PORTAS DAS CASAS DE BANHO – apenas abertas as que dão acesso aos sanitários. As portas das casas de banho do duche só se encontram abertas para a higiene no turno da manhã.
- PORTA DA CASA DE BANHO DOS PROFISSIONAIS- sempre fechada à chave, quando esta não se encontra a ser utilizada.
- AS RESTANTES SALAS – Sala de sujos, arrecadação, sala de terapêutica e de Enfermagem devem ter as portas fechadas quando estas áreas não se encontram a ser utilizadas.

### **Preocupações a ter em consideração com a segurança do doente:**

- Os doentes só podem ausentar-se do serviço mediante autorização e prescrição médica.
- Os doentes internados compulsivamente, ou ainda descompensados psiquicamente, não têm autorização para se ausentarem do serviço.

## **CONTENÇÃO**

### **Tipos de Contenção**

Contenção terapêutica: Medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde e prevenção de complicações. A sua finalidade é a segurança do utente e de quem o rodeia, otimizando a sua dignidade e conforto.

Contenção ambiental: Visa controlar a mobilidade do utente, conferindo-lhe um espaço fechado ou limitado onde este possa deambular em segurança com a supervisão clínica do profissional.

Contenção física: Utilizada em situações cujas anteriores contenções não obtiveram êxito, havendo por isso necessidade de uma ou mais pessoas da equipa terapêutica segurarem o utente, bloqueando o seu movimento para que este não seja exposto a situações de risco para a sua integridade física.

Contenção mecânica: Utilização de equipamento que restringem os movimentos do utente.

Contenção química ou farmacológica: Visa a utilização de medicação psicoativa com o objetivo de inibir movimentos ou comportamentos agressivos.

### **Uso de medidas de contenção**

O uso de medidas de contenção deve ser utilizado após a realização de uma avaliação do risco clínico e apenas quando os doentes:

- Manifestam comportamentos que os colocam a eles e a terceiros em risco de sofrerem danos
- Recusam nos termos legais o internamento compulsivo e seu tratamento
- Recusam tratamento vital e urgente

O profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunicar a situação à equipa de saúde. Esta deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação.

Caso seja possível o doente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção. Posteriormente deve ser dado conhecimento à família ou a pessoa significativa da adoção destas medidas.

No recurso às medidas de contenção deve-se:

- Esgotar as medidas preventivas
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente
- Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente
- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção
- Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar

- Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa
- Retirar a medida de contenção assim que possível
- Registrar os procedimentos no processo clínico

As medidas de contenção devem ser vistas pelos profissionais como o último recurso a utilizar e apenas depois de esgotadas todas as medidas alternativas, considerado o impacto na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente e ponderados os riscos de lesão associada à sua utilização. A contenção a utilizar deve ser a menor restrição possível durante o mínimo de tempo possível.

Como medidas alternativas ou de prevenção podem ser utilizadas:

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
- Modificação do contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro
- Inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente
- Tratamento farmacológico.

### **Orientações quanto ao uso de contenção física e mecânica**

- Ser realizada num quarto isolado ou local apropriado que garanta a privacidade, seja bem ventilado, possua uma temperatura adequada, onde não existam objetos perigosos e que permita a vigilância do doente
- Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário deve ser utilizado um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral.

- Colocar material de proteção como forma de prevenção de úlceras de pressão resultante da fricção na roupa da cama e realizando a alternância de decúbitos para prevenção de úlceras de pressão resultantes da imobilização.
- Recorrer à utilização de faixas concebidas e apropriadas para tal efeito nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.
- Utilizar grades laterais de proteção, que permitam a proteção, apoio e segurança do doente
- Verificar se a contenção está bem aplicada (não deve ficar demasiado apertada, pois pode provocar garrote das extremidades, nem demasiado larga pois pode provocar lesões e feridas das extremidades).
- Vigilância periódica de 15/15 minutos, nunca superior a 30 minutos, para prevenção de alterações circulatórias e da perfusão dos tecidos que possam resultar da compressão pelas faixas.
- Proceder ao exame físico do doente regularmente, e uma avaliação periódica da necessidade de manter a contenção física no decurso de um período máximo de 2 horas, repetindo-a pelo menos com esta periodicidade
- Proceder frequentemente à vigilância dos parâmetros vitais, nas primeiras 2 horas, e posteriormente de 8 em 8 horas e sempre que for necessário do doente.
- Vigiar o estado de consciência nas primeiras 2 horas, e posteriormente de 8 em 8 horas, e sempre que necessário.
- Realizar hidratação do doente em caso de sedação prolongada.
- Aliviar contenção física em SOS
- Informar o utente com exatidão sobre os procedimentos efetuados, mantendo a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico

- Dar termo à contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do doente (quando as indicações para a sua execução já não se justificarem)

**Registos:**

No processo do doente devem ser registados obrigatoriamente os seguintes elementos:

- Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção
- Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto
- Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida
- Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção
- Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção

Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar o cumprimento do registo dos elementos anteriormente descritos.

**PARAMETRIZAÇÃO CIPE CONTENÇÃO - PSQUIATRIA HDS**

O presente quadro pretende responder a uma solicitação de ter um ponto de partida, um contributo para a parametrização CIPE.

<p>Solicitação: <b>Não serem levantados Focos/Intervenções</b></p> <p><b>Estabelecer as Intervenções de Enfermagem tendo como base “Atitude Terapêutica”</b></p> <p>do por base as indicações da DGS e as medidas de Intervenção possíveis estabelecer em Linguagem CIPE as intervenções de enfermagem mais adequadas à “Atitude Terapêutica”</p>	
<p><b>Tipo de Intervenção preconizado</b></p> <p>DGS Orientação 021/2011</p>	<p><b>Proposta Parametrização CIPE</b></p> <p>Atitude Terapêutica</p>

<p><b>Medidas Preventivas</b></p>	<p><b>Intervenções CIPE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular o utente a gerir os seus sentimentos;</li> <li>▪ Executar técnica de relaxamento;</li> <li>▪ Dar tempo que o doente expresse os seus sentimentos;</li> <li>▪ Gerir ambiente;</li> <li>▪ Ignorar piadas e críticas;</li> <li>▪ Providenciar atividades na enfermaria;</li> <li>▪ Providenciar atividades seguras;</li> <li>▪ Vigiar sinais de ansiedade;</li> <li>▪ Vigiar todas as ameaças verbalizadas</li> </ul> <p>(Outras Ações Possíveis)</p>
<p>Só após esgotar as <b>Medidas Preventivas</b>, passar às <b>Medidas de Contenção</b></p>	
<p><b>Medidas de Contenção</b></p>	<p><b>Intervenções CIPE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remover objetos potencialmente perigosos;</li> <li>▪ Gerir comunicação;</li> <li>▪ Gerir terapêutica;</li> <li>▪ Providenciar uma enfermaria individual;</li> <li>▪ Reduzir estímulos ambientais;</li> <li>▪ Explicar todas as medidas de segurança para o doente</li> <li>▪ Verificar se os medicamentos são efetivamente ingeridos;</li> <li>▪ Imobilizar</li> </ul> <p>(Outras Ações Possíveis)</p>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO - Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde - Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde

PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DOS DOENTES QUE PÕEM EM CAUSA  
A SAL SEGURANÇA OU DA SUA ENVOLVENTE, Nº: 021/2011: 06/06/2011-  
Ministério da Saúde- Direcção-Geral da Saúde

MEDIDAS PREVENTIVAS DE COMPORTAMENTOS  
AGRESSIVOS/VIOLENTOS DE DOENTES – CONTENÇÃO FÍSICA, Nº:  
08/DSPSM/DSPCS: 25/05/07- Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde

ANEXOS

**ANEXO I**

**CHECKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES**



## CHEKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES

CONTENÇÃO DE DOENTES	INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	Rubrica EnP	Verificação
	Esgotar as medidas preventivas;		
	Obter sempre que possível o consentimento do doente;		
	O Enfermeiro desencadeia as medidas de contenção necessárias e comunica a situação à equipa de saúde;		
	O doente deve ser colocado num local onde possa permanentemente ser vigiado;		
	Recorrer à utilização de faixas concebidas e apropriadas para tal efeito;		
	Colocação das faixas de imobilização nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros;		
	Verificar se a contenção está bem aplicada (não deve ficar demasiado apertada, pois pode provocar garrote das extremidades, nem demasiado larga pois pode provocar lesões e feridas das extremidades);		
	Informar o utente com exatidão sobre os procedimentos efetuados;		
	A equipa decide qual a medida mais adequada à continuidade dos cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação;		
	Vigilância periódica de 15/15 minutos, nunca superior a 30 minutos, para prevenção de alterações circulatórias e da perfusão dos tecidos que possam resultar da compressão pelas faixas;		
	Realizar a alternância de decúbitos para prevenção de úlceras de pressão resultantes da imobilização;		
	Proceder ao exame físico do doente regularmente, e uma avaliação periódica da necessidade de manter a contenção física no decurso de um período máximo de 2 horas, repetindo-a pelo menos com esta periodicidade;		
	Vigiar o estado de consciência nas primeiras 2 horas, e posteriormente de 8 em 8 horas, e sempre que necessário;		
	Aliviar contenção física em SOS;		
	Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico;		
<b>Fármacos Utilizados:</b>			
Chefe de Enfermagem / responsável de turno assegura que são feitos os registos obrigatórios no processo do doente (Checklist de Registos)			

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

**ANEXO II**

**CHECKLIST REGISTOS – CONTENSÃO DE DOENTES**



## CHEKLIST REGISTOS - CONTENÇÃO DE DOENTES

ITEM	REGISTO	Rubrica Enfº	Verificação
Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção			
Medidas preventivas iniciadas e seu impacto			
Diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida.			
Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção			
Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. (Estado do doente, rastreio de lesões associadas às medidas de contenção)			
Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção aplicada.			

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

**ANEXO III**

**ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE 021/2011 DE 06/06/2011**

# ORIENTAÇÃO

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 021/2011

DATA: 06/06/2011

---

ASSUNTO:	<b>Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente</b>
PALAVRAS-CHAVE:	<b>Contenção de Doentes</b>
PARA:	<b>Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.</b>
CONTACTOS:	<b>Departamento de Qualidade na Saúde (<a href="mailto:dgs@dgs.pt">dgs@dgs.pt</a>)</b>

---

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a seguinte orientação:

1. O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico.
2. Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:
  - 2.1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.
  - 2.2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.
  - 2.3. Recusem tratamento vital, urgente.
3. O profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunica a situação à equipa de saúde.
4. A equipa deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação.
5. Cada situação em que houve recurso a medidas de contenção deve ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde.
6. Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar que no processo do doente são obrigatoriamente registadas os seguintes elementos:
  - 6.1. Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.
  - 6.2. Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.
  - 6.3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida.
  - 6.4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.
  - 6.5. Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.
  - 6.6. Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.
7. O doente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.
8. A família ou a pessoa significativa do doente deve ser informada da adoção das medidas de contenção.
9. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção, enquadrado na presente Orientação, de acordo com as especificidades dos cuidados que presta.

10. Na aplicação de medidas de contenção, deve-se:
- 10.1. Esgotar as medidas preventivas.
  - 10.2. Obter, sempre que possível, o consentimento do doente.
  - 10.3. Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente.
  - 10.4. Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
  - 10.5. Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
  - 10.6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
  - 10.7. Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
  - 10.8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
  - 10.9. Retirar a medida de contenção assim que possível.
  - 10.11. Registrar os procedimentos no processo clínico.

#### CRITÉRIOS

- a) A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do doente.
- b) Considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas.
- c) Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível.
- d) A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível.
- e) As medidas de contenção devem, ainda, salvaguardar a especificidade de cuidados dos doentes em concreto (adultos, crianças, grávidas, idosos).
- f) Todos os profissionais devem receber formação sobre:
  - i. Técnicas preventivas à contenção;
  - ii. Técnicas de contenção;
  - iii. Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
  - iv. Como cuidar do doente que necessita de contenção.
- g) A formação é ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo cada três anos.
- h) Um ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção significa que foram esgotadas as medidas alternativas ao seu recurso.
- i) São exemplos de medidas alternativas ou de prevenção, não excluindo outras possíveis, as seguintes:
  - i. Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;

- ii. Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
  - iii. Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
  - iv. Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
  - v. Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;
  - vi. Tratamento farmacológico.
- j) As situações em que pode resultar dano para o doente, devido a falhas de aplicação de medidas de contenção mais descritas, são:
- i. Seleção do doente: Para alguns doentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação;
  - ii. Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do doente.
  - iii. Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente. A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adotado e do doente.
  - iv. Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o doente.
- k) Considera-se:
- i. Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
  - ii. Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.
  - iii. Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
  - iv. Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
  - v. Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

## FUNDAMENTAÇÃO

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção. Paralelamente, estão documentados os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas.

## APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Álvaro de Carvalho, António Nabais, Carlos Henriques, Júlio Bilhota Xavier, Olga Cordeiro, Pedro Monteiro, Ricardo Matos, Sérgio Gomes.

A presente Orientação revoga a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.

## BIBLIOGRAFIA

- Canadian Agency for Drugs and Technology in Care, Chair Alarms in Residential Care and Acute Care: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety, 2010.
- College of Nurses of Ontario, Clinical Practice Guidelines – Practice Standard, Restraints, 2005.
- Gerald A. Maccioli, Todd Dorman, Brent R. Brown, John E. Mazuski, Barbara A. McLean, Joanne M. Kuszaj, Stanley H. Rosenbaum, Lorry R. Frankel, John W. Devlin, Joseph A. Govert, Brian Smith, William T. Peruzzi, Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies, American College of Critical Care Medicine Task Force 2002.
- Gregory M. Smith, M.S.; Robert H. Davis, M.D.; Edward O. Bixler, Ph.D.; Hung-Mo Lin, Ph.D.; Aidan Altenor, Ph.D.; Roberta J. Altenor, M.S.N.; Bonnie D. Hardentstine, B.S.; George A. Kopchick, M.S.; Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program.
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Recensement de spoutiques cliniques liées à contention physique et environnemental dans les unités de soins – Rapport de Synthèse.
- Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
- Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2.
- Nottingham University Hospitals, Restraint policy, 2009.
- Royal College of Nurses, Lets talk about restraint - Rights, risks and responsibilities, 2008.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 1, Volume 6, Issue 3, Page 1, 2002.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 2, Volume 6, Issue 4, Page 1, 2002.

Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

**ANEXO IV**

**PLANO DA SESSÃO – MEDIDAS DE SEGURANÇA DO UTENTE – SERVIÇO  
DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM**

## HOSPITAL DE SANTARÉM

Departamento de Psiquiatria



Serviço de Internamento de Psiquiatria – Ensino Clínico II - 3º CPLEESMP

**Tema: MEDIDAS DE SEGURANÇA DO UTENTE – SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM**

**Destinatários/ Grupo Alvo:** Enfermeiros do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santarém

**Data:** 26/04/2012 **Horário:** 14h30 -15h30 **Duração:** 60'' **LOCAL:** Sala reuniões

**Formadores:** Enfº Daniel Carvalho, Enfº Eurico Martins e Enfª Isabel Varanda

	Conteúdos	Metodologias	Objetivos	Recursos	Duração
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Apresentação dos Formadores</li> <li>· Apresentação da Temática</li> <li>· Explicação da metodologia</li> </ul>	Ativa Espositiva	<p>Dar Início à formação</p> <p>Apelar ao interesse do tema</p>	Dispositivo multimédia Data Show	5 m
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aspectos da Segurança</li> <li>· Contenção</li> <li>· Aspectos gerais e particulares</li> <li>· Check List Contenção</li> <li>· Check List Registos Contenção</li> <li>· CIPE - Contributo para a padronização</li> </ul>	Ativa Expositiva Participativa	<p>Transmitir conhecimentos atualizados de orientações atuais da DGS nesta matéria</p> <p>Normalizar os procedimentos e intervenções de Enfermagem na contenção</p> <p>Normalizar os registos das intervenções de Enfermagem na contenção</p> <p>Padronizar a contenção em termos de linguagem CIPE</p>	Dispositivo multimédia Data Show check lists em papel	40m
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Debate de conteúdos apresentados</li> <li>· Resumo da sessão</li> <li>· Questionário de avaliação de Satisfação da Sessão</li> <li>· Agradecimento da presença</li> <li>· Coffee Break</li> </ul>	Ativa Expositiva Participativa	<p>Discussão de grupo de conceitos;</p> <p>Avaliação da sessão</p> <p>Promoção da interação/convívio no grupo de participantes</p>	Questionários de auto-preenchimento	15 m

**ANEXO V**

**AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS**



## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

**Formação:** Medidas de Segurança do Utente – Serviço de Psiquiatria do HDS

**Formadores:** Enfº Daniel Carvalho, Enfº Eurico Martins, Enfª Isabel Varanda

**Local:** Departamento de Psiquiatria HDS - Serviço Psiquiatria- Internamento

**Data:** 26/04/2012

**Sexo:** M  F  **Idade:** \_\_\_ anos

**Tempo serviço:** \_\_\_ anos **Especialista Enf. Saúde Mental e Psiquiatria:** Sim  Não

AVALIAÇÃO GLOBAL						
	NA	1	2	3	4	5
1- Os objectivos foram claros, adequados e atingidos?						
2- Os conteúdos foram adequados?						
4- Os documentos: Norma / as check list e Contributo para parametrização CIPE foram adequadas?						
5- A Metodologia foi adequada e pertinente?						
6- A organização do espaço foi apropriada?						
7- Os Formadores foram claros, conhecedores e comunicativos?						
8- Está satisfeito(a) com a acção de formação?						
9- A Metodologia de avaliação foi adequada?						
<b>No Global Como Classifica o Nível da Acção de Formação</b>						
Fraco <input type="radio"/> Abaixo da Média <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/>						

**Legenda:** NA- Não se aplica; 1 a 5 : Escala sendo 1 - Nada e 5 – Totalmente

### COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

Indique os aspectos mais positivos: \_\_\_\_\_

Indique os aspectos mais negativos \_\_\_\_\_

Comentários / Sugestões: \_\_\_\_\_

**ANEXO VI**

**DIPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA**

IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**MEDIDAS DE SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE SANTARÉM**

Daniel Carvalho  
Eurico Martins  
Isabel Varanda

3º Curso de Pós-licenciatura de EESMP



IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA


ÍNDICE

- Objetivo
- Âmbito
- Conceito
- Enquadramento teórico
- Medidas de segurança
- Contenção
- Checklist contenção de doentes
- Checklist de registo de contenção de doentes
- Contributo para a parametrização da CIPE
- Referências bibliográficas

IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

OBJETIVO

- Este documento serve para definir as práticas a utilizar na segurança dos utentes do serviço de internamento de Psiquiatria, bem como as atividades a levar a efeito pela equipa de enfermagem na contenção física do utente violento, agressivo e ou com agitação psicomotora



IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ÂMBITO

- Este documento deve aplicar-se ao internamento do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santarém



IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

CONCEITOS

- **Medidas de segurança:** todas as intervenções que têm como objetivo proteger o utente do risco de queda e agressão (auto e a terceiros)
- **Ajudas técnicas:** produtos de apoio, que visam prevenir, compensar, monitorizar aliviar ou mesmo neutralizar, qualquer limitação da atividade (ISO 9999/2007). Exemplos: grades da cama, campainha...

IPL  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

CONCEITOS

- **Dispositivos de contenção:** ajudas técnicas que auxiliam na contenção física do utente por forma a manter a sua integridade física e ou de terceiros. Exemplos: os imobilizadores dos membros inferiores e superiores, a faixa abdominal
- **Dispositivos de segurança:** Incluem as ajudas técnicas e os dispositivos de contenção.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde, são pessoas com direitos e deveres, tendo o direito de ser respeitada na sua dignidade. Em situações em que resulta internamento, isto apresenta maior ênfase porque a pessoa fica exposta a um meio que lhe é estranho e encontra-se fragilizada pela doença
- No que diz respeito aos utentes dos serviços de saúde mental estes direitos e deveres são discriminados na Lei de Saúde Mental

7

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- No entanto os episódios de agressividade ou disruptivos podem surgir de forma inesperada e são frequentes em contexto de internamento de psiquiatria, sendo motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares
- Neste contexto pode ser necessário recorrer a medidas de contenção, com objetivos terapêuticos, de proteção da vida e da integridade física dos doentes. Estas medidas devem intersecar-se com os direitos e liberdade do doente

8

## MEDIDAS DE SEGURANÇA

### Preocupações com a segurança em geral:

- Verificar os pertences no momento da admissão, e após as visitas
- Validar o cumprimento das recomendações com o utente
- Identificar as necessidades de informação/formação da família ou pessoa significativa/cuidador do utente
- Informar no momento da admissão os familiares sobre as normas e recomendações específicas do serviço
- Proibir o uso de tabaco, álcool e drogas, ficando a sua utilização e guarda controlada pelos profissionais do serviço
- Proibir o uso de telemóveis ou outro equipamento eletrónico, que deve ficar à guarda dos profissionais do serviço em local seguro
- Proibir o uso de cintos, máquinas de barbear, perfumes, corta-unhas, facas, canivetes, tesouras, sprays, etc...
- Controlar medicação do domicílio

9

## MEDIDAS DE SEGURANÇA

### Preocupações com segurança das instalações:

- PORTA PARA O EXTERIOR** - deve estar sempre fechada e só é aberta pelos profissionais do serviço através da introdução de um código
- PORTAS DAS CASAS DE BANHO** - apenas abertas as que dão acesso aos sanitários. As portas das casas de banho do duche só se encontram abertas para a higiene no turno da manhã
- PORTA DA CASA DE BANHO DOS PROFISSIONAIS** - sempre fechada à chave, quando esta não se encontra a ser utilizada
- AS RESTANTES SALAS** - Sala de jogos, arrecadação, sala de terapêutica e de Enfermagem devem ter as portas fechadas quando estas áreas não se encontram a ser utilizadas

10

## MEDIDAS DE SEGURANÇA

### Preocupações com segurança dos doentes:

- Os doentes só podem ausentar-se do serviço mediante autorização e prescrição médica
- Os doentes internados compulsivamente, ou ainda descompensados psiquicamente, não têm autorização para se ausentarem do serviço



11

## CONTENÇÃO

### Tipos de Contenção

- Contenção terapêutica:** serve para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde, prevenir complicações e assegurar a sua segurança e de quem o rodeia
- Contenção ambiental:** visa controlar a mobilidade do utente, conferindo-lhe um espaço fechado ou limitado onde este possa deambular em segurança com supervisão clínica



12

**CONTENÇÃO**

**Tipos de Contenção**

- **Contenção física:** uso de uma ou mais pessoas da equipa terapêutica para segurarem o utente, bloqueando o seu movimento para que este não seja exposto a situações de risco para a sua integridade física
- **Contenção mecânica:** uso de equipamento que restringem os movimentos do utente
- **Contenção química ou farmacológica:** uso de medicação psicoativa com o objetivo de inibir movimentos ou comportamentos agressivos

**CONTENÇÃO**

**Uso de medidas de contenção**

- O uso de medidas de contenção deve ser utilizado após a realização de uma avaliação do risco clínico e apenas:
  - Manifestam comportamentos que os colocam a eles e a terceiros em risco de sofrerem danos
  - Recusam nos termos legais o internamento compulsivo e seu tratamento
  - Recusam tratamento vital e urgente
- Comunicada à equipa de saúde, que deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegurar a sua prescrição e reavaliação
- Sempre que possível informar e tranquilizar doente/família/pessoa significativa quanto à necessidade da medida de contenção

**CONTENÇÃO**

**No recurso às medidas de contenção deve-se:**

- Esgotar as medidas preventivas
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente/família/pessoa significativa
- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção
- Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar
- Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa
- Retirar a medida de contenção assim que possível
- Registrar os procedimentos no processo clínico

**CONTENÇÃO**

**Medidas Preventivas:**

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de temores e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza
- Modificação do contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro
- Inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente
- Tratamento farmacológico

**CONTENÇÃO**

**Orientações quanto ao uso de contenção física e mecânica**


- Quarto isolado que garanta a privacidade, seja bem ventilado, possua uma temperatura adequada, onde não existam objetos perigosos e que permita a vigilância do doente
- Posicionar DD, com a cabeça ligeiramente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso
- Tomar medidas preventivas para o aparecimento de úlceras de pressão
- Recorrer à utilização de faixas concebidas e apropriadas para tal
- Utilizar grades laterais de proteção
- Verificar se a contenção está bem aplicada

**CONTENÇÃO**

**Orientações quanto ao uso de contenção física e mecânica**

- Vigilância periódica de 15/15 minutos, nunca superior a 30 minutos
- Proceder ao exame físico do doente regularmente, e uma avaliação periódica da necessidade de manter a contenção física pelo menos de 2 em 2 horas
- Vigiar SV nas primeiras 2h, e posteriormente de 8h horas e em SOS
- Vigiar estado de consciência nas primeiras 2h, e depois de 8h h e em SOS
- Realizar hidratação do doente em caso de sedação prolongada
- Aliviar contenção mecânica em SOS
- Informar o utente sobre procedimentos e manter a comunicação
- Suspender a contenção física de acordo assim que possível

## CONTENÇÃO



**Registos:**

- Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção
- Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto
- Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decide
- Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção
- Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção

*Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar o cumprimento*

**19**

## CHECKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM		Revisão Inf	Verificação
CONTENÇÃO DE O	• Excluir as medidas preventivas.		
	• Citar sempre que possível o consentimento do doente.		
	• O enfermeiro deve avaliar as medidas de contenção necessárias e comunicar a situação à equipa assistencial.		
	• O doente deve ser colocado num local onde possa permanecer-se quieto.		
	• Recorrer à utilização de faixas corretivas e apropriadas para tal efeito.		
	• Colocação das faixas de imobilização nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.		
	• Verificar se a contenção está bem aplicada (não deve ficar demasiado apertada, pois pode provocar perda de consciência, nem demasiado frouxa, pois pode provocar lesões à nível das articulações).		
	• Realizar o rastreio de lesões associadas aos procedimentos efetuados.		
	• A equipa decide qual a medida mais adequada à continuidade dos cuidados e assegura a sua execução e monitorização.		
	• Vigiar o estado de consciência nos primeiros 2 horas, e posteriormente de 4 em 4 horas, e sempre que necessário.		
• Aliviar contenção física em 50/5.			
• Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico.			
• Fármacos Utilizados:			
• Chefe de Enfermagem / responsável de turno assegura que são feitos os registos obrigatórios ao processo do doente (Checklist de Registos)			

**20**

## CHECKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM		Revisão Inf	Verificação
CONTENÇÃO DE O	• Excluir as medidas preventivas.		
	• Citar sempre que possível o consentimento do doente.		
	• O enfermeiro deve avaliar as medidas de contenção necessárias e comunicar a situação à equipa assistencial.		
	• O doente deve ser colocado num local onde possa permanecer-se quieto.		
	• Recorrer à utilização de faixas corretivas e apropriadas para tal efeito.		
	• Colocação das faixas de imobilização nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.		

**21**

## CHECKLIST CONTENÇÃO DE DOENTES

CONTENÇÃO DE O	• Informar o doente com respeito sobre os procedimentos efetuados.		
	• A equipa decide qual a medida mais adequada à continuidade dos cuidados e assegura a sua execução e monitorização.		
	• Vigiar o período de 15-15 minutos, nunca superior a 30 minutos, para prevenção de alterações circulatorias e de perfuração dos tecidos que possam resultar da compressão pelas faixas.		
	• Realizar a aferência de diastóles para prevenção de alterações de pressão medulares da imobilização.		
	• Proceder ao exame físico do doente regularmente, e uma avaliação periódica da necessidade de manter a contenção física no decurso de um período máximo de 2 horas, repetindo-a pelo menos 100 esta periodicidade.		
	• Vigiar o estado de consciência nos primeiros 2 horas, e posteriormente de 4 em 4 horas, e sempre que necessário.		
• Aliviar contenção física em 50/5.			
• Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico.			
• Fármacos Utilizados:			
• Chefe de Enfermagem / responsável de turno assegura que são feitos os registos obrigatórios ao processo do doente (Checklist de Registos)			

**22**

## CHECKLIST REGISTOS DE CONTENÇÃO DE DOENTES

ITEM	REGISTO	Revisão Inf	Verificação
Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção			
Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto			
Diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decide.			
Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção			
Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. (Estado do doente, rastreio de lesões associadas às medidas de contenção)			
Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção aplicada			

**23**

## CONTRIBUTO PARAMETRIZAÇÃO CIPE

**Objetivos:** Realizar a parametrização das intervenções de enfermagem tendo como base "Atividade Terapêutica".

**Contexto:** Tendo por base as indicações da CIPE e os resultados da parametrização realizada anteriormente em Alameda, CIPE de Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de "Atividade Terapêutica".

Tipo de Intervenção (segundo o Manual CIPE 2011)	Processo Parametrização CIPE Atividade Terapêutica
Medidas Preventivas	<b>Intervenções CIPE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o doente a gerir as suas sensações.</li> <li>• Exercitar técnicas de relaxamento.</li> <li>• Dar suporte ao doente exposto ao seu sofrimento.</li> <li>• Cuidar o ambiente.</li> <li>• Agregar o doente à família.</li> <li>• Promover as atividades de enfermagem.</li> <li>• Promover as atividades seguras.</li> <li>• Vigiar sinais de alteração.</li> <li>• Vigiar todos os sinais vitais vitais (CV, TA, FC, T, SatO<sub>2</sub>).</li> </ul>
Medidas de Contenção	<b>NO caso de se utilizar Medidas Preventivas, conter as Medidas de Contenção "Intervenções CIPE":</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o rastreio paramétrico postural.</li> <li>• Cuidar o ambiente.</li> <li>• Cuidar a família.</li> <li>• Promover as atividades de enfermagem.</li> <li>• Promover as atividades seguras.</li> <li>• Promover o estado de consciência.</li> <li>• Promover todos os resultados em segurança para o doente.</li> <li>• Verificar se os resultados foram alcançados segundo o esperado.</li> <li>• Avaliar.</li> <li>• Cuidar a família.</li> </ul>

**24**

CONTRIBUTO PARAMETRIZAÇÃO CIPE	
Tipo de Intervenção preconizado DGS 021/2011	Proposta Parametrização CIPE Atitude Terapêutica
Medidas Preventivas	<p>Intervenções CIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o utente a gerir os seus sentimentos;</li> <li>• Executar técnica de relaxamento;</li> <li>• Dar tempo que o doente expresse os seus sentimentos;</li> <li>• Gerir ambiente;</li> <li>• Ignorar piadas e críticas;</li> <li>• Providenciar atividades na enfermaria;</li> <li>• Providenciar atividades seguras;</li> <li>• Vigiar sinais de ansiedade;</li> <li>• Vigiar todas as ameaças verbalizadas (Outras Ações Possíveis)</li> </ul>

CONTRIBUTO PARAMETRIZAÇÃO CIPE	
Tipo de Intervenção preconizado DGS 021/2011	Proposta Parametrização CIPE Atitude Terapêutica
Medidas de Contenção	<p>Intervenções CIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover objetos potencialmente perigosos;</li> <li>• Gerir comunicação;</li> <li>• Gerir terapêutica;</li> <li>• Providenciar uma enfermaria individual;</li> <li>• Reduzir estímulos ambientais;</li> <li>• Explicar todas as medidas de segurança para o doente</li> <li>• Verificar se os medicamentos são adequadamente ingeridos;</li> <li>• Imobilizar (Outras Ações Possíveis)</li> </ul>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERENADO - Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde - Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde</li> <li>• MEDIDAS PREVENTIVAS DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS/VIOLENTOS DE DOENTES – CONTENÇÃO FÍSICA, Nº: 08/DS/PSM/DS/PCS: 250/07- Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde</li> <li>• PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DOS DOENTES QUE PÕEM EM CAUSA A SUA SEGURANÇA OU DA SUA ENVOLVENTE - Orientação da direção Geral da Saúde Nº. 021/2011-06/06/2011- Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde</li> </ul>	

ANEXOS IV

*“ Neurolépticos Injetáveis de Ação Prolongada ”*

Título: Neurolépticos Injetáveis de Ação Prolongada

Duração: Ao longo do Ensino Clínico

Grupo(s) Alvo: Utentes da área de influência do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio e Enfermeiros do Centro de Saúde

Tipo de Atividade: Diagnóstico da População, Identificação das Necessidades, Articulação com os Cuidados de Saúde Primários, Formação em Serviço e Psicoterapia Individual

Indicadores: Seguimento regular em consulta de Psiquiatria dos utentes a realizar NIAP; Doentes da área de abrangência do Centro de Saúde a serem acompanhados pelos enfermeiros do Centro de Saúde; Formação na área da Saúde Mental

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Quem</b>	<b>Recursos</b>	<b>Quando</b>
Contacto e pedido de colaboração aos colegas	Sensibilizar os colegas a participar no levantamento dos NIAP realizados no CS Arnaldo Sampaio	Enf. Daniel, Enf <sup>a</sup> Chefe e Enf <sup>a</sup> Marina	Telefone, email e contato presencial	7/05 a 11/05/2012
Levantamento dos doentes a fazer NIAP	Conhecer o número de doentes a fazer NIAP na área de influência do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio	Todos Enf <sup>o</sup> Centro de Saúde, incluindo aqueles que passam pela Consulta Aberta	Ficheiro informático a disponibilizar com os itens a preencher	14/05 a 17/05/2012
	Conhecer o número de doentes a fazer NIAP na área de influência do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio pela equipa de enfermagem da Consulta externa de psiquiatria (consulta externa ou domicílio)	Enf Daniel, Enf <sup>a</sup> Liliana e Enf <sup>a</sup> Rita	Ficheiro informático a disponibilizar com os itens a preencher	14/05 a 17/05/2012

Reunião entre equipa enfermagem da consulta externa e centro de saúde	Melhorar a articulação entre as duas equipas Definir e uniformizar procedimentos	Enfª Liliana e Enfª Rita Enfª Chefe, Enfª Marina e Enfº Daniel	Sala reuniões do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio	29/05/2012
Designação de uma enfermeira do centro de saúde como elo de ligação com a Consulta Externa	Estabelecer de circuitos de comunicação institucionais	Enfª Chefe		Final mês Junho
Elaboração de uma lista de contatos de ambas as equipas e conseqüente partilha a todos os elementos que constituem essas equipas.		Enfº Daniel e Enfª Marina	Computador e email	Final Mês Junho
Realização de uma ação de formação em serviço á equipa do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio intitulada “Doença Mental Grave – Neuroléticos de Ação prolongada	Apelar á reflexão individual sobre a perceção que têm sobre a doença e o doente mental grave Renovar e reciclar conhecimentos sobre doença mental grave, psicofarmacologia, Capacitar os enfermeiros para intervirem ao nível da adesão ao regime terapêutico Melhorar a articulação/comunicação com a consulta externa de psiquiatria Incentivar os enfermeiros para o planeamento de cuidados e o registo na plataforma SAPE	Enfº Daniel e Enfª Marina	Sala de Reuniões, Computador e Projetor	29 de Junho de 2012
Visitação Domiciliária/ Realização de uma avaliação a todos os doentes que se encontram a fazer NIAP mas não têm seguimento	Procurar a adesão dos doentes e motivá-los para a realização de um seguimento regular		Transporte e Impresso de Avaliação Psiquiátrico	Final Junho início de Julho

regular em Consulta de Psiquiatria				
Avaliação do procedimento implementado	Auscultar os enfermeiros sobre a implementação dos procedimentos e corrigir eventuais lacunas ou imprecisões	Enfª Marina e Enfº Daniel	Email	2ª semana de Julho

## **Reflexão Final**

A realização desta atividade surgiu por forma a aproveitar a minha presença no Centro de Saúde para realizar alguma ponte e melhoria da comunicação entre o Serviço de Psiquiatria e Centro de Saúde. Algo que desde a primeira hora foi identificado como necessidade e incentivado pelos dois enfermeiros chefes.

Esta atividade acabou por ter diversas fases, que se estenderam ao longo do tempo do ensino clínico. Todas as atividades propostas foram realizadas e na sua grande maioria os objetivos iniciais foram atingidos.

Destaco a reunião conjunta realizada entre representantes das duas equipas que serviu sobretudo para aproximar e agilizar práticas, permitindo também que cada lado expusesse as suas necessidades ao outro que têm vindo progressivamente a ser satisfeitas.

Para o levantamento dos doentes da área de influência a realizar NIAP foi bastante importante a colaboração de todos os colegas, que com mais ou menos insistência acabaram por fornecer os dados. Aqui existem diversas realidades, desde extensões que têm estes dados completamente organizados e fazem uma gestão muito adequada de todo o processo, a outras em que esta organização não está tão presente. Outro aspeto importante passa pelo registo informático onde também existem diferenças entre os diversos locais. Na ação de formação realizada tentei alertar os colegas para a importância destes aspetos quer para o próprio controlo/importância da adesão ao regime terapêutico dos utentes quer para a continuidade dos cuidados. Segundo os colegas presentes na sessão o levantamento dos focos e das intervenções por mim realizado será uma ajuda importante para o futuro.

Claro que a pouca adesão dos colegas à ação de formação foi menos positivo mas a própria altura do ano com algumas pessoas de férias e extensões a funcionar com poucos recursos para isso contribui. Como forma de minimizar este impacto será distribuída a informação posteriormente por todos os colegas pela Enfermeira Marina. Ainda no que se refere à ação de formação fiquei satisfeito com a forma bastante positiva como a mesma foi avaliada pelos presentes.

Existiram contudo dois objetivos inicialmente propostos que não foram atingidos totalmente. O primeiro tinha a ver com uma definição clara de um procedimento interno do Centro de Saúde a dotar para a gestão deste doentes e na articulação com o hospital. As bases estão lançadas até pelas definições que saíram da reunião conjunta, no entanto a chefe adiou uma decisão sobre os elos de articulação a definir. No entanto a mudança ocorrida já no final do estágio com a passagem de uma das enfermeiras especialistas para a Sede com clara alocação ao seu horário de trabalho, de tempo para intervenções específicas na sua área de especialidade poderá ser o incremento necessário. O segundo prendia-se com a avaliação presencial ou no domicílio de todos os utentes sem consulta de psiquiatria. Aqui surpreendeu-me o elevado número de utentes, mas que as razões já discriminadas no capítulo anterior poderão ajudar a explicar. Tentei em articulação com as colegas da consulta externa resolver a situação dos doentes que fazem injetável na consulta e que estavam sem consulta, estando as colegas á medida que o doente se desloca para proceder á administração de injetável a avaliar cada uma das situações. Houve um outro doente de Amor em que se consegui agendar uma consulta até porque o doente tinha vindo duas vezes á urgência no curto espaço de tempo a referir que não andava bem. Um outro doente de Monte Real, a situação foi por mim avaliada a quando da ida do doente á extensão para fazer o injetável tendo ficada a situação orientada. Para os restantes utentes, foi pedido ás colegas presentes na reunião e será divulgado ás restantes a necessidade de esclarecimento mais aprofundado da questão pois tenho receio que parte destes doentes que estejam identificados como não tendo consulta de psiquiatria possam estar a ser seguidos em regime privado. Se esta situação não se verificar a articulação será feita com a consulta externa que também já tem conhecimento da situação.

Em suma os objetivos propostos para esta atividade foram em grande medida cumpridos. Os indicadores estabelecidos mostraram a necessidade de um incremento do trabalho a desenvolver nesta área por parte das enfermeiras especialista de saúde mental do Centro de Saúde. Para tal penso que será importante a melhoria da articulação/comunicação entre todos os intervenientes neste processo em que as especialistas podem ser um player importante.

Para a minha aprendizagem esta atividade permitiu-me desenvolver algumas competências ao nível do diagnóstico de uma população e a definição de um plano de intervenção face ás necessidades identificadas.

ANEXOS V

*“Saúde Mental, o Bicho Papão”*

Título: Saúde Mental, o Bicho Papão

Hora: 14:30

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio

Data: 09/05/2012

Duração: 60

Grupo(s) Alvo: Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

Tipo de Atividade: Formação em Serviço

Indicadores: Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio; Satisfação com o ambiente de trabalho; Estabilidade de emprego; Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho; Atividade desportiva; Formação na área da Saúde Mental

Objetivos: Alertar para a necessidade de intervenção na área da Saúde Mental; Sensibilizar para a necessidade/importância da Promoção da Saúde Mental; Sensibilizar para a necessidade/importância da Prevenção da Doença Mental; Divulgar as linhas orientadoras do Ensino Clínico; Realizar um diagnóstico da Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

Conteúdos	Atividades	Tempo	Recursos	Avaliação
Apresentação dos participantes	Apresentação simples (nome, local trabalho reposta á pergunta “O que é saúde mental”)	5`	Sala de reuniões, computador, projetor e questionários	Preenchimento de um Questionário no final da sessão
Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio	Preenchimento de um questionário onde serão avaliados os indicadores desta atividade e onde é utilizado o	10`		Discussão no final da sessão dos conteúdos abordados ou outros da área julgados relevantes

Estigma	MHI  Utilização do método expositivo para definir estigma questionando os presentes se ainda sentem que existe muito estigma face á doença mental	5`		
Saúde Mental	Utilização do método expositivo para abordagem dos seguintes conteúdos: conceitos, dados estatísticos, saúde mental positiva, determinantes saúde mental e intervenção em saúde mental.	10`		
Promoção da Saúde Mental	Utilização do método expositivo para abordagem dos seguintes conteúdos: conceitos, políticas saúde mental compreensivas, comunidade mentalmente saudáveis, áreas de intervenção prioritárias	8`		
	Utilização do método expositivo para abordagem dos seguintes conteúdos: conceitos e construção da competência  Utilização do método expositivo para abordagem dos seguintes conteúdos: legislação	5`		

Prevenção da Doença Mental	portuguesa, documentos orientadores, razões integração saúde mental cuidado saúde primários, papel esperado para os cuidados de saúde primários	5`		
Políticas na área da saúde mental para os Cuidados de Saúde Primários	Partilha das linhas de trabalho definidas e pedido de colaboração nas atividades a desenvolver	7`		

## **Reflexão Final**

Esta sessão foi de extrema importância para mim pois permitiu-me conhecer grande parte da equipa, pois 50% da equipa de enfermagem participou na ação de formação. Foi também uma oportunidade de tomar o pulso á equipa no que se refere á receptividade, sensibilidade e conhecimentos na área da Saúde Mental. Da análise que fiz surgiu uma reflexão já apresentada num capítulo anterior.

No que se refere á ação de formação propriamente dita senti alguma ansiedade inicial, não só por se tratar da minha primeira iniciativa com as colegas mas também pela presença do professor Zé Carlos ainda por cima abordando uma temática na qual ele é um perito reconhecido. Por outro lado a sua presença e o seu apoio foi importante para dar mais alguma força á intervenção que tenho planeada e como incentivo para o meu trabalho.

Penso que esta ansiedade afetou o meu desempenho e acabou por de certa forma influenciar a forma como decorreu e como consegui passar a mensagem que era pretendida.

Senti que ações deste género são necessárias e pela avaliação qualitativa das pessoas, são algo para o qual estão recetivas e consideram importantes para refletirem sobre estas temáticas. Sessões deste género permitirão não só aumentar os conhecimentos dos colegas nesta área como os cativar e sensibilizar para a mesma.

Tenho pena não ter realizado uma análise dos dados obtidos nos questionários da saúde mental dos enfermeiros do centro de saúde. É algo que quero no futuro realizar e partilhar os dados com os colegas.

## ANEXOS VI

Plano de Formação em Serviço (2014) da Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

**PLANO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO  
(ANO 2014)**

**SERVIÇO/ÁREA:** Psiquiatria e Saúde Mental

**RESPONSÁVEL PELA DINAMIZAÇÃO DA FORMAÇÃO:** Emília Ferreira e Paula Dias

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO					
Este formulário deve ser preenchido informaticamente, e enviado até 28 de Fevereiro de cada ano, para o GEFOP					
E-mail: <a href="mailto:gefop@chleiria.min-saude.pt">gefop@chleiria.min-saude.pt</a>					
- O Serviço/Área deve manter em arquivo o original assinado e datado -					
Identificação da ação	Data prevista	Formadores	Fundamentação	Competências a desenvolver	Destinatários
Avaliação da ansiedade	2014-02-25	Emília Ferreira/ Fernando Parreira/ Sandrina	Faz parte integrante da avaliação de enfermagem	Capacidade de avaliar a ansiedade para identificar as intervenções	Enfermeiros
Quedas	2014-03-18	Daniel	Melhorar a segurança do utente	Avaliar risco de queda	Enfermeiros
Gestão do ambiente terapêutico – Ruídos	2014-03-25	Isabel Pires	Diminuir nível de ruídos no serviço	Adquirir conhecimentos para melhorar gestão do ambiente - Ruídos	Equipa multidisciplinar
Monitorização e desfibrilhação	2014-05-06	Isabel Dinis/ Aida Saraiva/Conceição Batista	Relembrar funcionamento do monitor	Adquirir conhecimentos para melhorar o manuseamento do monitor	Enfermeiros

IMP.CHL481.00

(2014.01.17)

1/2

Suicídio / Para Suicídio	2014-05-20	Lúisa F/ Lúcia Cardoso/ Filomena Vieira	Melhorar a segurança do utente; avaliar comportamentos de risco e identificar estratégias globais de adaptação	Adquirir e aprofundar competências, com o objectivo de melhorar a nossa intervenção	Enfermeiros
Procedimentos de qualidade – uma revisão	2014-06-17	Daniel	- Revisão dos conhecimentos relacionados com políticas de qualidade da instituição	Capacitar os elementos para as exigências decorrentes do processo auditorias a realizar pela JCI	Equipa multidisciplinar
Reabilitação psicossocial – Atividades de Ocupação Terapêutica	2014-09-23	Isabel Pires/Daniel	Aumentar e melhorar as ferramentas terapêuticas disponíveis para a intervenção psicoterapêutica junto dos doentes internados	Capacitar os elementos da equipa para a realização de atividades de ocupação terapêuticas	Enfermeiros
Estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico	2014-11-04	Daniel	Melhoria dos conhecimentos sobre a temática tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados.	Capacitar os elementos da equipa para a realização de intervenções psicoterapêuticas sobre a adesão ao regime terapêutico	Enfermeiros

O Diretor Enf.(a) Chefe/Responsável do Serviço/Área: \_\_\_\_\_

N.º Mec. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IMP.CHL481.00

(2014.01.17)

2/2

## ANEXOS VII

Ações de formação frequentadas

- Curso de formação para dinamizadores dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, promovida pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, durante os dias 16 e 17 de junho de 2014 com a duração de 14 horas.
- V Congresso Internacional ASPESM com o título Consensos em Saúde Mental realizado nos dias 18 a 20 de Maio de 2014 com a duração de 16 horas.
- Curso de Formação Profissional de Abordagem à Pessoa com Problemas Ligados ao Álcool: Formação de Intervenções Breves, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra entre os dias 06-05-2014 a 19-06-2014 com a duração de 50 horas.
- Curso de Formação Profissional de Psicologia do luto – lidar com situações delicadas, promovida pela Associação os Amigos da Grande Idade no dia 15/03/2014 com a duração de 4 horas.
- 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e realizado nos dias 27 e 28 de fevereiro de 2014
- 5º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria-Pombal realizado no dia 12 de Abril de 2013.
- III Congresso Internacional ASPESM com o título Da investigação à prática clínica em Saúde Mental realizado nos dias 10 a 12 de Outubro de 2012 com a duração de 16 horas.
- Curso de Formação Profissional de Prevenção da depressão e suicídio, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra entre os dias 02-10-2012 a 30-10-2012 com a duração de 30 horas.

## ANEXOS VIII

### Comunicações efetuadas

- Comunicação oral com o título O uso de metodologia B-learning numa intervenção psicoeducativa com uma doente deprimida, realizada no âmbito do V congresso Internacional da SPESM que decorreu nos dias 18 a 20 de junho de 2014
  
- Comunicação oral com o título Se eu não cuidar de mim quem cuidará dele? – Uma intervenção em grupo para cuidadores informais, realizada no âmbito do Fórum Internacional: Cuidados de Saúde ao domicílio que decorreu nos dias 8 e 9 de novembro de 2014
  
- Poster intitulado, Promover a saúde mental dos enfermeiros: uma intervenção em grupo realizado no âmbito do IV Congresso Internacional da SPESM, que decorreu nos dias 10 e 11 de Outubro de 2013.
  
- Carvalho, D., Pereira, M. (2014). Promover a saúde mental dos enfermeiros: uma intervenção em grupo In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds.), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp.197-207). Porto: ASPESM. (Anexo XI)
  
- Poster intitulado A utilização de exercícios respiratórios para a redução da ansiedade num grupo de pessoas com diabetes mellitus, realizado no âmbito do IV Congresso Internacional da SPESM, que decorreu nos dias 10 e 11 de Outubro de 2013.
  
- Poster intitulado Sensibilização para o preenchimento do impresso de avaliação inicial de enfermagem, realizado no âmbito II Fórum de Saúde do Centro Hospitalar do Médio Tejo, que decorreu no dia 15 de Novembro de 2012.
  
- Comunicação com o título B-learning na psicoeducação de doentes deprimidos, realizada no âmbito do VII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar Leiria Pombal, que decorreu nos dias 27 a 28 setembro de 2012

## ANEXOS IX

Protocolo de investigação desenvolvido durante o WIP-IP

## **A utilização de um sistema B-learning na psicoeducação de doentes deprimidos**

---

Daniel Ricardo Simões de Carvalho, Licenciado em Enfermagem

---

**Palavras-chave:** Depressão, B-Learning, Psicoeducação

### **QUADRO TEÓRICO**

A depressão é uma das doenças mentais mais prevalentes na União Europeia, tendo sido definida como uma das cinco áreas prioritárias de intervenção pelo Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (WHO/Europe, 2008). As previsões indicam que hoje em dia cerca de 60% a 70% da população adulta tenha pelo menos uma vez na vida depressão ou preocupação em grau suficiente que possa de certa forma influenciar as suas atividades quotidianas. Em Portugal estima-se que exista uma prevalência de 7,9% da doença (Almeida citado por Garrido, 2010). Prevê-se que em 2020 seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos (Livre Verde, 2005).

Pode-se definir depressão como perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major, tendo de estar presentes cinco dos nove sintomas seguintes: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, alterações no apetite ou no peso, insónia ou hipersónia, alterações na atividade psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em concentrar-se ou pensar e ter ideias de morte ou de suicídio. Estes sintomas devem durar pelo menos duas semanas e um deles terá que ser obrigatoriamente o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer (APA, 2002), interferindo significativamente na vida do indivíduo, com consequências ao nível das atividades profissionais, das relações interpessoais, do rendimento intelectual e contribuindo para um progressivo isolamento social. (Afonso, 2004)

O tratamento dos indivíduos com depressão terá como objetivo, não apenas a melhoria do humor, mas também uma vertente de intervenção mais holística, tendo em conta a necessidade de procurar restabelecer o indivíduo em termos daquilo que é o seu funcionamento social prevenindo a recorrências da doença. Como forma de tratamento poderá ser utilizada a psicoterapia individual ou de grupo, a terapia familiar, a terapia cognitivo-comportamental, a psicofarmacologia, a eletroconvulsoterapia, a estimulação magnética transcraniana e a terapia da luz (Townsend, 2011).

Glick (1994:104) citado por Andrade (1999) define "psicoeducação como uma técnica na prática clínica e a administração sistemática, pelo médico, de informações sobre sintomas, etiologia, tratamento e curso da doença, com os objetivos de aumentar o conhecimento e modificar comportamentos" Complementando a *World Schizophrenia Fellowship*, (1998) citado por Pereira (2006) acrescenta que os objetivos da psicoeducação passam por procurar melhorar clinicamente e funcionalmente os doentes mentais através do recurso a uma abordagem que inclua a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes, assim como aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente.

Donker (2009) na meta-análise por si realizada concluiu que a psicoeducação contribui para a redução dos sintomas da depressão e do stress psicológico. Um outro estudo realizado por Dunbar (2009) com 246 utentes utilizando uma base psicoeducativa mas com diferentes métodos de intervenção conseguiu reduzir os sintomas depressivos ao longo dos 12 meses que durou a intervenção. Já Andrade (1999) utilizando uma intervenção psicoeducativa conseguiu um aumento da adesão ao tratamento e a uma diminuição da frequência e/ou intensidade das crises (Andrade, 1999). Estas conclusões foram também obtidas por Eker (2012) no seu estudo com doentes com Perturbação Bipolar utilizando um programa psicoeducativo com uma duração de seis semanas. Menezes (2011), referindo-se também a doentes com Transtorno Afetivo Bipolar, refere a possibilidade de com recurso à psicoeducação melhorar aspetos como a melhoria do *insight* sobre a doença e sob a melhor forma de lidar com a estigmatização, ensinar os sinais precoces de recaída, a promoção de hábitos de vida saudáveis e o evitar o abuso de substâncias psicoativas

O uso de intervenções Psicoeducativas têm uma base iminentemente cognitivo comportamental, uma vez que permite centrar a atenção no doente, em que o doente é visto como um ser único, que tem um problema de vida, em vez de uma condição psicopatológica (STUART e LARAIA, 2001). Os terapeutas colaboram assim na definição do problema, na identificação das metas, na formulação das estratégias do tratamento e avaliação de todo processo, ajudando os pacientes a modificarem crenças, pensamentos e comportamentos disfuncionais que produzem certos estados de humor (POWELL e outros, 2008).

Mas a intervenção psicoeducativa terá que se adaptar às exigências atuais para poder ser uma ferramenta eficaz e que permita a obtenção de ganhos em saúde. Hoje em dia, com revolução digital proposta pelas tecnologias de informação, estão ao dispor um conjunto de novas tecnologias que desempenham um papel importante na aprendizagem e na

transmissão da informação. Assim as novas tecnologias poderão desempenhar um papel importante na intervenção realizada pelos profissionais de saúde, funcionando como um novo recurso com enorme potencial ao dispor dos cidadãos, profissionais e instituições para a prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização da saúde e dos estilos de vida dos indivíduos, grupos e comunidades (Nascimento, 2011). Lin (2008) recorrendo no seu estudo a um programa psicoeducativo interativo utilizando o computador, conseguiu encontrar diferenças estatisticamente significativas, concluindo que o sistema interativo de psicoeducação pode ser tão ou mais eficaz que uma abordagem tradicional na adesão ao regime terapêutico em doentes deprimidos e na aquisição de conhecimentos sobre a doença..

Cação (2003:27) define o “*Blended Learning*, também designado de *b-learning*, como um modelo de formação misto, que inclui uma componente *on-line* e uma outra presencial (...) um modelo de características próprias, que abrange as melhores componentes do ensino a distância e presencial (...) que reconhece os benefícios de disponibilizar parte da formação *on-line*, mas que, por outro lado, admite o recurso parcial a um formato de ensino que privilegie a aprendizagem do aluno, integrado num grupo de alunos, reunidos em sala de aula com um formador ou professor”

A utilização da metodologia b-learning traz evidentes vantagens, tanto para o aprendiz como para o professor, permitindo o acesso aos conteúdos, colegas e professores, independentemente da hora e do local (Loureiro, 2006). No estudo realizado pelo mesmo autor, em alunos universitários concluiu que o uso do b-learning permitiu obter melhores resultados quando comparado com o grupo de alunos que não utilizou esta metodologia. A estas vantagens poderíamos ainda acrescentar a possibilidade de realização do processo “*hust in time*” por oposição ao “*just in case*”, a otimização do tempo do formador, a facilidade de utilização do sistema em termos de gestão, a rápida distribuição de conteúdos e a sua fácil alteração, uma maior retenção dos conteúdos através de formação personalizada e por último uma maior colaboração e interação entre os formandos (Cação, 2003).

No caso do aluno e segundo Pinto (2002:28) citado por Loureiro (2006) é-lhe solicitado um papel mais ativo e responsável, de busca de informação e utilizando os seus métodos individuais ao seu ritmo na busca e construção do conhecimento, passando-se paradigma do ensino para a aprendizagem. No estudo de Loureiro (2006) foi possível mesmo concluir, que foram os estudantes que recorreram a esta metodologia que mais desenvolveram

competências ao nível da auto aprendizagem e da procura de informação comparativamente com os alunos que não utilizaram este método. Gil (2009) afirma que o papel do professor é bastante importante e fundamental, pois é ele que decide o tipo do formato do b-learning a utilizar, de entre os diferentes processos /formas possíveis, sendo por isso essencial a ligação que estabelece com os alunos de forma a que a comunicação seja clara e promotora da confiança dos aprendentes como forma de adaptação aos diferentes contextos, professores e alunos.

Outras das grandes forças do sistema b-learning está no facto de não dissociar ou mesmo eliminar as relações interpessoais no contexto do processo ensino/aprendizagem, tal como concluiu Loureiro (2006) no seu estudo ao afirmar que a metodologia b-learning permite manter a relação professor aluno. No que concerne à sua utilização para a enfermagem psiquiátrica, este mesmo autor acaba por referir alguns pontos interessantes da importância do uso desta metodologia mista. Se por um lado as sessões presenciais permitem atestar as reações ou comportamentos do aprendente, por outro lado as sessões virtuais possuem, também, benefícios pela maior desinibição, flexibilidade, colaboratividade e sentido de responsabilidade e de envolvimento na sua aprendizagem.

A opção pelo b-learning e segundo Gil (2009) torna-se ainda a mais aconselhável para formandos com pouca experiência na utilização da informática e na formação à distância, além disso, permite aproveitar o que melhor tem a formação presencial e a formação à distância, desenvolvendo as capacidades necessárias a uma formação completamente à distância. No estudo realizado por Loureiro (2006) os alunos sujeitos a uma metodologia b-learning conseguiram inclusive melhorar as suas competências ao nível da informática, e mesmo, tendo sido inclusivamente os alunos mais velhos, ao contrário das expectativas, que melhor se adaptaram a esta metodologia.

## **METODOLOGIA**

### **Objetivos**

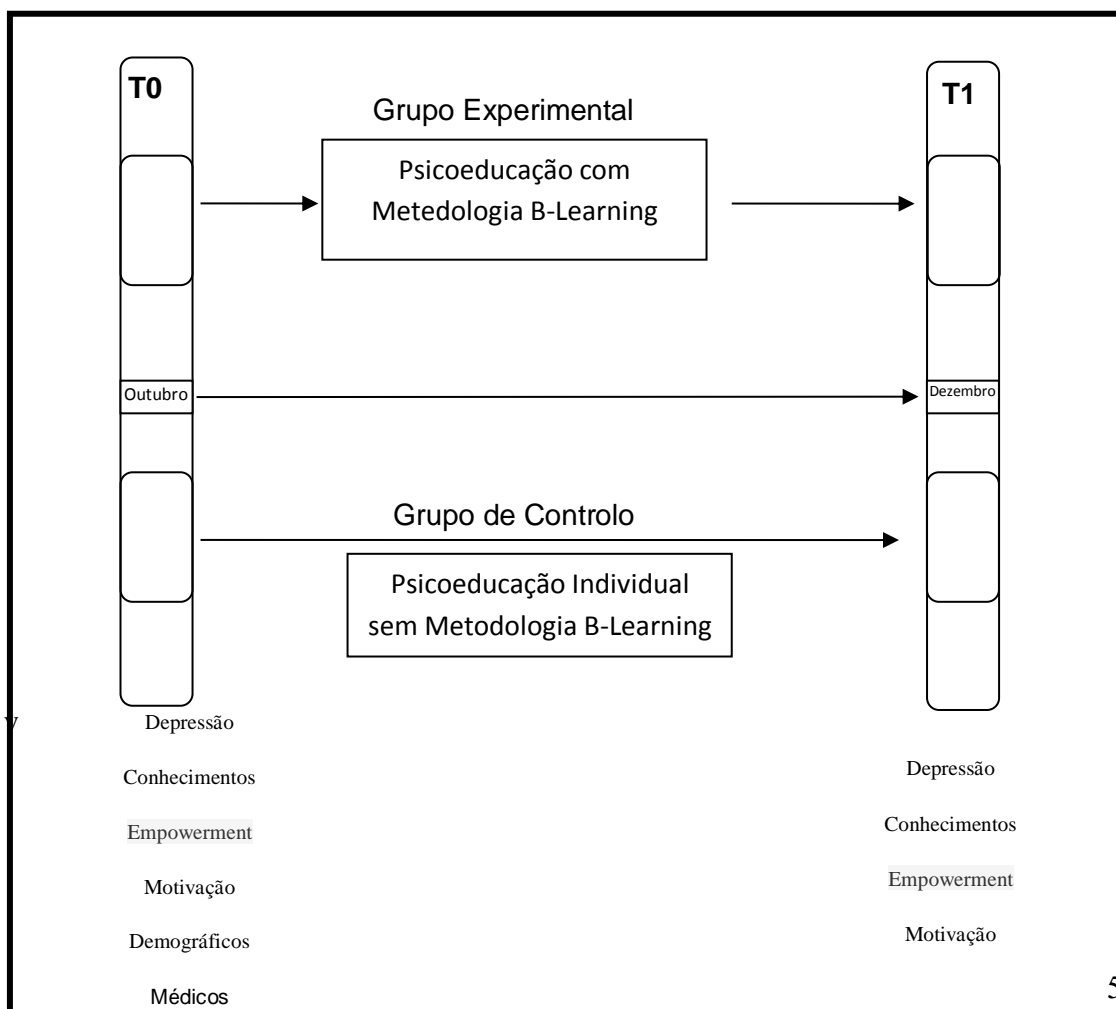
Para a realização deste estudo foi definido o seguinte objetivo: avaliar o impacto de uma intervenção psicoeducacional usando uma metodologia B-learning no nível de depressão, nos conhecimentos dos pacientes deprimidos, na sua motivação e no empowerment.

### **Tipo de Estudo**

O estudo a realizar será um estudo quase experimental do tipo pré teste, pós teste, com grupo de controlo não equivalente (Ribeiro, 1999), no qual serão utilizados dois grupos de indivíduos – um grupo experimental e um grupo controlo com dois momentos de avaliação. Numa primeira avaliação (T0) serão avaliados os níveis de depressão e os conhecimentos sobre a mesma, assim como as estratégias para lidar em situações de crise, o nível de empowerment, questões médicas, questões demográficos e o grau de motivação dos doentes para a participação na psicoeducação. De seguida será realizada a intervenção psicoterapêutica. No grupo experimental essa intervenção individual será realizada com recurso à metodologia b-learning, enquanto que no grupo de controlo, será realizada apenas uma intervenção individual sem recurso a esta metodologia. No final da intervenção proceder-se-á a uma nova avaliação com recurso aos mesmos instrumentos, excluindo a avaliação demográfica e médica. A intervenção decorrerá entre Outubro e Dezembro de 2012.

Na figura seguinte está representado esquematicamente o desenho do estudo da investigação.

FIGURA 1 – Desenho do estudo de investigação.



### **Questões de investigação/hipóteses**

Para o presente estudo foi formulada a seguinte questão de investigação: *“Qual é o impacto do uso da metodologia B-learning na intervenção psicoterapêutica na melhoria dos níveis de depressão e no conhecimento dos doentes”*.

As hipóteses traçadas para materialização do estudo foram:

- Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão dos doentes deprimidos consoante a participação na psicoeducação com o recurso à metodologia b-learning ou tradicional;
- Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de conhecimento sobre depressão dos doentes deprimidos consoante a participação na psicoeducação com o recurso à metodologia b-learning ou tradicional;
- Existem diferenças estatisticamente significativas no grau de motivação dos doentes para a participação na psicoeducação, consoante a participação na psicoeducação com o recurso à metodologia b-learning ou tradicional
- Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de empowerment, consoante a participação na psicoeducação com o recurso à metodologia b-learning ou tradicional

### **População e seleção da amostra**

A população do presente estudo será constituída pelos doentes com diagnóstico de Depressão, que se encontrem a ser acompanhados na Consulta Externa do Centro Hospitalar Leiria Pombal.

Na ausência de dados que permitam calcular com rigor o tamanho da amostra na bibliografia consultada, os investigadores optaram por incluir toda a população disponível para o estudo que cumpra os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, pertencentes a ambos os sexos, com diagnóstico médico de depressão, que demonstrem disponibilidade em participar no estudo, que possuam competências cognitivas para o fazer. Para aferir as competências cognitivas será utilizada a escala SPMSQ, constituída por dez questões simples que incluem por exemplo qual o dia da semana, a idade ou quem é o atual presidente. Para ser incluído na amostra terá de apresentar um score entre o 0-2 erros que

corresponde ao normal funcionamento mental. Os doentes deverão ainda ter conhecimentos informáticos básicos na ótica do utilizador e computador com acesso à internet.

Assim todos os doentes que possuam os critérios de inclusão serão contados telefonicamente para aferir da sua disponibilidade e interesse em participarem no estudo. Aqueles que se mostrarem interessados serão distribuídos pelo grupo experimental e de controlo de forma aleatória utilizando o sistema bola branca bola preta. Assim a amostra utilizada será probabilística não intencional.

## **INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Como instrumento de colheita de dados será utilizado um questionário anónimo, de auto-resposta, que incluirá alguns aspetos demográficos designadamente a idade, sexo, estado civil e escolaridade; aspetos clínicos nomeadamente idade do diagnóstico da depressão, número de internamentos por este motivo, história de tentativas de suicídio, motivos aos quais atribui causa da depressão, existência de antecedentes familiares de depressão e a realização de terapêutica antidepressiva; a motivação para a participação na intervenção psicoterapêutica; e questões relacionadas com literacia informática, que aborda questões acerca do fato de possuir recursos informáticos, uso de recursos informáticos, capacidades na sua utilização.

Estarão ainda presentes no instrumento o inventário depressivo de Beck, a Escala de Empowerment e um questionário que permita aferir sobre o nível de conhecimentos sobre os diferentes aspetos abordados na intervenção planeada.

Para a avaliação da depressão será utilizado o Inventário depressivo de Beck. Esta escala é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos, tendo sido traduzida e adaptada para Portugal em 1973 pelos professores A. Vaz Serra e J. Abreu. Esta é constituída por cerca de 21 itens, cuja intensidade varia de 0 a 3 de intensidade crescente. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de líbido. O seu preenchimento demora cerca de 10 a 15 minutos. O resultado final é obtido através da soma das notas de cada grupo, podendo classificar o quadro depressivo em inexistente ou existente, no qual este último se

subdivide em leve, moderado ou grave. O ponto de corte é 13, valor acima do qual o utente está deprimido. (Ribeiro, 2007)

A Escala de Empowerment é constituída por 28 itens e pretende avaliar os sentimentos subjetivos de empowerment. Para pontuar é utilizada uma escala de likert que varia de 1 (concordo fortemente) a 4 (discordo fortemente). Esta escala subdivide-se em cinco sub-escalas: auto-estima ou auto-eficácia (9 itens), poder (8 itens), ativismo comunitário e autonomia (6 itens), optimismo e controlo face ao futuro (4 itens) e indignação justificada (4 itens). Foi validada para a população portuguesa por Almeida e Pais Ribeiro. O score da escala é calculado através da média da resposta aos itens totais, e a das subescalas resultas da média dos itens que a constituem. (Almeida, 2011)

O questionário de avaliação de conhecimentos é constituído por dezoito perguntas de verdadeiro e falso e foi validado por dois peritos na área, e incide sobre as temáticas abordadas nas sessões planeadas

## **INTERVENÇÃO**

O programa psicoeducativo desenhado, é um programa psicoterapêutico individual de intervenção psicoeducativo composto por doze sessões com uma periodicidade semanal. Nos estudos que constituíram a revisão bibliográfica encontram-se intervenções que decorrem num mínimo de seis semanas (Eker, 2012) e num máximo de um ano (Dumbar, 2009). Já a periodicidade varia de bissemanal (Eker, 2012 e Pellegrinel, 2010) até quinzenal (Smith, 2010).

Todas as sessões presenciais terão uma duração prevista de 45 a 60 minutos. Dumbar (2009) no seu estudo realizou sessões psicoeducativas com a duração de 20-30 minutos, enquanto que outros autores realizaram no máximo intervenções de 90 minutos (Pellegrinel, 2010). Esta intervenção será realizada de uma forma individual. A revisão bibliográfica realizada aponta que quer a intervenção individual quer a intervenção em grupo apresenta resultados ao nível da intervenção psicoeducativa. A abordagem individual permite ao indivíduo um espaço e um tempo próprios para o estabelecimento de uma relação de ajuda compreensiva, destigmatizante e aprofundada. Além disso permite uma intervenção mais específica, individualizada e focada nas necessidades do doente.

No grupo experimental será utilizada uma metodologia e-learning em parte das sessões, correspondendo a uma vertente de aprendizagem em ambiente virtual, no momento e no tempo necessário para a intervenção definido pelos participantes. Para tal será utilizada a

plataforma Moodle, que é um sistema aberto de gerenciamento de curso usado para gerenciar e promover a aprendizagem, sendo gratuito e que pode ser instalado em qualquer computador. Serão disponibilizados nesta plataforma, vídeos, músicas e outros ficheiros de áudio, textos, apresentações e hiperligações para o desenvolvimento da temática da sessão. Serão ainda dinamizadas atividades para desenvolvimento e consolidação das temáticas. Será criado na plataforma um chat por forma a que os participantes possam desenvolver um grupo de auto ajuda com intervenção e supervisão do investigador.

As sessões presenciais decorrerão na Consulta Externa do Centro Hospitalar Leiria Pombal, numa sala preparada para o efeito e com todas as condições de conforto para o desenvolvimento das mesmas. Já as sessões à distância serão realizadas em local definido pelos participantes do estudo, estando apenas condicionado pela necessidade de haver disponível um acesso à Internet. Estas decorrerão entre os meses de Outubro e Dezembro de 2012.

A linguagem e os métodos utilizados serão adequados às capacidades da amostra do estudo. Os ficheiros compartilhados através da plataforma moodle terão que ser compatíveis com *software* utilizado pelos participantes no estudo.

O investigador terá de ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com experiência na área e possua competências pessoais, relacionais e profissionais necessárias à intervenção, incluindo uma elevada consciência de si próprio, assertividade, competências de utilização da medicação terapêutica bem como elevada capacidade de utilização dos instrumentos básicos da enfermagem para a realização do estudo. Deverá ainda possuir conhecimentos de informática e preferencialmente formação avançada na área da depressão e intervenção psicoeducativa.

Os doentes que faltarem às sessões presenciais ou não realizarem as sessões à distância, serão contactados telefonicamente para aferir da possibilidade de se manterem interessados em continuarem a fazer parte do estudo. Caso este interesse se mantenha, será dada a possibilidade de ser remarcada a sessão.

Para cada sessão realizada será elaborado um plano de sessão, que descreverá o tema da intervenção, objetivos, atividades a desenvolver pelo investigador, atividades a realizar pelos intervenientes, metodologia e recursos a utilizar e a duração de cada momento da intervenção.

No final do programa psicoeducativo, será realizado um questionário de satisfação aos participantes face ao programa.

A definição das temáticas a abordar nas diferentes sessões, foi esquematizados no quadro seguinte. Devido á inexistência de programas psicoeducativos específicos para depressão, foi construída uma intervenção baseada em programas psicoeducativos já testados e aplicados em situações de perturbações bipolares, como o modelo de Cardiff (Griffiths, 2010), o modelo de Barcelona e os tópicos para serem abordados num programa psicoeducativo (Colon, 2004).

Quadro 1 – Planeamento das Sessões Psicoeducativas

	<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>
<b>1</b>	Sessão Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os elementos que constituem o grupo</li> <li>- Informar acerca das regras e normas da intervenção</li> <li>- Preencher o pré-teste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Realização de contrato terapêutico</li> <li>- Preenchimento do instrumento de colheita de dados</li> </ul>	Presencial
<b>2</b>	Depressão?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a doença</li> <li>- Conhecer os fatores desencadantes da doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber o que é a doença</li> <li>- Fatores e causas desencadeantes</li> <li>- Sinais e Sintomas</li> </ul>	Presencial
<b>3</b>	Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as diferentes opções para o tratamento da doença</li> <li>- Motivar para adesão ao regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação para o tratamento</li> <li>- Papel das diferentes ferramentas para o tratamento (Psicofarmacologia e Psicoterapias)</li> <li>- Adesão ao regime terapêutico~</li> <li>- Riscos da não adesão ao regime terapêutico</li> </ul>	Presencial
<b>4</b>	Estilos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir estilos de vidas que possam interferir com a doença</li> <li>- Adotar estilos de vida mais saudáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene do Sono</li> <li>- Alimentação Saudável</li> <li>- Exercício físico e atividades lúdicas</li> <li>- Riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas</li> </ul>	Presencial  E-learning no Grupo Experimental

5	Problemas do dia-a-dia	- Identificar os principais problemas do dia-a-dia	- Identificação dos principais problemas do dia-a-dia	Presencial E-learning no Grupo Experimental
6		- Conhecer estratégias para resolução de problemas do dia-a-dia - Capacitar o indivíduo para utilização de estratégias	- Identificação estratégias resolução dos principais problemas do dia-a-dia - Resolução de Problemas do dia-a-dia - Lidar com o Stress e Ansiedade	
7	Ponto de ordem	- Realizar uma avaliação intermédia da intervenção - Redefinir as estratégias de intervenção, caso necessário Sistematizar e reforçar conteúdos abordados	- Sistematização dos conhecimentos - Reforço de assuntos menos consolidados - Avaliação Intermédia do programa	Presencial
8	Crise	- Prevenir situações de crise - Capacitar para lidar com a crise	- Sinais e sintomas de crise - O que fazer na crise - Estratégias para lidar em situações de crise - Como evitar recaídas - Lidar com ideias de morte/ideação suicida	Presencial E-learning no Grupo Experimental
9	Grupo de auto-ajuda	- Criar um grupo de auto-ajuda com os participantes	- O que são - Objetivos e funcionamento - O que posso obter participando em grupos de auto ajuda.	Presencial E-learning no Grupo Experimental
10	Envolvimento familiar/social	- Identificar estruturas de suporte - Criar, restabelecer ou melhorar suporte social e familiar	- Importância do envolvimento familiar e social - Identificação de redes de apoio/pessoas significativas - Recurso a redes de apoio/pessoas significativas - Dinâmicas relacionais e gestão de conflitos	Presencial
11	Promoção saúde mental	- Promover a saúde mental dos indivíduos - Melhorar a vivência face á doença	- Indivíduo como agente da sua saúde mental - Estratégias para manter uma boa saúde mental	Presencial E-learning no

			- Estigma associada á depressão - Preparar o futuro com Saúde Mental	Grupo Experimental
1 2	Sessão Final	- Preencher o pós-teste - Avaliar a intervenção realizada	- Encerramento do Programa - Preenchimento do instrumento colheita dados e questionário de satisfação	Presencial

## PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Por forma a garantir que em todas as etapas do processo de investigação sejam garantidos os aspetos de natureza ética, caberá ao investigador, a obrigação de assegurar que todos os doentes envolvidos no estudo recebam a informação necessária e adequada para efetuarem o seu consentimento escrito, não só à participação no estudo mas também a intervenção psicoeducativa a realizar. Caberá também ao investigador assegurar a confidencialidade dos dados recolhidos bem como o direito à privacidade e intimidade do doente. Os doentes que compõem o grupo experimental terão acesso á plataforma moddle. Para tal ser-lhes-á atribuído uma senha de entrada e uma palavra passe. Apenas terão acesso á plataforma os investigadores e os elementos do grupo experimental por forma a ser assegurada a confidencialidade dos dados.

Deverá ainda ser garantido e reforçada que a participação no estudo terá sempre um carácter voluntário, tendo o doente a qualquer momento a possibilidade de poder abandonar o mesmo.

Um outro requisito importante para se cumprirem os procedimentos formais e éticos, será a realização dos pedidos de autorização, um aos autores da validação da escala para a população portuguesa para o uso da mesma e um outro à administração do Centro Hospitalar Leiria Pombal. para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

O preenchimento do instrumento de colheita de dados ocorrerá na presença dos investigadores, por forma a que exista a possibilidade dos doentes esclarecerem eventuais dúvidas.

O investigador deverá ainda nortear o seu exercício profissional de acordo com aquilo que são as boas práticas profissionais e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos regulamentadores da sua profissão. Terá que ter ainda presente as características da

população alvo do estudo, que atendendo às suas características, fragilidades e vulnerabilidades devem ser protegidas.

### **PREVISÃO E TRATAMENTO DE DADOS**

A análise estatística dos dados e respetiva interpretação ocorrerá posteriormente à colheita de dados. O tratamento de dados será realizado através da utilização do software de análise estatística Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na sua versão 18, de acordo com as variáveis definidas para o estudo. Irá ainda recorrer-se à utilização do software informático Microsoft Excel para a realização de gráficos e o Microsoft Word para a realização de tabelas e edição de texto.

Para a realização da análise exploratória dos dados irá ser utilizada a análise descritiva recorrendo-se a frequências absolutas e relativas, a medidas de tendência central e a medidas de dispersão com vista à melhor caracterização da amostra (MAROCO, 2007).

Já no que se refere à análise inferencial, esta terá como objetivo efetuar a comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no que se refere aos dois momentos de avaliação realizados, tendo em vista o teste das hipóteses levantadas (MAROCO, 2007). Para comparação das amostras emparelhadas utilizamos t Studente ou Wilcoxon dependendo se a variável for ou não normal respetivamente. Quando se vai comparar as amostras independentes utilizamos t Student ou Mann-Whitneys dependendo se a variável for ou não normal respetivamente.

No que se refere, às condições de aplicação do teste “t de Student” estas serão verificadas, nomeadamente a distribuição normal e homogeneidade de variâncias. Assim, para verificar a normalidade da variável quantitativa será realizado o teste Shapiro-Wilk, se  $n \leq 30$  ou o teste Kolmogorv – Smirnov se  $n > 30$  (MAROCO, 2007). Para a verificação da homogeneidade das variâncias será realizado o teste de Levene.

Após a análise realizar-se-á a interpretação dos dados e no final irá ser produzido o relatório final do estudo e posteriormente um artigo científico para publicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2004) **Será depressão ou simplesmente tristeza...?**. 1ª ed. Cascais: Principia.
- Alemida, M., Ribeiro, J. (2011). **Empowerment em adultos na comunidade:** estudo preliminar da adaptação de uma escala para a realidade portuguesa. In Congresso Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir.
- American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR**. Trad. José Nunes de Almeida. 4ª ed. Lisboa: Climepsi, 2002.
- Andrade, A. (1999) - **A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar**. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Volume 26, Nº 6.
- Blackmore, C., Tantam, D., & Deurzen, E. (2008). **Evaluation of e-learning outcomes: experience from an online psychotherapy education programme**. *Open Learning*, v23 n3 p185-201.
- Burda, P., Starkey, T., Dominguez, F., & Tremont, M. (2000). **Computer-assisted psychoeducation of psychiatric inpatients**. *Computers & Education*. [Volume 25, Issue 3](#), 133–137.
- Cação, R., & Diass, P. (2003)– **Introdução ao E-Learning**. 1ª ed. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação Consultadoria Empresarial e Fomento da Inovação.
- Colom F & Vieta E. (2004) **Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando**
- Coyle, D., Doherty, G., Matthews, M., & Sharry, J. (2007) **Computers in talk-based mental health interventions**. *Interacting with Computers* 19 (2007) 545–562
- Donker, T., Griffiths, K., Cuijpers, P., & Christensen, H (2009). **Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis**. *MC Medicine* 2009, 7:79. Acedido em 12 de maio de 2012 em <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/79>
- Dunbar, S., Reilly, C., Mccarty, F., & Culler, S. (2009) **Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Resource Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients**. *Pace*, Vol. 32 , 1259-1271

Eker, F., & Harkin S.(2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. J Affect Disord. Volume;138(3):409-16.

Eker, F., & Harkin, S. (2012) **Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder.** Journal of Affective Disorders. Vol. 138 Issue 3, p409-416.

**estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (Supl III):47-50.

Garrido, N. (2010). Depressão mata 1200 pessoas por ano em Portugal. *Público*. Acedido a 23 de maio de 2012 em <http://www.publico.pt/Sociedade/depressao-mata-1200-pessoas-por-ano-em-portugal-1458934>

Gil, H. (2009) - **e-Learning versus b-Learning?! Qual a melhor opção?...** In: XI Simpósio Internacional de Informática educativa. Coimbra, 18 a 20 de Novembro. Poster.

Griffiths, E., & Smith, D. (2010). **Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder.** *Mental Health Practice, Vol 13 Number 9*, p. 22-24.

Honey, K., Bennett, P., & Morgan, M. (2004) **A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression.** *British Journal of Clinical Psychology* (2002), 41, 405–409.

Lin, M., Moyle, W., Chang, h., Chou, M., & Hsu, M. (2008). **Effect of an interactive computerized psycho-education system on patients suffering from depression,** *Journal of Clinical Nursing* 17, 667–676

Loureiro, A. (2006). **Aprendizagem Híbrida: b-Learning - da sala de aula ao ciberespaço.** Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Maroco, João (2007)– **Análise Estatística: Com utilização do SPSS.** 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Menezes, S., & Souza, M. (2011) - **Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial.** *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo.* Nº 5(4), p. 996-1001.

- Morais, N. (2006). **Ambiente virtual de aprendizagem num contexto de b-Learning**. Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Nascimento, J. (2011) – **Sistemas de Informação na Saúde**. Lisboa: Edições Sílabo.
- Penafiel, A. (2009o). **The effects of psychoeducational treatment: a study of depression on individuals with traumatic-acquired disability**. Doctoral dissertation, Alliant International University, Fresno. Acedido a 20 de maio de 2012 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036013159500047X>.
- Powell, V. (2008) – **Terapia cognitivo-comportamental da depressão**. *Revista Brasileira Psiquiatria*. Vol.II, nº 30 p.73-80.
- [Queiros, C.](#), [Sousa, S.](#), & [Marques, A.J.](#) (2011). **A B-Learning course to reduced self-stigma in schizophrenia: preparing individuals to active life**. *European Psychiatry*; Supplement 1, Vol. 26, p1485-1485.
- Ribeiro, J. (1999) – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. (2007) – **Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em inglês**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Seedat, S., Haskis, A., & Stein, D. (2008). **Benefits of consumer psychoeducation: a pilot program in South Africa**. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Volume 38(1): 31-42.
- Smith, D. (2010). **Web-based psychoeducation for bipolar disorder**. *European Psychiatry*; Jan2010 Supplement 1, Vol. 25, p20-20. Acedido a 21 de maio de 2012 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933810700201>
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001)– **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática**. Trad. Dayse Batista. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. (20011) – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 6ª ed. Lisboa : Lusociência.

União Europeia (2005) – **Livro Verde – Melhorar a Saúde Mental da População: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: Comunidade Europeia

World Health Organization Europe (2008) - **European pact for Mental Health and Well-being** Brussels: WHOE. [Consult. 20 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <[ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/.../pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/.../pact_en.pdf)>

## ANEXOS X

Promover a saúde mental em enfermeiros: uma intervenção em grupo

## **Promover a saúde mental em enfermeiros: uma intervenção em grupo**

**Autores: Daniel Carvalho\* & Marina Pereira\*\***

\* Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Centro Hospitalar Leiria, EPE, drscarvalho@gmail.com

\*\* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ACES Pinhal Litoral – Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio (Leiria), mhperreira@outlook.pt

**Resumo:** O trabalho traz benefícios para a saúde física e mental do trabalhador (OMS, 2008). Uma boa saúde mental melhora a produtividade e o desempenho. A OMS (2008) defende o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção da saúde mental e bem-estar do trabalhador visando a criação de ambientes de trabalho propício para o bem-estar, prevenção do stresse e identificação de fatores de risco no local de trabalho (Hassard & Meyer, 2011). Os objetivos do estudo foram avaliar o impacto da intervenção ao nível da saúde mental e satisfação face ao trabalho de um grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde primários. Foram realizadas cinco intervenções em grupo com 120 minutos cada. Realizou-se um questionário antes e após a intervenção. Participaram nove enfermeiras, com uma média de 39 anos e 15 de serviço, todas com contrato trabalho sem termo. Após a intervenção houve uma melhoria da saúde mental em seis das participantes, duas mantiveram e uma diminuiu. Já na satisfação face ao trabalho, uma das participantes passou de satisfeita para muito satisfeita, todas as outras mantiveram a sua satisfação. A intervenção contribuiu para a melhoria da saúde mental da maioria dos participantes, tendo sido considerada por estes, importante no que toca á melhoria das relações interpessoais, gestão do stresse e expressão de emoções/sentimentos. Já no que se refere á satisfação face ao trabalho esta permitiu na sua grande maioria manter o seu grau de satisfação

**Palavras-Chave:** Enfermeiros; Promoção da Saúde; Psicoterapia de Grupo; Saúde Mental

## **Promover la salud mental en las enfermeras: una intervención grupal**

**Resumen:** El trabajo trae beneficios a la integridad física y mental de los trabajadores de la salud (OMS , 2008 ) . La buena salud mental y el bienestar mejora la productividad y el rendimiento. OMS ( 2008 ) aboga por el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental y el bienestar de los trabajadores con el fin de crear un ambiente de trabajo propicio para el bienestar , la prevención del estrés y la identificación de factores de riesgo en el lugar de trabajo (Hassard & Meyer, 2011 ) . Los objetivos del estudio fueron evaluar el impacto de la intervención en el nivel de la salud mental y la satisfacción con el trabajo de un grupo de enfermeras en la atención primaria de salud. La intervención consistió en intervenciones grupales ( cinco) con 120 minutos cada uno. Se realizó un cuestionario antes y después de la intervención . Nueve enfermeras participaron , con un promedio de 15 y 39 años de servicio , todos con contrato de trabajo indefinido. Después de la intervención , hubo una mejoría en la puntuación de MHI en seis de los participantes , dos disminuyeron y una la mantuvo . Con respecto a la satisfacción hacia el trabajo , no había cambio en uno de los participantes , de satisfecho a muy satisfecho , todo otro permaneció como satisfecho ( 6 ) o muy satisfechos ( 2 ) . La intervención ha contribuido a mejorar la salud mental de la mayoría de los participantes , después de haber sido considerado por ellos como importante cuando se trata de la mejora de las relaciones interpersonales , manejo del estrés y la expresión de las emociones / sentimientos . En lo que se refiere a la satisfacción con el trabajo que ha permitido que esta mayoría a mantener su satisfacción.

**Descriptores:** Enfermeros; Promoción de la Salud; Psicoterapia de Grupo; Salud Mental

## **Promoting mental health to nurses: a group intervention**

Abstract: The work brings benefits to physical and mental health worker, good mental health and wellbeing improves productivity and performance (WHO 2008), advocates the development of programs for the promotion and prevention of mental health and well - being of workers in order to create work environments conducive to the well-being, stress prevention and identification of risk factors in the workplace (Hassard & Meyer, 2011). The study objectives were to evaluate the impact of intervention on the level of mental health and satisfaction with the work of a group of nurses in primary health care. The intervention consisted of five group interventions with 120 minutes each . We conducted a questionnaire before and after the intervention. Nine nurses participated with an average of 15 and 39 years of service, all with indefinite employment contract. After the intervention, there was an improvement in the MHI score in six of the participants, two decreased and one remained. With regard to the satisfaction towards work, there was change in one of the participants, from satisfied to very satisfied , all other remained as satisfied ( 6 ) or very satisfied ( 2 ) . The intervention has contributed to improving the mental health of the majority of participants, having been considered by them as important when it comes to improved interpersonal relationships, stress management and expression of emotions / feelings . In what refers to the satisfaction towards work has enabled this mostly keep your satisfaction .

**Keywords:** Nurses; Health Promotion; Psychotherapy Group; Mental Health

## Introdução

O trabalho traz benefícios para a saúde física e mental, sendo que uma boa saúde mental e o bem-estar do trabalhador permite melhorar a produtividade e o desempenho (Organização Mundial de Saúde, 2008). As mudanças ao nível do ritmo, natureza e exigências laborais afetam a saúde mental e o bem-estar das pessoas com consequências não só para o trabalhador como para a própria empresa, levando ao aparecimento/agravamento de doenças mentais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012).

A enfermagem segundo Stacciarini e Tróccoli (2001) é a quarta profissão com mais *stress* no sector público, com grande susceptibilidade para desenvolver fadiga. Esse stress está relacionado com a intensa carga emocional decorrente da relação enfermeiro/doente, bem como das variadíssimas responsabilidades atribuídas (Guimarães e Grubits, 2007). É frequente o aparecimento nos enfermeiros de ansiedade, depressão, angústia sentimentos de impotência profissional com repercussões na saúde mental do enfermeiro e na qualidade dos cuidados por si prestados (Felix, Jorge, Neto & Oliveira, 2009). Um estudo realizado por Arsalani, Fallahi-Khoshknab, Josephson & Lagerstrom (2012) introduz que as condições de trabalho e a situação familiar do enfermeiro têm influência na sua saúde mental.

Além disso cuidar do outro exige que o próprio enfermeiro possua uma Saúde Mental que lhe permita ter condições para poder desempenhar de forma competente e capaz os seus cuidados, até porque este recorre muitas vezes a si próprio como um instrumento terapêutico na relação estabelece com o seu alvo de cuidados (Florentim, 2009). Reveste-se assim de extrema importância o desenvolvimento por parte do enfermeiro de estratégias pessoais que lhe permitam cuidar de si próprio (Mundt & Klafke, 2008), bem como o uso de estratégias de resolução de problemas para lidar com o stress, abordando a fonte externa do stress com benefícios para a sua saúde mental (Chang et al, 2007).

A OMS (2008) defende a adoção de medidas, que podem passar pela implementação de programas de promoção e prevenção da saúde mental e do bem-estar do trabalhador. Estas visam criar um ambiente de trabalho que ofereça aos trabalhadores uma melhor

saúde mental, previnam o stresse, criem um ambiente de apoio, identifiquem fatores de risco no local de trabalho e estratégias de gestão do stresse a fim de desenvolver um ambiente propício para o bem-estar dos trabalhadores (Hassard & Meyer, 2011).

As medidas a adotar para promover a saúde mental e prevenir o stress no trabalho segundo Jane-Llopis, Katschniong, McDaid & Wahlbeck (2007) devem possuir estas características: identificação de fatores de risco no local de trabalho, uso de medidas organizacionais para reduzir os riscos identificados, desenvolvimento de uma cultura de trabalho/ambiente propício para a saúde e bem-estar, horário de trabalho flexível e suporte para os desafios da vida diária, utilização de programas de bem-estar multi-componentes, formação sobre questões de saúde mental para os gestores e funcionários, identificação precoce de stress, gestão dos cuidados e aconselhamento psicológico gratuito.

Buys, Sun & Wang (2013) realizaram durante trinta meses em nove empresas privadas um programa de melhoria da saúde mental com vista aumentar as capacidades de trabalho e a produtividade dos trabalhadores. A intervenção envolveu intervenções ao nível das políticas de apoio a um ambiente laboral saudável, intervenções psicossociais para promoção da saúde mental, prestação de cuidados de saúde para pessoas com patologia mental e intervenções psicoeducativas ao nível de estratégias para lidar com o stress e aumento da resiliência. Os resultados obtidos sugerem que a aplicação do programa contribuiu para melhorar a capacidade dos participantes para o trabalho e para a capacidade de controle sobre o seu trabalho em particular para atender às exigências mentais do mesmo. Verificou-se ainda uma redução dos níveis de stresse e do absentismo provocado por depressão.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de investigação quase experimental do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo (Fortin, 2003), sendo feita uma análise descritiva e comparativa dos resultados obtidos, antes e após a intervenção realizada pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário, aplicado antes e após a intervenção, constituído por dados sociodemográficos, Inventário de Saúde Mental (MHI), avaliação da satisfação com o trabalho (escala de Likert) e no caso do pós teste incluía ainda questões abertas sobre mais-valias pessoais e profissionais pela participação na intervenção e sobre as temáticas incluídas e/ou a incluir. A autorização formal para a utilização dos questionários foi pedida e concedida por meio de correio eletrónico pelo autor principal que mantém os direitos autorais do instrumento. A participação da amostra foi voluntária sendo assim respeitados os princípios éticos.

A intervenção consistiu na realização de cinco sessões de terapia de grupo de base psicoterapêutica e psicoeducativa, desenvolvidas semanalmente, durante uma hora e trinta minutos. Para cada sessão foram desenvolvidas antecipadamente várias intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental adequadas ao grupo, sendo os temas abordados os seguintes: “Eu e o trabalho”, “Promover a saúde mental no trabalho”, “Trabalho em equipa e gestão de conflitos”, “Stresse no trabalho” e “Emoções e o trabalho”. A amostra é considerada não probabilística de conveniência (Fortin, 2003). Tendo sido constituída por 9 enfermeiros que participaram assiduamente nas sessões de grupo.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi efetuado informaticamente, com recurso ao programa *Statistic Package for the Social Sciences*, versão 14.0 para Windows XP, sendo utilizada a estatística descritiva, cujas medidas utilizadas foram: a média (M), desvio padrão (DP), valor mínimo (Xmin), valor máximo (Xmax) e valor absoluto (N).

## **Resultados**

Participaram na intervenção realizada nove enfermeiros, do sexo feminino, com uma média de 39 anos de idade e 15 anos de serviço, todas com contrato de trabalho sem termo.

Após a intervenção realizada seis das participantes apresentaram uma melhoria do score do MHI, duas mantiveram e apenas uma diminuiu (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparação do nível de saúde mental por participante antes e após a intervenção

Participante	MHI antes intervenção	MHI após a intervenção	Diferença
Enfermeira 1	68,00	68,00	0
Enfermeira 2	52,00	52,00	0
Enfermeira 3	32,00	40,00	8,00
Enfermeira 4	76,00	88,00	12,00
Enfermeira 5	76,00	88,00	12,00
Enfermeira 6	36,00	48,00	12,00
Enfermeira 7	52,00	56,00	4,00
Enfermeira 8	56,00	48,00	-8,00
Enfermeira 9	44,00	72,00	28,00

No quadro 2 é possível verificar que face ao nível de saúde mental os enfermeiros (N=9) apresentavam antes da intervenção uma M=52 (DP=16,1), com um Xmin de 32 e um Xmax de 76. Após a intervenção os enfermeiros apresentavam M=56 (DP=17,6) registando-se um aumento do Xmin para 40 e do Xmax para 88.

Ao nível das sub-escalas verificou-se um aumento dos valores médios á exceção dos laços emocionais em que os valores se mantiveram. Também foi esta subescala a única a registar uma manutenção dos seus valores mínimos pois já no que concerne aos valores máximos assistiu-se a um aumento dos mesmos após a intervenção realizada. Globalmente assistiu-se a uma melhoria dos scores após a realização da intervenção.

Quadro 2 - Comparação do nível de saúde mental nas suas diferentes sub-escalas antes e após a intervenção

		N	M	DP	Xmin	Xmax
A	MHI	9	52	16,1	32	76
N	Afeto Positivo	9	39	8,1	32	54
T	Laços emocionais	9	12	2,8	8	17
E	Perda do controlo emocional/comportamental	9	39	6,8	31	51
S						

	Ansiedade	9	38	8,2	27	51
	Depressão	9	20	2,5	17	25
A	MHI	9	56	17,6	40	88
P	Afeto Positivo	9	41	8,4	35	57
Ó	Laços emocionais	9	12	3,2	8	18
S	Perda do controlo emocional/comportamental	9	41	6	34	52
	Ansiedade	9	45	6,6	35	54
	Depressão	9	22	2,6	20	27

Relativamente á satisfação face ao seu trabalho (Quadro 3), apenas se verificou alteração da satisfação em uma das participantes, que passou de satisfeita para muito satisfeita, todas as outras mantiveram-se como satisfeitas (6) ou muito satisfeitas (2).

Quadro 3 - Caracterização da amostra quanto ao nível de satisfação face ao trabalho dos participantes antes e após a intervenção em grupo (N=9)

<b>Participante</b>	<b>Satisfação face ao trabalho antes intervenção</b>	<b>Satisfação face ao trabalho após a intervenção</b>
Enfermeira 1	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 2	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 3	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 4	Muito Satisfeita	Muito Satisfeita
Enfermeira 5	Satisfeita	Muito Satisfeita
Enfermeira 6	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 7	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 8	Satisfeita	Satisfeita
Enfermeira 9	Muito Satisfeita	Muito Satisfeita

## Discussão

A melhoria apresentada ao nível da saúde mental pela generalidade das participantes da intervenção vai de encontro aos trabalhos desenvolvidos por Kaneyoshi, Kawakami & Kobayashi (2008) que usando uma checklist de acção de saúde mental para a melhoria do ambiente de trabalho conseguiram promover a saúde mental dos trabalhadores do sexo feminino participantes no estudo.

Já no que se refere aos resultados ao nível das sub-escalas verificou-se uma melhoria média ao nível dos afetos positivos, controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Na intervenção realizada por Buys et al (2013) conseguiram durante o período da intervenção reduzir o número de baixas médicas por depressão o que poderá indicar uma melhoria da sintomatologia depressiva dos trabalhadores, o que vai de encontro ao resultados obtido nesta subescala. Apenas na sub-escala laços emocionais se registou uma manutenção dos seus valores médios. Este aspeto é contudo divergente da perceção das participantes sobre a intervenção uma vez que referem que esta serviu para reforçar os laços emocionais no trabalho bem como conseguiram melhorar a sua gestão emocional.

Relativamente á satisfação apenas se verificou alteração da satisfação em uma das participantes, que passou de satisfeita para muito satisfeita, todas as outras mantiveram o seu grau de satisfação. Esta pequena oscilação não será indiferente pelo facto de á partida para a intervenção as enfermeiras se pontuarem nos dois níveis mais elevados da escala de liker utilizada, o que torna difícil grandes oscilações. Além do mais toda a intervenção foi direcionada para a promoção da saúde mental e nos vários trabalhos consultados nenhum estabelece uma relação entre a satisfação profissional e saúde mental do trabalhador.

Realizando uma análise da intervenção esta procurou responder ás característica defendidas por Jane-Llopis, et al (2007) Com a sessão “Eu e o trabalho”, procurou-se identificação de fatores de risco no local de trabalho e identificar medidas organizacionais a adotar para os reduzir. Na sessão “Promover a saúde mental no trabalho”, procurou-se trabalhar as questões relacionadas com a promoção da saúde mental, o aumento da resiliência para os desafios diários e desenvolver uma cultura de

trabalho/ambiente propício para a saúde e bem-estar algo muito abordado na sessão seguinte sobre o “Trabalho em equipa e gestão de conflitos”. Nas duas últimas sessões intituladas “Stresse no trabalho” e “Emoções e o trabalho” procurou-se identificar precocemente situações de stresse e emocionalmente geradoras de tensão em contexto laboral, trabalhou-se estratégias para lidar com o stresse e com as emoções e estratégias de resolução de problemas.

No que se refere à avaliação realizada pelas participantes estas ficaram satisfeitas com a intervenção realizada, com a forma como decorreram as sessões, com as temáticas abordadas e as dinâmicas de grupo utilizadas. As participantes ficaram com a perceção que a intervenção contribuiu para a promoção da sua saúde mental e bem-estar e para a melhoria da satisfação profissional. A intervenção foi considerada muito importante no que toca á melhoria das relações interpessoais, gestão do stress e expressão de emoções e sentimentos. Já no que se refere às mais-valias geradas pela participação na intervenção para o seu trabalho, foi referido como importante para a melhoria do autocontrolo do stresse e das emoções e para o desenvolvimento estratégias para uso nos diferentes contextos abordados na intervenção. Foi unânime que esta contribui ainda para uma melhoria do cuidar dos seus utentes, pois a melhoria da sua saúde mental contribuiu para o aumento da sua disponibilidade para o cuidar, indo de encontro ao definido por Florentim (2009). Estas referiram ainda que sentiam necessidade de terem sido abordadas questões relacionadas com o autocontrolo da ansiedade, embora nesta subescala se tenha registado uma melhoria, o desenvolvimento da motivação laboral além de referirem que gostariam de terem visto mais aprofundadas as questões relacionadas com comunicação e gestão de conflitos dentro da equipa, questão esta muito relacionada com o período que a equipa de enfermagem se encontrava a atravessar. O desempenho dos terapeutas foi considerado como muito satisfatório o que contribuiu na opinião destas para o sucesso da intervenção

A nível nacional não foram encontrados estudos com a metodologia usada nesta intervenção, apenas encontramos dois estudos internacionais realizados por Buys et al (2013) e um outro por Kaneyoshi, A. et al(2008). Em nenhum deles os trabalhadores eram enfermeiros. O subsídio do trabalho realizado por estes investigadores e a reflexão realizada por terapeutas e participantes levam-nos a sugerir que em futuras intervenções se possam alargar o número de sessões com a introdução de novas temáticas como o auto controlo da ansiedade, motivação laboral e a resiliência, o alargamento da

intervenção a um nível organizacional procurando a definição e criação de políticas de apoio a um ambiente laboral mais saudável e promotor de saúde mental e o desenvolvimento de programas/atividades de bem-estar multi-componentes.

### **Conclusões**

A intervenção contribuiu para a melhoria da saúde mental da maioria dos participantes, tendo sido considerada por estes como importante no que toca à melhoria das relações interpessoais, gestão do stress e expressão de emoções/ sentimentos.

Já no que se refere à satisfação face ao trabalho a intervenção permitiu aos participantes na sua maioria manter o seu grau de satisfação. Os participantes referiram como mais-valias geradas pela sua participação para o seu trabalho, a melhoria do autocontrolo e das estratégias a utilizar em situações de stresse e no controlo das emoções. Na avaliação final da intervenção foi referindo de uma forma unânime que a perceção com que ficaram é que esta contribui também para uma melhoria do cuidar aos seus utentes.

Os resultados obtidos não permitem efetuar uma generalização dos resultados para a população atendendo ao tamanho da amostra, no entanto permitem dar algumas indicações para futuros estudos a realizar com a mesma metodologia e dentro da mesma temática. Além desta fragilidade podemos considerar também como tal a inexistência de um grupo de controlo e a curta duração da intervenção. Seria ainda interessante alargar este tipo de intervenção a outros grupos profissionais e comparar com os resultados obtidos.

O alargamento da duração da intervenção e conseqüentemente do número de sessões permitiria a introdução de novas temáticas como a resiliência, o alargamento da intervenção a um nível organizacional procurando a definição e criação de políticas de apoio a um ambiente laboral mais saudável e promotor de saúde mental e bem estar e o desenvolvimento de programas/atividades de bem-estar multi-componentes. Os participantes sugeriram a inclusão de temáticas como o autocontrolo da ansiedade, o aprofundamento da comunicação e gestão de conflitos dentro da equipa e o desenvolvimento da motivação laboral.

## Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, (2012). *Promoção da saúde mental no local de trabalho: Resumo de um relatório de boas práticas*. [Adobe Digital Editions version]
- Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Josephson M. & Lagerstrom M. (2012) Iranian nursing staff's self-reported general and mental health related to working conditions and family situation. *International Nursing Review*, 59, 416-423.
- Chang E., Bidewell J., Huntington A., Daly J., Johnson A., Wilson H., Lambert V., & Lambert C. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-62.
- Florentim, R. (2009). O Enfermeiro na Assistência Psiquiátrica. *Jornal Já Agora* (69).
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Guimarães, L e Grubits, S. (2007). *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Hassard, J. & Meyer, S.. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Jane-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2007) *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Kaneyoshi, A. Kawakami, N & Kobayashi, Y. (2008). Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 50(6), 455-470.
- Mundt, S. & Klafke, T. (2008). Processo Saúde-Doença no Contexto de Trabalho em Saúde: Percepções dos Técnicos de Enfermagem de um Ambulatório Hospitalar. *UNISC Online*, 29.

Félix, R., E. Jorge, M., Neto, F. & Oliveira. (2009) – Concepciones, Conocimientos e Practicas de los Enfermeros al Cuidado de los Sujetos com Diagnostico de Depresión. *Revista de Investigación en Enfermería* (16).

Organização Mundial de Saúde, (2008).*Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar*. [Adobe Digital Editions version]

Stacciarini, J e Tróccoli, B (2001) – O Stress na Actividade Ocupacional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2).

Buys, N., Sun, J., & Wang, X (2013). Effectiveness of a workplace based intervention programe to promote Mental Health among employees in privately Owned Enterprises in China. *Population Health Management*

## ANEXOS XI

Questionário para diagnóstico de Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde  
Arnaldo Sampaio

## Instrumento de Colheita de Dados

Caro colega, o presente questionário insere-se numa das atividades previstas e previamente planeadas a realizar no decorrer do Ensino Clínico I do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com objetivo estudar a Saúde Mental no Local de Trabalho dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta e sensata possível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigado pela sua colaboração

Idade: \_\_\_\_\_ Anos de Serviço Completos: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Masculino; \_\_\_ Feminino

Tipo de Vínculo: \_\_\_\_\_

	0	1-2	3-4	5-6	+6
<b>Quantas horas de atividade física realiza por semana</b>					

	Sim	Não	Qual
<b>Possui formação especializada na área da saúde mental e psiquiatria</b>			
<b>Possui formação pós-graduada na área da saúde mental e psiquiatria</b>			
<b>Já participou em algumas jornadas cuja temática principal fosse na área da saúde mental e psiquiatria</b>			
<b>Já participou em cursos de curta duração ou formações em serviço na área da saúde mental e psiquiatria</b>			

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<b>Em que medida se encontra satisfeito com o seu trabalho</b>					

## Inventário de Saúde Mental

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?					
Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?					
Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?				
Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

~

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?					
Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso

15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---------------------------------------------------------------	------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?				
Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?					
Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?					
Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?					
Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXOS XII

Plano da intervenção “*Se eu não cuidar de mim quem cuidará?*”

Título: Intervenção com cuidadores informais

Local: Sala de reuniões do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio

Data: 2, 11 e 18/06

Duração: 90` (3 sessões)

Grupo(s) Alvo: Grupo de cuidadoras informais

Tipo de Atividade: Psicoeducação, Socioterapêutica

Diagnósticos de Enfermagem: Stress do prestador de cuidados em grau moderado para a sobrecarga objetiva; Stress do prestador de cuidados em grau reduzido para a sobrecarga subjetiva; Bem-estar psicológico em grau elevado; Coping ineficaz em grau moderado; Iniciativa para solicitar ajuda em grau moderado

Objetivos: Diminuir o stress do prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva; Diminuir o stress do prestador de cuidados para a sobrecarga subjetiva; Aumentar o Bem-estar psicológico; Tornar o coping mais eficaz; Aumentar a iniciativa para solicitar ajuda;

Sessão/ Tema	Conteúdos	Atividades	Recursos	Avaliação
1ª Sessão Tomar conta de si próprio	Apresentação Quebra-gelo	Realizado a Dinâmica da Teia, em que com um rolo de lã os elementos vão passando de mão em mau tecendo uma teia, á	Novelo de lã, questionários, Sala de reuniões, computador e projetor.	Realização de um pré-teste antes do início da intervenção

	<p>Emoções e sentimentos vivenciados pelo cuidador</p> <p>PPT Tomar conta de si próprio</p> <p>Avaliação da sessão</p>	<p>medida que se apresentam Nessa teia foram ainda pendurados por cada cuidador três cartões que correspondiam cada um á resposta a cada uma das seguintes perguntas: O que representa para si ser cuidadora? Um aspeto positivo e outro negativo de ser cuidadora? Que sentimentos desperta em si ser cuidadores</p> <p>Abordados os seguintes conteúdos tendo sempre como preocupação partilha de experiências e vivências: Ser cuidador, Adaptar-se a cuidar de alguém, Tomar consta da sua saúde e bem estar e manter ou reconstruir a relação familiar</p>	<p>Realização de um pós-teste após um mês de ter terminado a intervenção</p> <p>Recolhas de opiniões dos participantes da forma como decorreram as diferentes sessões.</p>
<p>2ª Sessão</p> <p>Gestão do Stress</p>	<p>Resumo da sessão anterior</p>		<p>Sala de reuniões, quadro, marcadores,</p>

	<p>O que é o stress</p> <p>Doenças causadas pelo Stress?</p> <p>O que me causa stress?</p> <p>O stress do cuidador?</p> <p>Stress e dinâmica familiar?</p> <p>Estratégias para prevenir e lidar com o stress?</p> <p>Quem pode ajudar a lidar com o stress?</p> <p>Avaliação da sessão</p>	<p>Construção de um esquema no quadro sobre os aspetos discutidos (ver fotos em anexo), através de um Brightstrom completada com conteúdos teóricos</p> <p>Preenchimento do instrumento de apoio “Lidar com o Stress”</p> <p>Identificação das estratégias mais utilizadas por cada cuidador para gerir o stress provocado por cuidar do outro.</p> <p>O cuidador vai ter de entre a lista das estratégias disponibilizadas escolher as que podem ser utilizadas pelo outro cuidador numa das situações que identificou como geradora de stress.</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>3ª Sessão</p> <p>Satisfação e estratégias de coping</p>	<p>Resumo da sessão anterior</p> <p>Satisfação do cuidador</p> <p>Estratégias de coping</p> <p>Avaliação da sessão</p> <p>Avaliação preliminar da intervenção</p>	<p>Utilização de PPT, na qual vão sendo lançadas questões para discussão e onde são explorados os conteúdos referentes às estratégias de coping a utilizar.</p> <p>Preenchimento do CASI, análise e discussão de algumas das respostas.</p> <p>7 conselhos de como cuidar melhor de mim</p>		
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## **Resultados**

A intervenção foi realizada com três cuidadoras, com uma média de idades de sessenta anos, casadas, e que cuidam dos seus familiares em média há nove anos. As pessoas cuidadas têm uma média de idades de aproximadamente sessenta e quatro anos e vivem todas com o cuidador. Os graus de parentesco são diversos e vai desde marido, filho e sogro. Uma das cuidadoras não concluiu a intervenção. Verificou-se que na cuidadora A os valores de MHI5 subiram de 48 para 72, já na cuidadora B estes registaram um aumento de 72 para 76. Dos problemas familiares avaliados pelo FQP na Cuidadora A assistiu-se a um aumento do score nas dimensões sobrecarga objetiva (19 para 29), sobrecarga subjetiva 9 para 10), ajuda recebida (15 para 23), atitude positiva (8 para 12) e uma diminuição na dimensão criticismo (6 para 5). Na cuidadora B no mesmo instrumento assistiu-se apenas um aumento do score na dimensão ajuda recebida (18 para 27) e uma diminuição nas restantes dimensões, sobrecarga objetiva (27 para 18), sobrecarga subjetiva (7 para 6), atitude positiva (13 para 8) e uma diminuição na dimensão criticismo (11 para 5). Com base nestes scores foram então elaborados os juízo para cada diagnóstico de enfermagem e que constam da tabela seguinte.

FQP	Diagnóstico de Enfermagem CIPEB2	Cuidadora A		Cuidadora B	
		Juízo		Juízo	
		Antes da Intervenção		1 mês após	
Sobrecarga objetiva	Stresse do Prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grau moderado	Grau reduzido
Sobrecarga subjetiva	Stresse do Prestador de cuidados para a sobrecarga subjetiva	Grau Reduzido	Grau Reduzido	Grau reduzido	Grau reduzido
Ajuda recebida	Iniciativa para solicitar ajuda	Grau Moderado	Grau Elevado	Grau moderado	Grau elevado
Atitude positiva	Bem-estar psicológico	Grau Moderado	Grau Elevado	Grau elevado	Grau moderado
Criticismo	Coping Ineficaz	Grau Moderado	Grau Reduzido	Grau elevado	Grau reduzido

## **Reflexão Final**

Esta intervenção em grupo, teve a duração de três sessões com um tempo previsto de 90 minutos para cada. Foi realizado uma avaliação antes da intervenção usando um questionário produzido para o efeito e que se encontra em anexo. Irá depois ser realizada uma intervenção pós intervenção cerca de um mês depois do término da intervenção, isto é na segunda quinzena de agosto através de uma entrevista individual e passagem novamente do instrumento de colheita de dados.

Embora a maioria dos programas dirigidos a cuidadores informais tenham uma duração mais longa, começam a aparecer referências bibliográficas a programas mais curtos como é o caso de Silva (2009) que também possui apenas 3 sessões. Contudo esta era o meu objetivo, testar uma intervenção psicoeducativa em grupo com o número reduzido de intervenções para ganhar competências e experiência e tirar algumas lições que me pudessem ser úteis num futuro para aplicar modelos semelhantes em contexto de internamentos de agudos. Qualquer programa psicoeducativo a aplicar em contexto de internamento têm que levar em linha de conta que o tempo de internamento curto e o trabalho por turnos dos enfermeiros que não permite muitas oportunidades de intervenção.

Um outro objetivo desta intervenção foi direcionar a mesma não para capacitar os cuidadores a cuidarem melhor dos outros mas sim a cuidarem de si próprios e terem a capacidade de promoverem a sua saúde mental.

A intervenção foi realizada com três cuidadores, todos do sexo feminino e com uma média de idades de sessenta anos todas casadas. As pessoas cuidadas têm uma média de idades de aproximadamente 64 anos e vivem todas com o cuidador. Os graus de parentesco são diversos e vai desde marido, filho e sogro. Os cuidadores estão a cuidar dos seus familiares á uma média de nove anos. Uma das cuidadoras apenas participou na primeira sessão, o motivo das suas faltas esteve relacionado com o internamento do familiar que cuidava.

As sessões correram de acordo com aquilo que foi previamente planeado. Consegui em todas elas gerir de forma eficaz o tempo disponível. Senti confiança e consegui responder de uma forma positiva ás dúvidas e questões colocadas com a utente durante as sessões. Senti que esta atividade foi talvez aquela em que o meu desempenho foi

melhor, sentindo que estava a fazer as coisas com grande qualidade, conseguindo mobilizar conhecimentos e competências que fui desenvolvendo e adquirindo ao longo deste processo formativo.

A dinâmica de partilha e expressão de emoções sentimento e experiência criada do grupo foi bastante positiva. Senti que as utentes criaram uma boa relação de empatia e confiança entre elas e com os terapeutas, o que favoreceu o desenrolar das sessões.

Na primeira sessão havia inicialmente alguma tensão e receio que atribui ao fato de ser o primeiro contato. A dinâmica de apresentação realizada permitiu quebrar algum gelo e levou a alguma identificação das situações uma das outras criando assim alguma empatia. Durante a exposição dos conteúdos com o ppt e á medida que ia solicitando a colaboração das presentes para identificarem exemplos pessoas e experiências vivenciadas esse receio e alguma retração foi desaparecendo. No final a avaliação da sessão foi bastante positiva, todas referiram que a experiencia tinha sido positiva e interessante, sobretudo a cuidadora 3 mostrou-se este algo emotiva referindo que “tinha sido importante para ela falar de assuntos que habitualmente não falava com ninguém”(sic). Todas também foram unânimes a referir que a sessão tinha contribuído para as sensibilizar e despertar para a necessidade de cuidarem um pouco mais delas.

Na segunda sessão foi impressa uma dinâmica bastante grande. Ao utilizar como metodologia o quadro e a construção de um esquema sobre a temática abordada com os seus contributos, consegui obter por parte dos elementos uma participação bastante positiva e ativa. A cuidadora 1 centra muito o seu discurso na relação que possuía com o seu marido antes da sua situação de doença e da enorme frustração que sente de nunca ter sentido da sua parte um sinal de reconhecimento pela sua dedicação. A cuidadora 2 adota muitas vezes com estratégias o pouco envolvimento e a desvalorização dos seus problemas. Esta estratégia por vezes dificulta a sua vivência diária pois também têm dificuldade a sua resolução dos seus problemas. Procurei trabalhar com as utentes também estes aspetos mais particulares.

Na terceira sessão verifiquei uma ligeira mudança de comportamento e de atitude da cuidadora 2, mostrando-se mais disponível para a reflexão e mudança de comportamentos, em especial após a leitura do CASI. Este revelou-se um documento importante para o sucesso da sessão, pois acabou por conseguir com que as cuidadoras

identificassem fontes de satisfação que habitualmente desvalorizam. Importante também foi voltar a pegar nos catões que faziam parte de teia da primeira sessão, este momento permitiu fazer um balanço da intervenção mas também deu para as utentes concluir que a intervenção acabou por fazê-las pelo menos refletir e pensar sobre muitos aspetos que no dia-a-dia não o fazem, permitindo perceber muitos aspetos positivos ou da satisfação que tiram por serem cuidadoras de um familiar.

Após a colheita dos dados no segundo momento e análise efetuada será possível aferir se os objetivos foram cumpridos e os resultados das escalas avaliadas melhoram, isto é se a intervenção realizada trouxe ganhos para a saúde mental dos cuidadores.

Contudo a avaliação realizada na última sessão pelas duas cuidadoras foi extremamente positiva. Referem que se sentem “mais leves, que as sessões foram úteis e ajudam a ultrapassar os problemas”(sic, cuidador 1), “ajudou-me a ganhar forças e coragem para enfrentar os meus problemas e estar melhor comigo mesmo” (sic, cuidador 1) “aprendi muito, ouvir o outro ajuda, nem que seja para ver o que não fazer”(sic, cuidador 2). O mesmo cuidador refere ainda que o “tempo que aqui passamos estamos fora dos problemas”(sic). Ambas consideram o tempo bem empregue e caso houvesse mais sessões não se importariam de organizar o seu tempo de forma a participar, assim como não se importavam de aconselhar a intervenção a outras pessoas.

**Instrumento de Colheita de Dados**

Caro utente

Este questionário realiza-se no âmbito de uma intervenção em grupo dirigida composta por três sessões e dirigida a cuidadores informais a realizar no âmbito do Ensino Clínico I do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Este questionário têm por objetivo identificar o nível de saúde mental e os problemas dos cuidadores informais procurando também perceber a eficácia da intervenção.

O questionário é confidencial e voluntário, não existindo qualquer consequência deste facto. Se aceita preencher o questionário continue a ler, caso contrário entregue-o aos enfermeiros.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta e sensata possível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino;  Feminino

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteiro  Casado  Divorciado

Viúvo  União de facto

Idade da pessoa que cuida: \_\_\_\_\_

Diagnóstico da pessoas que cuida: \_\_\_\_\_

Á quanto tempo cuida dessa pessoas \_\_\_\_\_

Vive na mesma casa:  Sim  Não

Qual a sua relação com a pessoa que cuida: \_\_\_\_\_

## MHI5

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

2- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

3- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

4- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?					
Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

5- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

## QUESTIONÁRIO DE PROBLEMAS FAMILIARES (FPQ)

(Versão portuguesa: Miguel Xavier e J.M. Caldas de Almeida, 2002)

*Para algumas perguntas inclui-se a opção “7: não se aplica”, para o caso de a situação descrita na pergunta nunca ter ocorrido. Por favor use esta opção quando apropriada.*

<b>1) (3) Quando as coisas correm especialmente mal, posso pedir a outras pessoas (familiares ou amigos que não vivem connosco) para ajudar ou dar apoio à nossa família.</b>			
4 Não	3 Posso pedir a uma pessoa	2 Posso pedir a duas ou três pessoas	1 Posso pedir a mais do que três pessoas
<b>2) (4) Já recebi informação, fornecida por profissionais de saúde, acerca de como proceder quando a pessoa com doença crónica se porta mal ou de modo perigoso.</b>			
Nenhuma	3 Quase nenhuma	2 Alguma, mas não o suficiente	1 Bastante, sinto que sei o que fazer
<b>3) (5) Numa emergência envolvendo a pessoa com doença crónica, estou confiante que os meus familiares ou amigos me ajudarão.</b>			
4 Nada	3 Um pouco	2 Bastante confiante	1 Completamente
<b>4) (6) Numa emergência envolvendo a pessoa com doença crónica, estou confiante que serei imediatamente ajudado/a por profissionais</b>			
4 Nada	3 Um pouco	2 Bastante confiante	1 Completamente
<b>5) (9) Os médicos tomam conta da pessoa com doença crónica e ajudam-no/a</b>			
4 Muito	3 Bastante	2 Pouco	1 Nada
<b>6) (10) As enfermeiras tomam conta da pessoa com doença crónica e ajudam-no/a</b>			
4 Muito	3 Bastante	2 Pouco	1 Nada
<b>7) (14) Nos últimos dois meses, tive de ficar acordado/a ou de acordar durante a noite por causa dos problemas da pessoa com doença crónica</b>			
4 Todas as noites	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
<b>8) (15) Nos últimos dois meses, tive de negligenciar os meus passatempos e as coisas que gosto de fazer no meu tempo livre, para tomar conta da pessoa com doença crónica</b>			
4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca

9) (16) Nos últimos dois meses, tive dificuldade em sair nos fins-de-semana por causa desta situação				
7 Não se aplica, não costume sair nos Fins-de-semana	4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
10) (17) Nos últimos dois meses, tive dificuldade em receber amigos ou familiares em casa, por causa desta situação				
4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca	
11) (18) Nos últimos dois meses, não tenho visto amigos e pessoas com quem gosto de passar o meu tempo livre, por causa desta situação				
4 Aconteceu sempre	3 Aconteceu Muitas vezes	2 Aconteceu Algumas vezes	1 Nunca aconteceu	
12) (19) Nos últimos dois meses, por causa do estado em que se encontra a pessoa com doença crónica, tive dificuldade em levar a cabo o meu trabalho ou actividades domésticas habituais, ou vi-me obrigado a faltar ao trabalho ou às aulas				
4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca	
13) (20) Nos últimos dois meses, para tomar conta da pessoa com doença crónica, tive de negligenciar outros membros da família (por exemplo filhos, cônjuge, etc.)				
7 Não se aplica, não vive nenhum outro familiar connosco	4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
14) (21) No último ano, tive dificuldade em fazer férias, por causa desta situação				
7 Não se aplica, não costume fazer férias	4 Sim, foi impossível	3 Sim, tive muitas dificuldades	2 Sim, tive algumas dificuldades	1 Não, não tive qualquer dificuldade
15) (29) Nos últimos dois meses, senti que não seria capaz de suportar esta situação por mais tempo				
4 Todos os dias	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca	
16) (30) Nos últimos dois meses, quando estava sozinho/a, chorei ou senti-me deprimido/a por causa desta situação				
4 Todos os dias	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca	
17) (34) Preocupo-me com o futuro de outros membros da família, devido a esta situação				
4 Muito	3 Bastante	2 Um pouco	1 Nada	

18) (35) Nos últimos dois meses, quando ia a um local público com a pessoa com doença crónica (lojas, igreja, restaurantes, cinema, etc.), sentia que toda a gente nos estava a observar				
7 Não se aplica, nunca fui a um local público com a pessoa com perturbação mental grave	4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
19) (37) (só para os pais do doente) Sinto-me culpado porque acredito que eu ou o meu cônjuge podemos ter transmitido a doença a pessoa com doença crónica				
4 Muito culpado	3 Bastante culpado	2 Um pouco culpado	1 Nada culpado	
20) (38) Se a pessoa com doença crónica não tivesse este problema, tudo estaria bem com a nossa família				
4 Estou convencido disso	3 Penso isso com frequência	2 Às vezes penso isso	1 Nada penso isso	
21) (47) Quando penso como a pessoa com doença crónica era antes e como ele/ela é agora, sinto-me desapontado				
4 Muito	3 Bastante	2 Um pouco	1 Nada	
22) (48) Nos últimos dois meses, senti-me satisfeito com a maneira como a pessoa com doença crónica ajudou em casa				
7 Não se aplica, a pessoa com perturbação mental grave não costuma ajudar em casa	4 Completamente	3 Bastante	2 Um pouco	1 Nada
23) (54) Nos últimos dois meses, quando a pessoa com doença crónica se comportava de uma maneira invulgar, era porque estava a tentar estorvar				
7 Não se aplica, a pessoa com perturbação mental grave nunca se comportou de uma maneira invulgar	4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
24) (55) Nos últimos dois meses, a pessoa com doença crónica cooperou com aqueles que o/a tentaram ajudar				
4 Sempre	3 Muitas vezes	2 Um pouco	1 Nada	

25) (58) Mesmo que não fossemos nós (membros da família), haveria sempre alguém para tomar conta da pessoa com doença crónica			
4 Sim, certamente	3 Sim, em muitos aspectos	2 Sim, em alguns aspectos	1 Não
26) (60) A pessoa com doença crónica é sensível e preocupa-se com os problemas das outras pessoas			
4 Muito	3 Bastante	2 Um pouco	1 Nada
27) (62) Estou convencido de que a pessoa com doença crónica possui qualidades ou talentos especiais (por exemplo, é muito inteligente, perceptivo ou simpático, ou toca um instrumento musical muito bem)			
4 Sim, completamente	3 Sim, em muitos aspectos	2 Sim, em alguns aspectos	1 Não
Em caso afirmativo, por favor especifique _____			
28) (63) Nos últimos dois meses, a ideia de me afastar da pessoa com doença crónica passou-me pela cabeça			
4 Todos os dias	3 Muitas vezes	2 Às vezes	1 Nunca
29) (64) Levando tudo em conta, consegui retirar algo positivo desta situação			
4 Nada	3 Um pouco	2 Bastante	1 Definitivamente

Só no 2 momento de avaliação

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Em que medida ficou satisfeita com a intervenção que foi realizada					
Em que medida ficou satisfeita com a forma como decorreram as sessões					
Em que medida ficou satisfeita com as temáticas abordadas ao longo das sessões					
Em que medida ficou satisfeita com a periodicidade da sessões					
Em que medida ficou satisfeita com a duração de cada sessão					
Em que medida ficou satisfeita com o número de sessões realizadas					
Em que medida ficou satisfeita com o desempenho dos terapeutas					

	Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco Importante	Nada Importante
Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para melhorar a sua saúde mental					

Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para alertar para a necessidade de cuidar de si					
Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para a resolução de problemas do dia a dia					
Considera que a sua participação nesta intervenção a deixou mais preparada para gerir o stress					
Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para conseguir partilhar e expressar sentimentos e emoções					
Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para melhor cuidar do seu familiar					
Considera que a realização da intervenção em grupo foi importante para o resultado da mesma					

	Sim	Não
Voltaria a disponibilizar-se para a participação numa intervenção		

deste género		
Aconselharia a participação numa intervenção similar a um seu familiar ou amigo		

**Este Questionário terminou.**

*Obrigado por ter cooperado connosco. Espero que a informação que nos forneceu venha a contribuir para cuidados com mais qualidade para si, para o seu familiar e para outros que vivem com problemas semelhantes.*

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### ANEXOS XIII

A utilização de exercícios respiratórios para a redução da ansiedade num grupo de pessoas com diabetes mellitus

## **A utilização de exercícios respiratórios para a redução da ansiedade num grupo de pessoas com diabetes mellitus**

Daniel Carvalho, Enfermeiro no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria Pombal ([drscarvalho@gmail.com](mailto:drscarvalho@gmail.com))

Marina Pereira, Enfermeira no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio ([mhpereira@outlook.pt](mailto:mhpereira@outlook.pt) – a apresentar o trabalho)

### **Póster**

---

**Introdução:** A diabetes mellitus é uma doença psicossomática, sendo frequente a presença de ansiedade. A intervenção em diabéticos como forma de melhorar o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida pode ser efetuada individualmente ou em grupo (Carvalho, 2005).

Cardoso (2004) atribui benefícios do uso de técnicas de relaxamento em diabéticos. Os exercícios de respiração profunda como técnica de relaxamento podem ser utilizados com resultados significativos na redução da ansiedade, pela simplicidade e facilidade de execução (Townsend, 2011). Sendo a ansiedade uma das respostas emocionais presentes na pessoa com diabetes torna-se importante capacitá-la para o seu autocontrolo, recorrendo aos exercícios de respiração profunda.

**Objetivos:** Diminuir o nível de ansiedade, instruir sobre exercícios respiratórios profundos e aferir a satisfação dos participantes.

**Metodologia:** Realização de duas intervenções de exercícios respiratórios profundos durante a iniciativa “+Saúde” para doentes diabéticos, com 30 min de duração, por um enfermeiro especializado em enfermagem de saúde mental. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário construído para o efeito e aplicado após a intervenção. Todas as questões éticas e legais foram respeitadas.

**Resultados:** Participaram 23 utentes, 9 homens e 14 mulheres, com uma média de idades 60 anos.

Questionados se a sessão produziu efeito ao nível da diminuição da ansiedade: 19 doentes referem melhorias e 4 sentiram-se iguais. A tensão diminuiu em 22 doentes e 1

sentiu-se igual. A inquietude diminuiu em 20 participantes, aumentou em 1 e 2 sentiram-se iguais. Por fim 21 doentes referiram sentirem-se mais tranquilos, 1 sentiu-se menos tranquilo e 1 nega diferenças.

Questionados se gostariam de repetir a sessão: 19 respondeu sim, 3 talvez e 1 não. Dezoito dos participantes referiram sentirem-se capazes de replicar os exercícios, 4 dúvida e 1 refere-se incapaz. Para 19 dos participantes os exercícios podem ser uma ferramenta no controle da ansiedade, 3 referem talvez e 1 não.

Cerca de 22 doentes referiram satisfação pela participação na sessão e 1 não gostou de participar.

**Conclusões:** A sessão de exercícios respiratórios realizados a este grupo de utentes produziu efeitos ao nível da diminuição da ansiedade. Foi mais significativo a diminuição da tensão, seguido da tranquilidade e inquietude, sendo que nestes dois aspetos houve participantes que não sentiram alteração.

Os participantes manifestaram estar capacitados para replicarem estes exercícios no autocontrole da ansiedade, porque acreditam no método, gostavam de o repetir ou porque se sentem capazes de o fazerem.

A maioria dos participantes refere satisfação pela participação, o que nos leva a querer da significância da inclusão de temáticas relacionadas com promoção da saúde mental na capacitação dos diabéticos.

### **Referências bibliográficas**

Cardoso, H. & Pais-Ribeiro, J.& Silva, I (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*. Volume 22, Nº 3, p. 597-605.

Carvalho, M.& Marcelino, D. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Volume 18, Nº 1, p. 72-77

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. 6ª ed. Lisboa : Lusociência.

#### ANEXOS XIV

Plano da sessão da intervenção psicoeducativa “Grupo de Famílias”

Hora: 10:30

Título: Grupo de Famílias

Duração: 120`

Local: Sala de atividades do Hospital de Dia

Data: 09/09/2012

Grupo(s) Alvo: Famílias dos doentes internados no Hospital de Dia

Tipo de Atividade: Psicoeducação

Diagnósticos: Bem estar psicológico comprometido; Relação Familiar comprometido; Stress do prestador de cuidados; Conhecimento sobre promoção da sua saúde mental diminuído

Objetivos: Aumentar o Bem-estar psicológico do cuidador; Melhorar o restabelecer a relação familiar; Diminuir o Stress do Prestador de Cuidados; Aumentar os conhecimentos sobre promoção de saúde mental do cuidador;

Conteúdos	Atividades	Tempo	Recursos	Avaliação
Apresentação	Nome, idade, familiar de que cuida, principais sentimentos vivenciados ao cuidar; principais dificuldades sentidas	15`	Sala, cadeiras, computador, colunas, questionários	Preenchimento de um Questionário no final da sessão
Estratégias para lidar com o	Abordados os seguintes conteúdos: conceito, passos para lidar com o stress,	15`		Discussão no final da atividade da relevância desta atividade e da forma

<p>stress</p> <p>Saúde e Bem estar</p> <p>Adaptar-se a cuidar de alguém</p>	<p>estratégias a desenvolver.</p> <p>Identificar as estratégias utilizadas por cada cuidador</p> <p>Abordados os seguintes conteúdos: hábitos de vida saudáveis, estratégias a dotar</p> <p>Reações e sentimentos gerados por ter que cuidar de alguém</p> <p>Abordados os seguintes conteúdos: estratégias e comportamentos a adotar</p> <p>Abordados os seguintes conteúdos: escutar ativamente, fazer um pedido positivo de mudanças , Expressar de forma calma os seus sentimentos sobre o comportamento da pessoa,</p>	<p>15`</p> <p>15`</p>		<p>como decorreu</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--	----------------------

<p>Manter ou reconstruir a sua relação</p>	<p>resolver os problemas em conjunto, •Alcançar um compromisso em conjunto, comunicar sobre pontos positivos</p> <p>Utilização de um filme</p>	<p>15`</p>		
<p>Reconhecer os ponto positivos</p> <p>Discussão e Avaliação</p>		<p>15`</p> <p>30`</p>		

## **Reflexão Final**

O Grupo de Famílias realiza-se na primeira segunda-feira de cada mês, tendo sido adotado pela equipa uma intervenção dirigida a familiares de doentes Bipolares constituída por nove sessões. Todos os familiares dos doentes internados podem estar presentes, sendo enviado um convite através dos doentes na semana anterior.

Estiveram presente na sessão três familiares todas elas do sexo feminino, sendo a primeira vez unicamente para uma cuidadora. Duas delas eram mães de doentes e uma outra filha. Todas consideraram a sessão e os conteúdos abordados muito importantes, uma vez que com muita frequência descaram cuidar de si próprias.

Consideraram ainda que os conteúdos foram transmitidos de forma clara, que se sentiram esclarecidas após a sessão e que esta correspondeu às suas expetativas.

Todas as cuidadoras também referiram que sentem que esta sessão as poderá a ajudar a melhorar a sua relação com o familiar, a ser melhor cuidadora, a estar mais preparada para cuidar do seu familiar. A sessão também as deixou mais despertou para a necessidade de olharem para si e cuidarem de si.

Um das cuidadoras sugeriu que em próximas sessões fossem abordadas as seguintes temáticas: inicio da doença e sintomas associados, que papel do cuidador no tratamento, qual as melhores estratégias de ajuda aos familiares.

Todas eles referiram que pretendem voltar em próximas sessões.

Pela avaliação realizada pelas cuidadoras pode-se de fato aferir que a atividade cumpriu os objetivos propostos. Senti por parte destas uma grande necessidade de expressarem sentimentos e emoções. Foi também perceptível que os elementos tentaram beber estratégias utilizadas por outras cuidadoras no sentido de aprenderem com a vivência e experiências.

Relativamente ao meu desempenho, começo cada sessão que passa a sentir-me mas confiante e mais competente para as realizar. Foi uma temática que me deu especial prazer em preparar e considero que consegui transmitir as ideias chave que pretendia. Tive alguma necessidade em gerir a comunicação entre os elementos do grupo uma vez

que facilmente as cuidadores tinham conversas paralelas, para expor algumas das suas vivências. Consegui cumprir o tempo.

ANEXOS XV

Estudo de Caso

## **ESTUDO DE CASO**

### **ANAMENESE**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

O Sr. P. S. é um doente com 48 anos do sexo masculino, de raça caucasiana e de nacionalidade Portuguesa. Atualmente trabalha na Câmara Municipal de Santarém na Divisão do Património e Museus. Divorciado não tendo qualquer relação amorosa no momento. Vive atualmente com a mãe. Católico praticante.

#### **MOTIVOS OU CIRCUNSTÂNCIAS DO INTERNAMENTO**

No dia 6 de Dezembro de 2011 abandonou o seu posto de trabalho referindo sentir-se “bastante ansioso e stressado”(sic). Refere que nos últimos tempos sentia muita dificuldade em cumprir tarefas, irritabilidade fácil, baixa tolerância ao contato interpessoal e tendência para o isolamento social.

Estava atualmente a viver sozinho, após a relação com a sua mãe se ter deteriorado. Dificuldade em cumprir as suas obrigações financeiras e na gestão do lar.

Dirigiu-se ao hospital onde foi observado pela sua psiquiatra assistente e posteriormente avaliado pela equipa terapêutica do Hospital de Dia. Ficou decidido que se iria avançar com o processo de reforma, ficando o doente a frequentar o hospital de dia até este aspeto estar solucionado. Concordou também com a sugestão da equipa terapêutica em regressar á casa da mãe

#### **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Em Novembro de 1986 quando se encontrava na faculdade refere ter tido alucinações visuais e auditivas e delírio persecutório com um padrão de desconfiança elevado. Começou por frequentar um Psicólogo tendo depois tido uma consulta no psiquiatra. Inicia tratamento apresentando uma boa adesão terapêutica. Em 1987 conhece a sua ex-mulher com quem viria a casar. Vai viver para casa dos sogros, vive o “melhor período da sua vida” Entre 1990 e 1993 fica desempregado vivendo uma “fase de crise”(sic), que melhora com o ingresso na Câmara Municipal.

Em 1995 a sogra fica doente e o casal vai viver sozinho. Revelam muita dificuldade na gestão do dia a dia, na confeção da alimentação e nas lidas doméstica, situação que é

gravada em 1997 com o início de problemas no trabalho ao surgirem os “primeiros sintomas de fobia social”(sic). Têm então nesse ano o primeiro internamento em Hospital de Dia. Um ano mais tarde dá-se o “estoíro completo”(sic), com o regresso das alterações da perceção e do pensamento desta vez de ídolo mística. Faz ainda nesse ano uma intoxicação medicamentosa voluntária. É internado no Hospital Júlio de Matos duas vezes nesse ano e novamente no Hospital de Dia. A situação “não melhora muito e é novamente internado no ano seguinte em Hospital de Dia”. A relação com a mulher deteriora-se e acabam-se por separar em 2000. Após um processo de readaptação vive até 2005 “um período calmo e tranquilo da minha vida”(sic). Em Junho desse ano sente-se stressado e ansioso por causa do seu trabalho, voltando a ser internado no Hospital de Dia nesse ano e no ano seguinte.

Passa então a viver com a cunhada até 2009 altura em que decide alugar um quarto e ir viver sozinho. As coisas não correm bem e “passei-me”(sic). Refere nesse período insónia marcada, ansiedade generalizada e isolamento social, sendo no início de 2011 novamente internado. Quando têm alta e ao regressar ao trabalho encontra um novo chefe que o recebe com a frase “você não é uma pessoas normal”(sic)

### HISTÓRIA FAMILIAR

Os pais de P.S estão divorciados á cerca de 21 anos. O pai, 69 anos está atualmente reformado era Chefe da repartição da Segurança Social e vive atualmente em Fátima. Vive com uma companheira á cerca de 10 anos. Têm o diagnóstico de depressão desde os 34 anos e é seguido atualmente por um Neurologista.

A mãe também tem 60 anos, está reformada era Chefe dos Serviços Administrativos numa Escola. Antecedentes de diabetes, Hipertensão, Obstipação. No que se refere a antecedentes psiquiátricos, fez uma tentativa de suicídio á cerca de 40 anos, atirou-se de um 3º andar, tendo sido internada na época na clínica de Carnaxide. Atualmente não faz qualquer tipo de medicação psiquiátrica.

O PS têm mais três irmãos. C. é a mais velha têm 50 anos é divorciada e têm dois filhos respetivamente com 29 e 21 anos. É educadora de infância e têm o diagnóstico de Doença Bipolar. Têm uma boa relação com a mãe e com o P.S. L. 46 anos é vendedor de automóveis, têm filhos de três casamentos diferentes estando atualmente solteiro. Segundo o doente têm o diagnóstico de Psicopata. A irmã mais nova é S., tem 42 anos é

divorciada e têm dois filhos um com 21 e outro com 15 anos. Têm o diagnóstico de fibromialgia.

Nem P.S nem qualquer outro dos irmãos têm contato regular com o pai. A relação da mãe e de P.S com os dois irmãos mais novos é muito superficial

### HISTÓRIA PESSOAL

De acordo com o que se sempre ouvi a sua mãe dizer, a gravidez do P.S. foi uma gravidez normal, tendo nascido em casa. Foi amamentado até muito tarde. Não se lembra de urinar na cama. Não se recorda de qualquer acidente traumático, físico e/ou psicológico na sua infância.

Passou a sua infância em Africa onde teve de ser internado por ter tido o diagnóstico de febre tifoide. Refere um adolescência complicada devido às alterações de humor da sua mãe e dos episódios de destruição de bens materiais em casa.

Era um miúdo muito tímido, introvertido, humilde, e respeitador dos outros. Já em jovem tinha tendência para se isolar.

Frequentou em Lisboa na Universidade o curso de Geografia e ordenamento do território, que teve de abandonar devido às alterações de comportamento. Era um aluno mediano.

Trabalha atualmente da Câmara Municipal de Santarém, há vários anos. Foi guia turístico durante muitos anos.

A sua única relação amorosa séria e duradoura foi com a sua ex-mulher. Depois do divórcio já tiveram alguns contatos sexuais. Á cerca de três anos que não têm relações sexuais

### PERSONALIDADE PRÉVIA

O PS considera-se uma pessoa tímida, reservado. Nunca foi uma pessoa muito sociável mesmo em contexto familiar.

Interessa-se pela leitura e por história. Gosta de ouvir música. Adora fazer caminhadas

Fuma cerca de 16 cigarros de enrolar por dia. Não ingere habitualmente bebidas alcoólicas. No 11º ano iniciou o consumo ocasional de AX e na faculdade passou a ser mais regular. Ingerias Drunfos (medicamentos da mãe)

.Dorme cerca de 7/8 horas por noite com suporte medicamentoso.

Procura ter uma dieta equilibrada e saudável, embora atualmente seja a mãe que cozinha e “não têm tanto essa preocupação”

### **EXAME MENTAL**

Doente consciente e orientado auto e alopsiquicamente. Fáceis expressivo e um humor eutímico. Contato fácil. Postura ligeiramente tensa e motricidade algo inquieta. Afeto sintónico. Sem alterações ao nível da language. Nega alterações do comportamento e da percepção. Memória sem alterações. Inseigh adequado com juízo crítico para a sua situação clínica.

### **PLANEAMENTO DE CUIDADOS**

Após realização da anamnese e exame mental do P.S. procedeu-se a uma avaliação das necessidades de intervenção do indivíduo/família tendo sido estabelecidos os diagnósticos de enfermagem de seguida apresentados assim como os respetivos resultados. Na intervenção delineada pretende-se estabelecer uma relação de confiança/terapêutica com o doente/família recorrendo a técnicas de intervenção psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Será também uma preocupação das intervenções delineadas a preparação para a alta e o regresso a casa, capacitando-o a ele e á família para as exigências que daí possam advir.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Resultado de Enfermagem</b>
Ansiedade	Ansiedade melhorada
Socialização Comprometida	Socialização afetiva
Medo face ao processo de socialização	Medo Melhorado
Défice no autocuidado: atividade recreativa	Autocuidado: atividade recreativa efetivo
<b>Intervenções</b>	<b>Exemplos de atividades a desenvolver</b>

Aumentar a socialização	Envolver-se mais nas atividades do hospital de dia, reatar ligações e relações entretanto abandonadas,
Capacitar a doente para o processo de tomada de decisão	Ponderar vantagens e vantagens; definir objetivos, identificar rede de suporte, identificar estratégias, esclarecer dúvidas
Disponibilizar presença	Demonstrar interesse e disponibilidade
Executar técnica de relaxamento	Exercícios Respiratório
Identificar em conjunto com o doente estratégias para lidar com a ansiedade	Ver estratégias usadas no passado e que se revelaram eficazes
Instruir sobre benefícios da adesão ao regime terapêutico	Aspetos positivos e as vantagens; Formas de minorar aspetos mais negativos; identificar ganhos que posso obter
Instruir sobre recursos existentes na comunidade	Clubes desportivos e recreativos, universidades sénior
Instruir técnica de relaxamento	Exercícios Respiratório
Motivar a pessoas para um projeto de vida	Identificar acontecimentos positivos e razões que possam dar significado á vida, encorajar a identificar as suas habilidades e forças, ajudar a identificar e estabelecer seus próprios objetivos, encorajar novos desafios
Oferecer escuta ativa	Encorajar á expressão de emoções e sentimentos, identificar com o doente situações geradoras de ansiedade, da insónia e do comprometimento do processo familiar
Promover a auto-estima	Ajudar a identificar capacidades e reforça-las positivamente, aprender a lidar com sentimentos como a frustração e o insucesso, identificar respostas positivas do outros, analisar tendências autodepressiativas, referir pontos positivos e identificar os sucessos
Promover a participação em atividades de distração	Identificar com a doente atividades que sejam do seu agrado; Estabelecer com a doente objetivos e metas, descrever benefícios das atividades, definir objetivos
Promover o processo familiar	Identificar estruturas de apoio, identificar os papeis a desempenhar por cada um, assistir no estabelecimento de uma comunicação eficaz, promover uma expressão de sentimento em contexto familiar
Promover suporte emocional	Encontrar mecanismos de defesa eficaz, discutir experiências emocionais, ajudar a reconhecer sentimentos, explorar causas dos problemas, ajudar a encontrar fatores precipitantes

Promover a capacidade de resiliência	Assistir o doente a identificar recursos e redes de apoio, assistir o doente a desenvolver o otimismo face ao futuro, motivar o doente a ter comportamentos de obtenção de saúde, facilitar a identificação de situações que lhe pareçam ameaças, assistir o utente a identificar fatores que aumentem a sensação de segurança
Promover a participação do doente nas atividades de grupo do hospital de dia	Psicoeducação, Relaxamento, Treino Competências Sociais, etc; Assistir o utente na dinamização da oficina de talentos.

A intervenção foi sendo realizada ao longo de cinco semanas. Além da participação em todas as atividades, foram realizadas diversas intervenções individuais, algumas de âmbito mais estruturado outras mais informais.

A ansiedade foi o aspeto mais difícil de trabalhar até porque a própria intervenção e a procura da mudança de comportamentos do utente era geradora de alguma ansiedade. Houve necessidade de em articulação com a psiquiatra assistente proceder a um ajuste da terapêutica ansiolítica, pois verificava-se que o doente tinha maior dificuldade em controlar a ansiedade no período pós saída do hospital de dia até depois da hora do jantar. Foi ainda possível definir algumas estratégias não farmacológicas que o doente passou a utilizar neste período, que lhe ajudavam a gerir a ansiedade: caminhada após saída do hospital de dia, levar a sobrinha a dar um passeio, ouvir música antes do jantar e realizar exercícios respiratórios. Por forma a instruir o doente sobre esta técnica de relaxamento foram realizadas duas sessões individuais, uma em que foi realizada a demonstração e uma outra onde o doente praticou tendo sido realizado algum feedback corretivo. Esta diminuição do stresse nesta fase do dia serviu também para melhorar o relacionamento com a mãe pois o doente encontrava-se menos irritável e as discussões tornaram-se menos frequentes. No final da intervenção o doente referia diminuição nos níveis de ansiedade e uma melhoria do autocontrole. As duas situações que ainda lhe eram maiores geradoras de ansiedade prendia-se com a resolução do processo de reforma e o aproximar do momento da alta

O processo de socialização do doente também melhorou durante o período da intervenção. O doente desenvolveu esforços no sentido de ter um papel mais ativo e participativo nas atividades do hospital de dia. Durante o período da intervenção aceitou participar num almoço de aniversário de uma colega de trabalho o que já não acontecia desde o início do seu internamento, o que deixou a eles e às colegas bastante satisfeitos.

Conjuntamente com o doente foram escolhidas duas atividades do cartaz cultural da cidade para participar. Acabou por apenas realizar uma, foi com a mãe e a imã a um concerto onde teve oportunidade de se relacionar com um colega de trabalho que também lá se encontrava. Alargou também o seu leque de contatos sociais ao iniciar a frequência nas atividades da junta de freguesia. Começou a encontrar-se aos fins de semana com um outro doente para realizarem uma caminhada e beber um café. Além disso manteve neste período os passeios quinzenais seguidos de um almoço que habitualmente realiza com um amigo de longa data.

Para fazer face ao medo provocado pelo processo de socialização, foi desafiado para realizar uma oficina de talentos. Esta oficina é uma das atividades do programa terapêutico do hospital de dia, e tem como objetivo que o doente dinamize uma atividade em que dê mostras de algum dos seus talentos. Em conjunto com o doente decidiu-se fazer uma visita guiada a um monumento. Por forma a aumentar a sua sensação de segurança foi escolhido um no qual o doente já tinha trabalhado. Durante o processo de organização da atividades houve necessidade de apoiar o doente na diminuição da ansiedade e no aumento da sensação de segurança. Promoveu-se uma escuta ativa e tentou-se trabalhar as emoções e sentimentos gerados. A visita correu muito bem e o desempenho do doente foi elogiado pelos seus companheiro. O doente referiu sentir satisfação por voltar a fazer aquilo que mais gostava alimentando a sua autoestima. Este fato permitiu ao doente poucos dias depois manifestar-se mais confiante e menos ansioso com o seu desempenho na peça de teatro. O fato de ser uma representação de fantoches e estar escondido atrás do pano aumentou-lhe a sensação de segurança. Por último houve também necessidade de trabalhar os aspetos relacionados com a sua inclusão nas atividades da junta de freguesia já a pensar numa perspectiva pós alta. Houve necessidade de delinear um processo de integração, como forma de controlar alguma falta de iniciativa que advinha do receio que sentia em iniciar uma nova atividade. Para aumentar ainda mais a sensação de segurança foi envolvido um ex-utente que o doente conhecia e que frequentava estas atividades. Este acompanhou-o na primeira atividade e como foi bem recebido a integração acabou por correr bastante bem, e os sentimentos e emoções negativas dominados por parte do utente. Realizado reforço positivo. Ainda a este nível e envolvendo um outro doente do hospital de dia que passou a realizar algumas atividades com ele ao fim de semana, foi possível aumentar o tempo de permanência do doente na explanada após o café inclusivamente

em locais e horas de maior movimento. Com estas intervenções as coisas foram melhorando progressivamente e de uma forma sustentada a este nível

O seu défice no autocuidado: atividade recreativa, como é possível verificar pelos exemplos já descritos tendo vindo a ser ultrapassado. Numa prestação pós alta o doente foi integrado nas atividades da junta de freguesia, que são bissemanais e incluem hidroginástica à quinta e ginásio à terça. Além disso organizam com alguma frequência passeios e visitas a equipamentos culturais. O doente também aceitou manter a terapia aquática no hospital de dia depois da alta. Foi ainda informado o doente sobre um programa de voluntariado da câmara municipal e e a universidade sénior. Para já não houve muita insistência no assunto para que os ganhos já obtidos sejam primeiros sustentado e alicerçados. De entre as duas aquela que o interessou mais foi a universidade sénior tendo apenas ficado decidido que participaria na semana aberta da mesma onde é dada a possibilidade da população assistir às suas atividades como forma de divulgação das mesmas.

Esta intervenção deu-me bastante gozo e foi importante ao nível da minha aprendizagem. Aqui pretendeu-se muito mais dar ênfases a uma vertente reabilitativa psicossocial, algo que não estou por norma habituado a explorar tanto na minha atividade profissional. Os ganhos não são tão evidentes no imediato e é uma intervenção muito mais prolongada no tempo.

Para o sucesso da intervenção penso que contribui bastante a relação terapêutica que consegui estabelecer com o doente. O doente sentia da minha parte a disponibilidade e a atenção que necessitava retribuindo com a sua disponibilidade e abertura para a intervenção proposta.

Trata-se de pequenas vitórias que terão que continuar a ser trabalhadas e alicerçadas. Para este doente é importante, que exista um técnico que esteja disponível para ele, mesmo sem precisar de recorrer, isto transmite-lhe uma sensação de segurança

## ANEXO XVI

Sessões de relaxamento

Título: Relaxamento

Local: Ginásio da Consulta Externa de Pedopsiquiatria

Duração: 45` (3 sessões)

Grupo(s) Alvo: Doentes do Hospital de Dia

Indicadores: Frequência cardíaca

Tipo de Atividade: Relaxamento

Diagnósticos de Enfermagem: Autocontrole: ansiedade ineficaz; Bem-estar comprometido

Objetivos: Diminuir os níveis de ansiedade; Melhoria do Bem-estar

Sessão/ Tema	Conteúdos	Recursos	Avaliação
1ª Sessão Exercícios Respiratórios	Avaliar o Pulso  Explicar o objetivo do relaxamento e a forma como irá decorrer a sessão	Cd, guião, aparelhagem, colchão, cadeira e relógio	Avaliação do pulso antes e depois da intervenção
2ª Sessão Relaxamento Muscular Progressivo	Solicitar para que adotem uma posição de conforto sentados ou deitados;  Desenvolver o guião de técnica de correspondente á sessão	,	Realização de um questionário  Recolhas de opiniões dos

<p>3ª Sessão</p> <p>Gestão do Stress</p>	<p>Avaliar do Pulso</p> <p>Discutir as sensações experimentadas e a eficácia da sessão de relaxamento</p>		<p>participantes da forma como decorreram as diferentes sessões.</p>
------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------

## **Reflexão Final**

O relaxamento é uma atividade do agrado da maioria dos doentes do hospital de dia. Na primeira sessão que fiz fiquei agradado com o fato de mal chegarem ao ginásio os doentes quase que de uma forma autonómica preparam o ambiente.

Procurei desenvolver várias técnicas e vários guiões por forma a alargar o leque de experiência aumentando assim as minhas competências nesta área. Apenas não desenvolvi a imaginética uma vez que havia vários doentes com alterações do pensamento e da perceção. Tratava-se de uma área que pretendia desenvolver uma vez que é algo que posso vir a desenvolver no meu local de trabalho.

Uma das minhas preocupações ao longo das sessões prendia-se com a o meu tom de voz. Para ter uma perceção mais aproximada do meu desempenho optei por gravar a sessão com o telemóvel por forma a corrigir eventuais falhas. Apercebi-me que às vez articulava de uma forma deficiente as últimas sílabas das palavras além de dar por vezes um ênfase excessivo a algumas palavras. Na sessão seguinte consegui melhorar estes aspetos

Após terminar o guião, realizava um pequeno momento de debate com os utentes procurando saber até que ponto a sessão tinha sido eficaz. A maioria dos doentes referiram ter relaxado, e que foi um momento que lhes trouxe prazer e bem-estar, tal como uma sensação de calma, ou seja, t referiram sentir-se melhor no final da sessão. A primeira e a última sessão foi a que obtive melhores resultados segundo os doentes. Senti que na segunda sessão as pessoas tiveram dificuldades em cumprir as instruções fornecidas pelo que pode ajudar a explicar esta opinião.

Houve um doente, que apenas participou nas primeiras duas sessões que desde logo á partida referiu que não conseguiu relaxar nunca com estas sessões. Na primeira sessão quis mesmo abandonar a sala, tendo-lhe sugerido que ficasse até ao final, o que o doente aceitou. Na segunda sessão quando perguntei se queria ficar, respondeu que sim por queria ouvir a música que era “calam e faz-me bem”

Insisti bastante ao longo das sessões para que os utentes realizassem em casa estas sessões. Referiram que a mais fácil de replicar seria a primeira, pelo que em

intervenções futuras em que se pretenda instruir os doentes talvez seja o melhor guião a utilizar.

Para avaliação das sessões foi construído um questionário. Participaram nas três sessões um total de vinte e dois doentes. Em apenas quatro deles se verificou um aumento da frequência cardíaca. Os restantes dados ainda carecem de um tratamento estatístico mais aprofundado

## Questionário

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino

Feminino

Valor do Pulso **antes** da sessão de relaxamento: \_\_\_\_\_

Valor do Pulso **depois** da sessão de relaxamento: \_\_\_\_\_

	Sim	Não	Sinto-me igual
Após o relaxamento sinto-me menos ansioso			
Após o relaxamento sinto-me menos inquieto			
Após o relaxamento sinto-me menos tenso			
Após o relaxamento sinto-me mais tranquilo			

	Sim	Não	Talvez
Gostava de repetir esta sessão de relaxamento			
Sinto-me capaz de realizar sozinho em minha casa			
Acho que os exercícios respiratórios poderão ajudar a diminuir a minha ansiedade			

	Muito	Assim, Assim	Pouco
Gostei de participar na sessão de relaxamento			

Obrigado pela Colaboração

ANEXOS XVII

Programa “*Viver em Equilíbrio*”

Título: Viver em Equilíbrio

Local: Sala de atividades do Hospital de Dia

Duração: 60` (6 sessões)

Grupo(s) Alvo: Grupo de cuidadoras informais

Tipo de Atividade: Psicoeducativa,, Socioterapêutica

Indicadores: Peso; Conhecimento sobre alimentação saudável; Conhecimento sobre exercício físico; Hábitos de exercício durante o fim-de-semana; Qualidade de vida

Diagnósticos de Enfermagem: Conhecimentos sobre regime diatéutico não adequados; Conhecimentos sobre exercício não adequados; Bem estar comprometido

Objetivos: Aumentar os conhecimentos sobre regime diatéutico; Aumentar os conhecimentos sobre exercício; Aumentar a Qualidade de vida

Sessão/ Tema	Conteúdos	Atividades	Recursos	Avaliação
1º Sessão 13/03/2012	Definição e fases do exercício	Tipos de exercício físico Fases do exercício físico Escolha de um programa de exercício Caminhar –um exercício ideal Cuidados a ter ao iniciar um	Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador	Aferir a opinião dos doentes no final da atividade sobre os conteúdo e o desenvolvimento da mesma. Observação de comportamentos e atitudes Realização dos questionários previstos

		<p>programa de exercício</p> <p>Cuidados durante um programa de exercício</p>	
<p>2ª Sessão</p> <p>20/03/2012</p>	Benefícios do exercício físico	<p>Utilização de vídeos como ponto de partida para a abordagem das vantagens do exercício físico e da relação entre exercício físico e saúde mental;</p> <p>Procurar que os doentes identifiquem vantagens que podem retirar da realização de exercício físico regular</p> <p>Procurar que os doentes identifiquem a relação que o exercício físico têm na sua saúde mental</p> <p>Apresentação para consolidação dos conteúdos abordados</p>	<p>Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador, computador, projetor, filmes</p>
<p>3ª Sessão</p> <p>27/03/2012</p>	Sistemas de apoio e recursos na comunidade	<p>Ligação com a sessão anterior e com o contrato estabelecido. Fazer questionário da página 68, 69</p> <p>Correção do questionário e dada oportunidade para retirar dúvidas</p> <p>Compreender as vantagens de criar um sistema de apoio para</p>	<p>Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador, mapa</p>

		<p>ajudar a manter um estilo de vida saudável</p> <p>Identificar as dificuldades de seguir em frente sozinho, e quem são as pessoas que podem ajudar</p> <p>Identificar no mapa da cidade de santarém locais e recursos existentes na comunidade</p>		
<p>4ª Sessão</p> <p>10/04/2012</p>	<p>Teste sobre alimentação saudável</p>	<p>Pedir aos doentes que preencham de uma forma individual o seu questionário</p> <p>Fazer a correção em conjunto</p> <p>Dar oportunidade para tirar dúvidas</p> <p>Projetar a pirâmide dos alimentos</p> <p>Construir dez regras saudáveis e forma como as podemos desvirtuar no quadro</p>	<p>Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador</p>	
<p>5ª Sessão</p> <p>17 e 19 de Abril</p>	<p>Planeamento de uma refeição e ida ao supermercado</p>	<p>Selecionar a ementa de acordo com as regras de uma alimentação saudável</p> <p>Fazer um levantamento dos produtos existentes e daqueles que é necessário adquirir</p>	<p>Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador, dinheiro</p>	

		<p>Fazer uma lista de compras, adequada ao orçamento realizado</p> <p>Estratégia a utilizar durante as compras</p> <p>Estratégias a utilizar para realizar uma boa gestão orçamental</p> <p>Realizar as compras no supermercado em frente ao hospital de dia</p> <p>Acondicionar os produtos adquiridos</p>		
	Almoço Comunitário	Confeção pelos utentes de um prato principal, espagete á bolonhesa, salada de alface e tomate e duas sobremesas, musse de manga e scramble de maça.	Material cozinha, alimentos, pratos, talheres	
6ª Sessão 24/04/2012	Teste exercício e da qualidade de vida	<p>Pedir aos doentes que preenchem de uma forma individual os seus questionários</p> <p>Fazer a correção em conjunto</p> <p>Dar oportunidade para tirar dúvidas</p> <p>Fazer um balanço do programa</p>	Cadeiras, mesas, manual formando, manual formador	

## **Reflexão Final**

O programa Viver em Equilíbrio é uma iniciativa de um laboratório farmacêutico, direcionada para doentes mentais e que foi desenvolvido com o intuito de permitir aquisição por parte destes de hábitos de vida saudáveis. Trata-se de uma intervenção em grupo com doze sessões com uma periodicidade semanal. Têm previsto a realização de uma avaliação inicial e final, que inclui a realização de um controlo analítico sanguíneo.

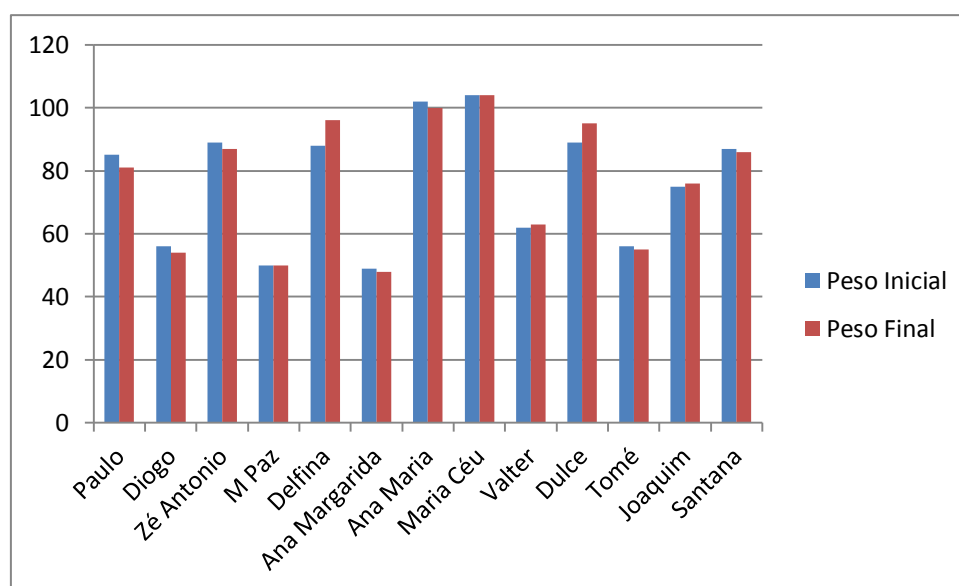
Esta é a segunda edição do programa realizado no Hospital de Dia. Neste segundo programa os técnicos acabaram por incluir no planeamento, além da sessão semanal uma atividade de ginásio e a atividade terapêutica em meio aquático.

Ao longo do meu período de permanência no hospital de dia foi responsável pelo desenvolvimento de seis sessões do programa. Procurei seguir os conteúdos descritos no manual por forma a não desvirtuar, introduzindo como é lógicas metodologias diferentes. Senti que os doentes estavam muito habituados a desenvolver os conteúdos da sessão através do manual, pelo que a utilização de PPT não foi tanto do agrado deles. O que eles acabaram por valorizar nessa segunda sessão foi o recurso ao vídeo.

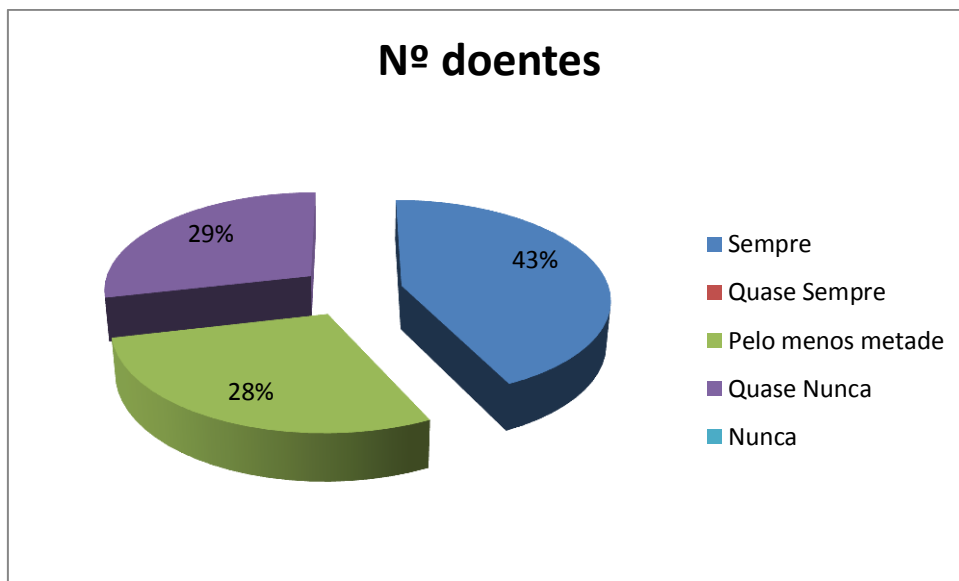
A sessão do planeamento de uma refeição e posterior refeição comunitária foi a sessão que mais agradou e envolveu os utentes. O almoço comunitário acabou por ser um momento de partilha e convívio entre doentes e técnicos. Aqui conseguimos envolver sobretudo os doentes que não têm por hábito em suas casas participar na preparação das refeições. Acabou por ser uma aprendizagem importante para estes.

A avaliação global que faço desta experiência, é que se trata de um programa que vai ao encontro das necessidades dos doentes. Os doentes gostam bastante de participar nas sessões, sendo interventivos e colocando imensas dúvidas e questões. O manual é uma ferramenta fundamental, bastante adequado na linguagem que utiliza e com um conjunto de atividades que permitem não só avaliar a eficácia do programa, mas também servir de suporte teórico aos conteúdos que se pretendem abordar. Aconteceu que durante as sessões houve alguma flutuação dos participantes, quer por motivo de faltas às sessões de hospital de dia quer por entradas ou altas de doentes. Penso que seria benéfico aos doentes que iniciaram o programa permitir a frequência de todas as sessões até à sua conclusão mesmo que tivessem tido alta.

Obtive com a realização destas sessões um conjunto de dados que não foi possível de de analisar e que poderiam trazer alguns resultados sobre e eficácia da minha intervenção. Pois o próprio programa tem o cuidado de estar elaborado por forma a poder existir um pré-teste, pós-teste. Dados esses que incluem a mudança existente com a intervenção ao nível dos conhecimentos sobre alimentação saudável e exercício, mas também ao nível da qualidade de vida. A este nível e numa análise sumária é possível garantir que a maioria dos utentes aumenta os conhecimentos com a intervenção, no entanto as alterações produzidas na qualidade de vida essa melhoria não será tão significativa e generalizada, pois aqui sofre influência de um conjunto de aspetos que a intervenção por si só não controla ou intervém na totalidade. Depois eu introduzi mais dois aspetos, a questão do peso e da adoção de hábitos de exercício durante o fim-de-semana. A alteração do peso é interessante de analisar dos treze doentes avaliados apenas quatro aumentaram o seu peso, no entanto a média de pesos final é superior á inicial, pois existiu um doente que só ela aumentou oito quilos. As diferenças entre os dois momentos são contudo reduzidas. Os valores são apresentados no gráfico seguinte



Já no que se refere aos hábitos de exercício durante o fim de semana foram estabelecidos contratos terapêuticos com nove utentes, Desses só sete foi possível avaliar no final da intervenção sendo os resultados apresentados no gráfico seguinte. Esta foi sempre uma preocupação da minha intervenção, procurar que as mudanças não se limitem apenas ao período do hospital de dia, estes devem ser adotadas também em casa e devem-se manter depois da alta



Penso que consegui realizar um trabalho bastante positivo. Tive a capacidade de ir adaptando a organização das sessões por forma a ir de encontro às expectativas e gosto dos utentes sem nunca descurar os objetivos para cada sessão. Trata-se de um programa interessante e bem organizado. Penso que os conteúdos do exercício físico poderiam de certa forma ser um pouco reformulados pois não estão tão adequados às necessidades dos utentes. A forma como este programa está organizado permite realizar uma avaliação dos ganhos em saúde obtidos após a realização das sessões, sendo uma mais valia para a visibilidade das nossas intervenções.

## ANEXOS XVIII

Treino de competências sociais

Título: Treino de Competências Sociais

Local: Sala de atividades do Hospital de Dia

Duração: 60` (6 sessões)

Grupo(s) Alvo: Doentes do Hospital de Dia

Tipo de Atividade: Psicosocial; Socioterapêutica

Diagnósticos de Enfermagem: Capacidade para socializar comprometida; Comunicação comprometida; Bem-estar social comprometido

Objetivos: Melhorar a capacidade para socializar; Melhorar a comunicação; Melhorar o Bem-estar social; Favorecer o processo de reintegração social

Sessão/ Tema	Estratégia de Abordagem	Recursos	Avaliação
Terminar uma conversa	Estabelecer uma base racional para a competência	Quadro, marcadores, cadeiras e mesas	Aferir no final da sessão a percepção do doente face ao desenrolar da
Entrar numa conversa	Discutir os passos da competência		

Afirmar o seu ponto de vista	Realizar a competência em role play		mesma
O que fazer quando não percebe o que foi dito	Discussão com o grupo do role play efetuado		
Recusar pedidos	Realizar feedback corretivo		
	Envolver um outro membro do grupo no role play usando a mesma situação		
	Realizar feedback adicional		
Sessão de revisão com Role play final	Revisão das competências sociais abordadas nas sessões anteriores, recorrendo às fotos dos esquemas finais representados no quadro	Quadro, marcadores, cadeiras e mesas, computadores e projetor	Grelha de observação do Treino de Competências sociais
	Realizar role play, testando diversas competências		
	Discussão com o grupo do role play efetuado		
	Realizar feedback corretivo		
	Envolver um outro membro do grupo no role play usando a mesma situação		
	Realizar feedback adicional		

## **Reflexão Final**

O Treino de Competências Sociais, foi algo novo que tive oportunidade de fazer neste estágio. O hospital de dia adotou um programa direcionado para doentes esquizofrênicos, que organizou ao longo de vinte e oito sessões divididas em cinco blocos, a saber: competências sociais básicas, conversação, assertividade, gestão de conflitos e gestão de saúde

Eu integrei o programa já na sua décima sessão, a meio do segundo bloco de competências, o bloco da Conversação. Tive oportunidade de assistir primeiramente á sessão “Manter uma conversa e expressar sentimentos” dinamizada pela Dra. Lilian.

Para preparar as seguintes sessões foi-me fornecido o livro de onde adaptaram o programa. Devido á minha inexperiência e desconhecimento optei por jogar pelo seguro e adotar a estratégia de sessão aconselhada pelo próprio manual.

Optei por usar o quadro como ferramenta pedagógica da sessão, pois conjuntamente como os utentes construía um esquema com os pontos chaves da competência. Este depois revelava-se importante a quando da análise do role play pois tinha os pontos chaves. No final optava por fotografar o esquema final.

O aspeto que tive necessidade de fazer uma maior adaptação e modificação foram os exemplos utilizados para o role play, pois senti que alguns eram desfasados da realidade portuguesa e começando nesta fase a ter um conhecimento maior dos utentes ajustava-os também aquilo que eram as dificuldades e os problemas do mesmo.

De sessão para sessão foi-me sentindo mais confiante e á vontade conseguindo cada vez melhor, responder ás necessidades que identificava dos doentes. Esta experiência abriu-me o apetite para poder experimentar algumas coisas nesta área no meu serviço.

Uma dificuldade que tive nesta intervenção foi identificar uma forma de se conseguir avaliar os ganhos em saúde produzidos pela intervenção. Claro que nesta área tenho a consciência que esses ganhos só serão percecionados a médio e longo prazo. Primeiro pensei que poderia fazer essa avaliação através de alguns dos aspetos do exame mental. Mas como o mesmo não têm um impresso próprio ou uma rotina de registos nos processos dos utentes, abandonei a ideia. Depois e a partir do momento em que ficou definido preencher a avaliação semanal decidi que para esta avaliação seriam tidos em

conta os seguintes itens da avaliação semanal (não em anexo pois não consegui digitalizar): iniciativa, comunicação verbal, relacionamento interpessoal e conduta social. Mas não muito satisfeito, pois tinha a consciência que as diferenças não seriam muito visíveis, tentei elaborar uma grelha de observação (em anexo) para utilizar na última sessão a quando dos role-play. A mesma mostrou-se pouco adequada sobretudo pela desadequação da escala utilizada e pela pouca objetividade da mesma. Estando também a coordenar a sessão, dificultava-me fazer em simultâneo a observação pormenorizada e atenta.

Por esse fato foi uma mais valia ter contado em duas das sessão realizadas com a presença do Ricardo e do Eurico. A sua participação foi importante porque acabamos por desenvolver a sessão em conjunto havendo uma complementaridade interessante. Mas o momento da sessão onde de fato senti que esta presença adicional era importante e uma mais valia foi a quando da realização do role play, pois para além de permitir que em conjunto fizessemos também uma demonstração da competência era mais um par de olhas para se efetuar posteriormente o feedback corretivo.

## ANEXO XIX

Intervenção psicoeducativa sobre “*Como Lidar com o Stress*”

Título: Como lidar com o Stress

Local: Sala de reuniões do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio

Duração: 60` (6 sessões)

Grupo(s) Alvo: Doentes do Hospital de Dia

Tipo de Atividade: Psicoeducação

Indicadores: Stress (usada a escala de perceção de stress)

Objetivos: Transmitir um sentimento de confiança de que as pessoas podem reduzir o stress e podem melhorar a sua capacidade para lidar eficazmente com o seu stress; Ajudar as pessoas a identificar os acontecimentos e alterações na vida diária que os fazem sentir sob tensão; Ajudar as pessoas a identificar e a praticar estratégias para prevenir algumas fontes de stress ou de tensão; Ajudar as pessoas a identificar e a praticar estratégias de adaptação para reduzir os efeitos do stress; Estimular as pessoas a envolverem familiares e outras pessoas de suporte nos seus planos de adaptação ao stress.

Sessão/ Tema	Conteúdos	Atividades	Recursos	Avaliação
1ª Sessão  O que é o stress	Pré-teste  Conceito  Causas  Sinais e Sintomas	Qual perceção que os doentes têm sobre o Stress?  Identificação de situações geradoras de stress – utilização de grelha  Identificação de sinais e sintomas – utilização de grelha  Construção de um esquema dos conteúdos abordados na sessão no quadro	Cadeiras, quadro e marcador	Realização do Pré- teste (Escala de perceção do stress)  Aferir no final da sessão a perceção do doente face ao desenrolar da mesma

<p>2ª Sessão</p> <p>Como lidar com o stress 1</p>	<p>Resumo da sessão anterior</p> <p>Prevenir o stresse</p> <p>Lidar com o Stress</p>	<p>Identificação de estratégias pessoas para prevenir o stress – utilização de grelha previamente construída</p> <p>Identificação de estratégias pessoas para prevenir o stress – utilização de grelha previamente construída</p> <p>Construção de um esquema dos conteúdos abordados na sessão no quadr</p>	<p>Cadeiras, quadro e marcador,</p>	<p>Aferir no final da sessão a perceção do doente face face ao desenrolar da mesma</p>
	<p>Estratégias para lidar com o Stress</p>	<p>Doentes escolhem de uma listagem pré-existente três situações geradoras de stress com as quais se identificam</p> <p>Doentes partilha</p>	<p>Listas com situações de stress e Listas com estratégias lidar com o stress</p>	<p>Aferir no final da sessão a perceção do doente face face ao desenrolar da mesma</p>

		<p>situações e referem uma estratégia que costumam utilizar</p> <p>Doentes escolhem de uma listagem pré-existente três estratégias que poderá utilizar no futuro para lidar com cada situação</p>		
4ª Sessão	Anexo XVII			
Sessão de Relaxamento				
5ª Sessão	A população alvo desta sessão eram doentes desempregados ou de baixa. Como neste momento só haviam dois doentes a frequentar o hospital de dia nestas condições resolveu-se cancelar a sessão			
Stress laboral				

<p>6ª Sessão</p>    <p>Avaliação</p>	<p>Revisão Conteúdo</p>  <p>Reforço das intervenções</p> <p>Esclarecimento de dúvida</p> <p>Pós-teste</p>	<p>PPT com as fotos dos esquemas das sessões psicoeducativas</p>	<p>Cadeiras, quadro e marcador, projetor, computador</p>	<p>Realização do Pós- teste (Escala de percepção do stress)</p>
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

## **Reflexão Final**

As sessões psicoeducativas do hospital de dia tal como todas as outras intervenções fixas estão previamente planeadas. Quando me apercebi que a temática que iria abordar nas primeiras sessões era o stress, propôs realizar uma intervenção mais vasta fruto da influência que esta temática apresenta na saúde mental do indivíduo.

Optamos por não realizar a sessão sobre stress laboral pois na data prevista apenas era expectável a presença de dois doentes que reuniam o critério de inclusão. Quando planei a intervenção existiam cinco doentes nestas condições, fazendo-me por isso sentido esta temática até porque se insere dentro de um dos objetivos do hospital de dia que se prende com a reintegração social e laboral do doente.

Esta acabou por ser a minha primeira aventura no desenho de uma intervenção para aplicar no ensino clínico. Optei por fazer a avaliação da minha intervenção através da Escala de Perceção de Stress.

O processo criativo da intervenção foi um processo de aprendizagem interessante, que acabou por me ajudar depois nas intervenções subsequentes. Foi aqui que me apercebi que tão importante como construir e por em prática a intervenção planeada é importante planear e executar uma intervenção que nos dê ideia que o caminho seguido nos permite alterar comportamentos, aumentar conhecimentos ou produzir uma melhoria da saúde. Só desta forma damos visibilidade á nossa intervenção e podemos mergulhar num processo de melhoria e aperfeiçoamento.

As diferentes sessões correram dentro do previsto, tendo sido abordados os conteúdos. Estando habituado a utilizar o PPT nas minhas sessões educativas na primeira sessão a sua ausência fez-me um pouco de confusão, mas depois com o decorrer das situações fui desenvolvendo estratégias para organização do raciocínio e apresentação dos conteúdos.

O jogo de correspondência utilizado para abordar a questão das estratégias para lidar com e stress, correspondeu ás minhas expetativas e foi uma mais valia, sobretudo porque os doentes se identificaram com a situações descritas e assim ao trabalharmos as estratégias tornou-se possível produzir aprendizagem e quem sabe num futuro próximo incluir estas estratégias na forma como lidam com aquela situação de stresse.

## ANEXOS XX

Semana anti-estigma da doença mental

Título: Semana Anti-estigma da Saúde Mental

Duração: 9 a 13/07/2012

---

Grupo(s) Alvo: Profissionais e Utentes do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

Tipo de Atividade: Psicoeducação, Socioterapia e Formação em Serviço

Diagnósticos: Conhecimento sobre saúde mental e estigma face á doença mental não demonstrado; Estigma face á doença mental demonstrado; Gestão comunitária face á doença mental e ao estigma da doença mental inadequado

Indicadores: Nível de estigma dos profissionais de saúde do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio; Nível de estigma dos utentes do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Quem</b>	<b>Recursos</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>
Cartazes	Divulgar a Semana Anti estigma da Saúde Mental;  Sensibilizar a população para a questão do estigma da saúde mental;  Desmistificar mitos e falsos conceitos face á saúde/doença mental	Daniel e Marina	Cartazes, email, carro	Afixados dia 9 e 10 de Julhos. Devem permanecer pelo menos afixados durante toda a semana	Todas as extensões do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

	<p>Informar a população sobre a saúde/doença mental</p> <p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a questão do estigma da saúde mental;</p>				
Flayers	<p>Divulgar a Semana Anti estigma da Saúde Mental;</p> <p>Sensibilizar a população para a questão do estigma da saúde mental;</p> <p>Desmistificar mitos e falsos conceitos face á saúde/doença mental</p> <p>Informar a população sobre a saúde/doença mental</p> <p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a questão do estigma da saúde mental</p>	Daniel e Marina	Flayers	A distribuir durante a semana	Todas as extensões do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio
Preenchimento Escala de Distanciamento Social de	Determinar o nível de estigma dos profissionais de saúde do	Daniel, Marina, João, Catarina, Teresa e	Escala	De 10 a 13 de Julho	Marrazes, Maceira, Monte

Bogardus	Centro de Saúde Arnaldo Sampaio;  Determinar o nível de estigma dos utentes do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.	Marco			Redondo e Amor
Ver ouvir e sentir	Divulgar a Semana Anti estigma da Saúde Mental;  Sensibilizar a população para a questão do estigma da saúde mental;  Desmistificar mitos e falsos conceitos face á saúde/doença mental  Informar a população sobre a saúde/doença mental	Daniel e Marina	Filme, projetor, computador, televisão, leitor de DVD, colunas e tela	De 10 a 13 de Julho	Marrazes, Maceira, Monte Redondo e Amor
Filme sensibilização Anti-estigma	Divulgar a Semana Anti estigma da Saúde Mental;  Sensibilizar a população para a questão do estigma da saúde mental;	Daniel e Marina	Filme, projetor, computador, televisão, leitor de DVD, colunas e tela	De 10 a 13 de Julho	Marrazes, Maceira, Monte Redondo e Amor

	<p>Desmistificar mitos e falsos conceitos face á saúde/doença mental</p> <p>Informar a população sobre a saúde/doença mental</p>				
Sessão para utentes na sala de espera	<p>Divulgar a Semana Anti estigma da Saúde Mental;</p> <p>Sensibilizar a população para a questão do estigma da saúde mental;</p> <p>Desmistificar mitos e falsos conceitos face á saúde/doença mental</p> <p>Informar a população sobre a saúde/doença mental</p>	Daniel, Marina, João, Catarina, Teresa e Marco	<p>Projetor, computador, carrinho, extensão, questionários</p>		
Sessão para profissionais	<p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a questão do estigma da saúde mental</p> <p>Formar os profissionais sobre a saúde/doença mental</p>	Daniel	Projetor, computador		
Questionário eletrónico	Avaliar a semana anti estigma	Daniel e Marina	Computador, Google docs	De 16 a 31 de Julho	

	da saúde mental Identificar aspetos a corrigir em futuras sessões				
--	-------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

## **Reflexões dos colegas que participaram na iniciativa**

### **Teresa Silva**

No dia 13 de Julho, participou na semana anti- estigma da Saúde Mental, no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, organizado pelo enfº Daniel.

Este projecto compreende duas vertentes, uma dirigida aos profissionais e outra vocacionada para os utentes, a sua participação aconteceu na vertente orientada para os utentes, esta intervenção tem inerente três momentos: no 1º momento procura saber-se junto do utente qual a sua atitude perante a pessoa com doença mental, no segundo momento é a apresentação power point ,o terceiro momento tem por fim perceber se a intervenção produziu alguma mudança.

Os conteúdos abordados incluem: conceito de saúde e doença mental, causas de doença mental, depressão, doença bipolar, esquizofrenia, tratamento da doença mental, sinais de alerta, pedir ajuda, estigma, mitos na doença mental, consequências do estigma, estratégias de combate ao estigma.

Esta intervenção tem por objectivo aumentar o conhecimento sobre doença mental e combater estigma associado á doença mental. Considera esta intervenção inovadora e muito interessante, a primeira reacção dos utentes é de surpresa, mas passado este primeiro impacto a adesão é boa, a intervenção transforma um tempo de espera em tempo útil, decorre em condições que o enfermeiro não controla na totalidade, ao seu redor uma dinâmica constante, utentes que chegam e outros que saem. Este contexto é muito estimulante, para mim foi um momento de aprendizagem, uma mais valia a participação num projecto bem concebido, organizado e implementado. Seria valido usar esta abordagem para intervir noutras áreas e para outras temáticas.

Ao enfº Daniel, parabéns e grata por esta oportunidade.

### **Marco Neves**

Um dia diferente em saúde mental...

Depois de me ter sido lançado o desafio, foi só “arregaçar as mangas” e “mãos á obra”.

Na semana dedicada á Saúde Mental no centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio, foi escolhido o tema Estigma na Saúde Mental para realizar uma sensibilização generalizada aos utentes utilizadores do centro de saúde nesses dias.

Foi surpreendente a forma como os utentes nos acolheram, aparecemos do nada com um projector e um computador (tipo indiano da “candongá”), para vendermos o nosso peixe. O nosso peixe era saúde mental e o estigma criado em torno dos doentes desta área de doença. A surpresa foi de tal ordem, que a atenção foi conquistada rapidamente e os utentes começaram a sentir que a espera (para uma consulta) que habitualmente é tempo perdido, estava a ser naquele momento tempo ganho.

Depois do primeiro impacto, com as apresentações do enfermeiro e do tema, foi preciso aproveitar a atenção maciça que nos era disponibilizada pela surpresa inicial. Nessa altura foi de especial importância procurar alguma interação, no sentido de perceber a sensibilidade para as temáticas abordadas. O medo do desconhecido causa grande insegurança, e esse era o sentimento mais marcante dos utentes do centro de saúde face ao doente mental.

Quando a interação estava mantida e até um pouco consolidada, foi a oportunidade para desmistificar o doente mental, a surpresa foi o sentimento mais manifestado. Apenas mostraram um sentimento de compreensão, aqueles que em alguma fase da sua vida, tiveram de se relacionar com este tipo de doentes. Foi interessante perceber, que as pessoas que nunca fizeram uma reflexão sobre esta temática, foram as que se mantiveram mais caladas, e as suas poucas manifestações, vinham no sentido de um maior estigma perante o doente mental. Contrariamente, aqueles que passaram por um relacionamento com um doente mental, manifestam-se com mais à-vontade refletindo um menor estigma. A falta de conhecimentos sobre esta temática, pode então ser uma das causas de estigma na população em geral.

Em cada sessão de sensibilização/esclarecimento, os ouvintes foram rodando. Nem todos acompanharam a sessão desde o início, e nem todos chegaram ao fim da sessão, aliás raramente existiram utentes a acompanhar toda a sessão do princípio ao fim. Esta fragilidade, já prevista foi um desafio interessante, uma vez que era importante usar uma linguagem adequada a todos os ouvintes (publico alvo totalmente desconhecido e imprevisível), e ao abordar as temáticas, ter sempre presente, que a qualquer momento

poderia surgir um novo ouvinte, e esse ouvinte teria de perceber desde o primeiro momento as temáticas que estávamos a abordar.

Um desafio interessante, penso que inovador e que se poderá vir a manifestar como revitalizante para uma instituição. Este tipo de iniciativas, mostra aos seus clientes (utilizadores dos seus serviços) vitalidade de uma instituição com capacidade para vencer desafios. Os utentes sentem assim maior capacidade da instituição para ir mais além que o previsto.

Em termos pessoais, este desafio desenvolveu algumas capacidades de improviso adequação e de desenvolvimento de conhecimentos e competências que serão muito úteis para o futuro. Nasceu em mim a clara sensação, que o inesperado pode servir como uma técnica de educação para a saúde, com resultados muito superiores a outras técnicas já vistas e em muitos casos desgastadas pela continuidade sem inovação.

Em forma de conclusão, penso que a técnica da surpresa pode vir a ser utilizada no futuro, como promotora da saúde. Está técnica poderá desencadear ganhos em saúde para as populações em geral e para muitos utentes em específico.

Obrigado pelo espaço que me foi proporcionado, para participar nesta iniciativa inovadora e que espero que tenha no futuro seguidores.

### **João Balau**

Ao longo da semana conta o estigma, dinamizadas pelo colega enfermeiro Daniel, tive o prazer de realizar algumas sessões em sala de espera para os utentes dos centros de saúde.

Inicialmente na Maceira e posteriormente em Leiria Marrazes estas decorreram conforme planeado pelo colega.

Na Maceira, em sala de espera ampla, a participação dos utentes foi significativa. Não quer contudo dizer que a mensagem tenha chegado a todos. Digo isto pois os consoante a chamada para a consulta iam flutuando pela sala. Algumas pessoas que se identificavam com os problemas expostos, iam-se mantendo na sala e participavam ativamente na troca de ideias dando a cara por situação já vividas. Outras, pois houve quem o manifestasse mantiveram-se intransigentes sobre a ideia de que o doente mental não pode andar por aí, “cito”. Outras houveram, que foi necessário uma explicação mais

pormenorizada, sobre determinada patologia. Nestas que manifestaram interesse em saber, julgo ter-mos conseguido alterar um bocado o seu pensamento sobre o doente mental. Poderei dizer que o estigma, vai de encontro grande parte das vezes com a falta de conhecimento que as pessoas detêm. Quando devidamente esclarecidas, elas mudam de atitude, pensando contudo que só uma ação não chega. Mas estas atitudes por parte destes enfermeiros de saúde mental, podem abrir caminho para futuras intervenções. Aja quem acredite que mão-de-obra penso começar a não faltar.

Em relação ao Centro de saúde de Marrazes Leira, as intervenções foram ligeiramente diferentes. Realizaram-se em sala de espera específicas, tendo-me cabido a sala da consulta materna e consulta do viajante. A população flutuava entre as consultas. Clientes que saíam, clientes que entravam. A todos tentei passar a mensagem de que a doença mental existe, que tem tratamento que não se “pega”. Reações foram várias, desde não manifestarem interesse no assunto, como ficarem “agarrados” pelo tema. Alguns manifestaram grande estigma, mas nestes casos mais relacionados com a falta de informação.

Outros referiram a grande necessidade de uma avaliação correta com determinadas patologias pois como uma cliente referiu já se sentiu estigmatizada no hospital de Leiria aquando de um episódio de hipoglicémia. Refere que não gostou da experiencia.

Em relação à equipa do centro de saúde, esta manifestou-se bastante interessada e agradada pelas ações. Necessito de fazer aqui uma ressalva. Quando falamos e combatemos o estigma, tentamos alterar maneiras de pensar para lentamente conseguirmos mudar opiniões. Usado por ventura um termo mais forte, fiquei chocado, quando ao ser abordada uma colega do referido centro simplesmente menosprezou a situação. Como atitude de profissional de enfermagem, aquela com que fomos apresentados, vai de encontro á constante necessidade de nós os de saúde mental, termos um imenso caminho a percorrer junto das populações e dos próprios profissionais de saúde, para mudar as mentalidades, para mudar o estigma em relação á saúde menta.

Neste caso específico, poderei pensar em duas hipóteses;

1- ou não quer saber porque se sente segura em relação ao assunto, e que esta abordagem nada mais irá acrescentar aos seus conhecimentos;

2- ou não sabe nada, julga-se muito importante, apresenta um ego insuflado, mas depois em relação à realidade pouco ou nada sabe, e que em conversas cruzadas percebe-se a existência de atitudes pouco assertivas...até mesmo de snobismo.

Mas no geral refiro que foi muito produtivo, que mais ações devem ser realizadas, e que para tal penso que os colegas do serviço com a especialidade de saúde mental, tem as portas abertas para iniciarem algo de diferente dentro da sua área, podendo sempre recorrer á rede de especialistas da saúde mental que se foram criando. Foi esta a impressão com que fiquei e foi esta a vontade expressa da Enf. Isabel.

Leiria 13 de julho de 2012, João Balau

### **Reflexão Final**

A realização da Semana Anti estigma foi para mim bastante desgastante e cansativa, pois foi necessário a preparação e produção de diverso material e foram realizadas diversas atividades algumas em simultâneo e em diversos locais, para públicos-alvo também bastante diversificados. Senti em alguns momentos alguma ansiedade e pressão que foi conseguindo autocontrolar pois tinha a noção clara que o sucesso desta iniciativa devido á sua abrangência, podia ser importante para a abertura das portas que tanto tenho falado nas minhas reflexões. Um destes momentos de maior ansiedade ocorreu durante a realização da última ação de formação para profissionais. Além disso procurei estar sempre muito focado e concentrado para que as atividades planeadas fossem realizadas de uma forma pontual e com a qualidade devida.

Esta iniciativa acabou de certa forma por ter sido prejudicada pela greve dos médicos, pois fez diminuir o número de pessoas que se deslocou ou permaneceu no centro de saúde, além de não ter permitido envolver e intervir junto de um amor números de elementos deste grupo profissional

Penso contudo ter atingido alguns objetivos com esta atividade. Claro que será sempre difícil avaliar o impacto da mesma ou as mudanças de comportamentos ocorridas decorrentes desta iniciativa. O que é possível dizer com clareza é que esta semana colocou profissionais e doentes a ouvir e falar sobre estigma e saúde mental. Terá ainda servido com um grau diferente para cada indivíduo, para aumentar os conhecimentos

sobre a temática ou contribuir para a mudança de alguns falsos conceitos ou mitos ainda muito associados a esta temática.

Relativamente às atividades desenvolvidas existem como é obvio alguns reparos a fazer. Os vídeos utilizados terão de ser reformulados pois existia alguns diapositivos com bastante informação e quando transmitidos através televisão a letra tornava-se pequena. Terei de tornar os mesmos também visualmente bastante mais apelativos. Contudo é de aproveitar esta possibilidade de utilizar as televisões como recurso na disponibilização de informação educativa para os frequentadores do Centro de Saúde. Os cartazes acabaram por corresponder às minhas expetativas e foram eficazes como veículo transmissor de informação. A experiência produzida com a realização de sessões na sala de espera foi bastante interessante. O conceito de repente aparecer na sala um enfermeiro com um carrinho com um computador e um projetor e pôr-se a realizar uma ação educativa, parece-me interessante e passível de ser explorada mais vezes. Claro que este tipo de intervenção tal como ficou demonstrado para cada um de nós que a realizou é extremamente exigentes, pois além de gerirmos o ambiente temo de contar com um público-alvo que a qualquer momento se pode modificar e ainda com o fato de muitos dos presentes não poderem estar interessando ou não sentirem necessidade de determinada intervenção. Penso que nestas situações acaba por sobressair o desenvolvimento por parte do enfermeiro de uma boa capacidade de observação e avaliação do seu público-alvo, avaliação essa que terá de ser célere, a capacidade de a qualquer momento adequar e modificar a sessão de acordo com o público-alvo presente. Será também importante a capacidade de o enfermeiro rapidamente captar a atenção dos utentes e motivar os utentes por forma a levá-lo a colaborar e a aderir á intervenção a realizar, tirando partida do efeito surpresa provocado.

Um outro aspeto que para mim teve muita importância foi a possibilidade de poder ter contado com a colaboração na dinamização de algumas das sessões de colegas de especialidade e da presença do Professor Zé Carlos. Mesmo ocupados como andavam, conseguiram gerir o seu tempo por forma a congregarmos sinergias para a realização da intervenção propostas. Penso que isto pode servir de exemplo para o futuro, porque não mantermos esta colaboração e partilha de recursos nas atividades que viermos a desenvolver nos nossos contextos profissionais, como enfermeiros especialistas.

Esta atividade só foi possível de realizar porque contou desde a primeira hora como o apoio de toda a direção do Centro de Saúde, chefia de enfermagem, coordenador

médico e vogal administrativo, que uniu esforços e sinergias para que esta atividade tivesse o impacto que acabou por ter. Aqui destaco o entusiasmo e a ajuda preciosa do Dr. Pedro que desde cedo se envolveu na iniciativa, conseguindo mesmo fazer a ponte com a coordenação da USF o que nos permitiu envolver profissionais e utentes desta na nossa iniciativa, algo que até aqui ainda não tinha conseguido fazer em outras atividades e que muitos considerável como impossível. Claro que existiram obstáculos, e situações caricatas que acabaram por ser contornadas e ultrapassadas, como o desconhecimento total do funcionamento do circuito de televisão interna, a ausência dos comandos ou a falta indisponibilidade das colegas da USF. São aspetos como estes que mostram o quanto é difícil e o quanto ainda causa renitência realizar intervenção na área da saúde mental.

Penso que com mais calma e de uma forma mais distanciada será importante realizar uma reflexão quer sobre os dados obtido e que terão de ser trabalhados de uma forma mais rigorosa e aprofundada quer sobre a intervenção realizada e alguma das suas estratégias. As conclusões que daí possam advir poderão ser importantes para lançar novas iniciativas deste género e quem sabe replicar o modelo a outras áreas.

Contudo os dados avaliativos obtidos quer junto de utentes quer junto dos profissionais torna possível afirmar da importância e do sucesso que acabou por ter esta iniciativa, sendo grande parte das opiniões bastante positivas e elogiosas do trabalho que foi desenvolvido e com críticas bastante construtivas que permitem a melhoria da qualidade relativamente á intervenção a efetuar no futuro.

ANEXO XXII – Questionário aplicado no estudo de investigação

## **Instrumento de Colheita de Dados**

Este estudo de investigação tem como objetivo determinar o nível de depressão dos doentes antes e após a realização de uma intervenção psicoeducativa com ou sem recurso a metodologia B-learning, avaliar o impacto nos conhecimentos sobre depressão adquiridos pelo doente, através da realização de uma intervenção psicoeducativa com ou sem recurso a metodologia B-learning, verificar o impacto na motivação para a psicoeducação dos doentes submetidos a uma intervenção psicoeducativa com ou sem recurso a metodologia B-learning

A sua participação neste estudo é imprescindível, pois sem o seu contributo será impossível compreender esta realidade.

Esta participação é voluntária e tem o direito de não querer participar ou a qualquer altura abandonar o estudo. Não existe qualquer consequência pela sua recusa. Todos os dados são confidenciais e será sempre salvaguardada a sua intimidade. A participação neste estudo implica estar presente nas 8 sessões psicoeducativas a realizar de uma forma semanal

**Se concordar participar neste estudo continue a responder a este questionário.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Declaro que fui suficientemente esclarecido(a) sobre o presente estudo de investigação, dos seus objectivos e de que os dados recolhidos possam vir a ser publicados posteriormente. Declaro também que fui informado(a) dos procedimentos inerentes ao estudo. Fui informado que todos os dados são confidenciais. Estou ciente que estou a participar como voluntário(a) e que em qualquer momento posso desistir da minha participação.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a participação neste estudo.

---

## **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

---

Responda a todas as perguntas realizadas, não demorando muito tempo a pensar nas respostas. Não existem respostas correctas ou erradas.

### **MOTIVAÇÃO PARA A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

---

#### **Alternativa para o pós-teste**

	<b>MM</b>	<b>M</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>MD</b>
Sentiu-se motivado para participar no modelo psicoeducativo proposto					
Sentiu-se motivado para participar nas sessões presenciais					
Sentiu-se motivado para participar nas sessões realizadas através da plataforma de ensino á distância					

**Escala: MM-** Muito motivado

**M** – Motivado

**I** – Indiferente

**D** – Desmotivado

**MD** - Muito Desmotivado

**Teve vontade em desistir durante a intervenção á qual foi sujeita:** Sim

Não

## INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK

---

O questionário que a seguir é apresentado é constituído por vários grupos de afirmações. Em relação a cada grupo escolha uma só afirmação. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que descreve melhor a forma como se sente no momento actual.

---

A.- Não me sinto triste

- Ando “neura” ou triste

- Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo

- Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim

- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

B.- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro

- Sinto-me com medo do futuro

- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro

- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas

- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C.- Não tenho a sensação de ter fracassado

- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- Quando analiso a minha vida passada tudo o que noto é uma imensidade de fracassos
- Sinto-me completamente fracassado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

- D.- Não me sinto descontente com nada em especial**
- Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
  - Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
  - Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
  - Sinto-me descontente com tudo

- E. - Não me sinto culpado de nada em particular**
- Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
  - Sinto-me bastante culpado
  - Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada
  - Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.

- F. - Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo**

- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- Sinto que mereço ser castigado
- Quero ser castigado
  
- G.** - Não me sinto descontente comigo mesmo
- Estou desiludido comigo mesmo
- Não gosto de mim
- Estou bastante desgostoso comigo
- Odeio-me
  
- H.** - Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- Culpo-me das minhas próprias faltas
- Acuso-me por tudo de mal que acontece
- Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo
  
- I.** - Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- Sinto que seria melhor morrer
- Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse

- Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade
  
- J.** - Atualmente não choro mais do que de costume
- Choro agora mais do que costumava
- Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade
  
- K.** - Não ando agora mais irritado do que de costume
- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- Sinto-me permanentemente irritado
- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente
  
- L.** - Não perdi o interesse que tinha pelas outras pessoas
- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

**M.** - Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente

- Atualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões

- Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas

- Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões

**N.** - Não acho que tenha pior aspecto do que de costume

- Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho ou pouco atraente

- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente

- Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

**O.** - Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente

- Atualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar

- Não consigo trabalhar tão bem como costumava

- Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for

- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

**P.** - Consigo dormir tão bem como dantes

- Acordo mais cansado de manhã do que era habitual

- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer

- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas

**Q.** - Não me sinto mais cansado do que é habitual

- Fico cansado com mais facilidade do que antigamente

- Fico cansado quando faço seja o que for

- Sinto.-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

**R.** - O meu apetite é o mesmo de sempre

- O meu apetite não é tão bom como costumava ser

- Atualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente

- Perdi completamente todo o apetite que tinha

**S.** - Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente

- Perdi mais de 2,5 quilos de peso

- Perdi mais de 5 quilos de peso

- Perdi mais de 7,5 quilos de peso

- T.** - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo
- Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa
- Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto
- 
- U.** - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
- Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

**Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!**

**Grato pela colaboração**

## AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO REALIZADA

	Sim	Não
Considera uma mais valia para a intervenção a realização de algumas sessões através da plataforma de ensino á distância		
As sessões realizadas através da plataforma de ensino á distância permitiram-lhe aumentar os conhecimentos sobre a doença		
Considera os conteúdos disponibilizados na plataforma de ensino á distância adequados ás suas necessidades sobre as temáticas em causa		
Sentiu-se mais desacompanhada pelos terapeutas nas sessões de ensino á distância		
Teve dificuldades no acesso aos conteúdos disponibilizados na plataforma de ensino á distância		
Prescindiria da componente de ensino á distância nesta intervenção		

**Quais as vantagens que vê na utilização da plataforma de ensino á distância, em intervenções como aquela que teve oportunidade de participar?**

---

---

---

---

---

---

**Quais as desvantagens que vê na utilização da plataforma de ensino á distância, em intervenções como aquela que teve oportunidade de participar?**

---

---

---

---

---

---

**Quais as principais dificuldades sentidas nas sessões realizadas á distância? Como as procurou contornar? O que poderá ser feito no futuro para que não ocorram?**

---



---



---



---



---

**Como poderá ser melhorada a intervenção realizada através da plataforma de ensino á distância?**

---



---



---



---



---

	Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco Importante	Nada Importante
A utilização de vídeos					
A utilização de testemunhos de outros doentes					
A utilização de apresentações					
A utilização de textos					
A disponibilização de links					
A utilização de questionários					

**Que outros conteúdos gostaria de ver disponibilizados?**

---



---



---

**Como poderá ser melhorada a comunicação enfermeiro/utente durante a realização das sessões á distância**

---



---



---

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Em que medida ficou satisfeita com a intervenção que foi realizada					
Em que medida ficou satisfeita com a forma como decorreram as sessões					
Em que medida ficou satisfeita com as temáticas abordadas ao longo das sessões					
Em que medida ficou satisfeita com o desempenho dos terapeutas					

	Sim	Não
Voltaria a disponibilizar-se para a participação numa intervenção deste género		
Aconselharia a participação numa intervenção similar a um seu familiar ou amigo		

	Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco Importante	Nada Importante
Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para					

<p>aumentar os conhecimentos acerca da sua doença.</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para clarificar questões relacionadas com o tratamento</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para a resolução de problemas do dia a dia</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção a deixou mais preparada para prevenir e lidar em situações de crise</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para identificar e estar mais recetiva para a existência de redes de apoio na sua vida</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para a promoção da sua saúde mental</p>					
<p>Considera que a sua participação nesta intervenção foi importante para</p>					

aprender a lidar melhor com o seu processo de doença					
------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

**Que conteúdos mais gostaria de ter visto abordados?**

---

---

---

**Dos conteúdo abordados, existe algum que gostaria que não tivesse sido abordado?**

---

---

---

**Quais as mais valias para a sua saúde mental e a para a gestão do seu processo de doença geradas pela participação nesta intervenção?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Quais as mais valias para si geradas pela participação nesta intervenção?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Que aspetos negativos destaca gerados pela participação nesta intervenção?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**O que consegui/obtevi com a participação nesta intervenção?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO***

## ANEXO XXII

Intervenção para doentes com o diagnóstico de Enfermagem: Risco de Auto-agressão



## **Prevenção da Depressão e do Suicídio**

**Intervenção em doentes com o  
diagnóstico de Enfermagem: Risco  
de Auto-agressão**

Daniel Ricardo Simões de Carvalho

Leiria, 2012

## Índice

<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO</b>	<b>3</b>	
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>4</b>	
<b>3.</b>	<b>POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>5</b>	
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>5</b>	
<b>5.</b>	<b>RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS</b>		<b>6</b>
<b>6.</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>7</b>	
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>9</b>	

## 1. ENQUADRAMENTO

A OMS estima que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, sendo este apontado como uma das dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Em todo o mundo estima-se que cerca de dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. (DSMAS, 2006). Muitas destas pessoas acabam por ter necessidade de internamento em serviços de psiquiatria.

Já no nosso país e segundo dados do INE estima-se que ocorram cerca de 1.000 suicídios por ano (INE 2011). Se tivermos em conta que apenas ocorre uma morte em cada 20 comportamentos da esfera suicidária facilmente se percebe a dimensão do problema. Este fato levou a que o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 define-se esta área como uma das prioridades de intervenção.

A problemática do suicídio é assim um fenómeno de difícil compreensão e multifacetado, que se encontra muitas vezes associado à doença mental (Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro, Façanha, 2012).

Cruz (2006) aferiu que pessoas com uma baixa autoestima têm muitas vezes dificuldade em solucionarem os problemas com que se vão deparando tendo uma tendência em visualizarem o futuro como algo negativo. Além disso indivíduos com tentativas de suicídio, têm mais dificuldades em resolver problemas em parte devido a algum deficit ao nível das competências sociais (Pollock e Williams, 1998; Rudd et al., 1994; Wilson et al., 1995 citados por Cruz, 2006).

Santos et al (2012) referem vários estudos que associam ideação suicida, tentativas de suicídio e acontecimentos de vida geradores de stresse. Um destes estudos foi realizado por Garlow et al. (2008), na qual existiu uma relação entre sofrimento psíquico e a ansiedade com a ideação suicida, sendo comum encontrar jovens com ideação suicida e a ansiedade.

O Processo Clínico do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria Pombal possui o Mod DO 355 que corresponde á Avaliação Inicial de Enfermagem. Esta avaliação deve ser realizada nas primeiras vinte e quatro horas de internamento e o seu preenchimento permite identificar os diagnósticos de enfermagem presente no doente, em linguagem CIPE na sua versão Beta 2.

No que se refere a comportamento da esfera suicidária presentes nos doentes internados, o diagnóstico previamente construído é o “Risco de Autoagressão”. A CIPE Beta 2 (2005, p.88) define o foco Autoagressão como “um tipo de comportamento de procura de saúde com as seguintes características específicas: desempenho de atividades de iniciativa própria com o objetivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio.

Para que este diagnóstico seja identificado, o enfermeiro terá identificar no doente a presença de pelo menos uma das seguintes condições:

- tentativa prévia de suicídio que tenha motivado o internamento
- existência de plano suicida delineado
- vontade de viver diminuída
- automutilação
- sentimentos/pensamentos suicidas/morte ativos

Embora sem dados estatísticos que comprovem esta afirmação, existem um número relevante de doentes na qual se encontra presente este foco de atenção, em especial na ala feminina. A intervenção realizada nestas situações pela equipa de enfermagem assenta sobretudo numa vertente psicoeducativa e com alguma incidência em estratégias cognitivo comportamentais. A intervenção é apenas realizada de forma individual.

## **2. OBJETIVOS**

Os objetivos desta intervenção passam por:

- Realizar um programa de intervenção em doentes com o diagnóstico de enfermagem de “Risco de Auto-agressão”
- Determinar o nível de desesperança antes e após a realização de uma intervenção psicoterapêutica em grupo e a quando do momento da alta

- Fomentar a realização de intervenções de uma forma sistemática e organizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental no âmbito das suas competências específicas.

### **3. POPULAÇÃO ALVO**

Doentes de ambas as alas, internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E.

Os utentes devem possuir os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico “Risco de autoagressão” e demonstrarem interesse e motivação para participarem nas sessões.

Serão excluídos os doentes que não apresentarem condições para colaborarem nas sessões e doentes com alterações do conteúdo do pensamento e/ou alterações da perceção.

### **4. METODOLOGIA**

A intervenção será composta por um total de quatro sessões psicoterapêuticas, a decorrer durante o turno da manhã em quatro dias consecutivos. Cada sessão terá a duração de 60 minutos, por EESM.

Serão realizados três momentos de avaliação utilizando o instrumento construído para o efeito. A primeira avaliação ocorrerá no início da primeira sessão, a segunda avaliação no final da quarta e última sessão e por último a terceira avaliação ocorrerá a quando da alta do doente.

As temáticas a abordar nas diferentes sessões são as esquematizadas no quadro seguinte:

<b>Sessão</b>	<b>Tema da sessão d</b>
<b>1</b>	<b>Promoção da Auto-estima.</b>
<b>2</b>	<b>Treino de competências sociais de resolução de problemas e gestão de conflitos</b>
<b>3</b>	<b>Autocontrolo da Ansiedade com Treino de Técnica de Relaxamento</b>
<b>4</b>	<b>Reforço e sistematização dos conteúdos abordados e abordagem de um tema sugerido pelo doente</b>

A intervenção terá um período experimental de um ano Não existe limite ao número de doentes a serem sujeitos á intervenção.

## **5. RECURSOS**

As sessões decorrerão no gabinete de acolhimento da ala masculina do serviço de Psiquiatria, durante o turno da manhã.

O material a utilizar inclui cadeiras, quadro branco, marcadores, computador, colchões, aparelhagem, canetas e folhas de papel.

As sessões serão desenvolvidas por um terapeuta Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os restantes colegas do serviço serão também um recurso importante nas intervenções que possam ser realizadas entre as sessões. Para tal devem ser informados do plano de intervenção previamente desenhado e no final das sessões informados da forma como este decorreu, sendo informados de necessidades de intervenção ou reforço da intervenção identificadas durante as sessões.

Haverá para tal, necessidade de criar um impresso próprio, que passará a fazer parte do processo clínico dos participantes, para registo dos comportamentos, atitudes e avaliação da participação de cada elemento em cada uma das sessões.

Seria também importante realizar algum trabalho ao nível da parametrização do diagnóstico “Risco de Auto-agressão” sobretudo no que concerne ao grau a atribuir, para que fosse possível avaliar a alteração produzida no mesmo com a realização da intervenção planeada.

## **6. AVALIAÇÃO**

Será criado um instrumento de colheita de dados que além de incluir o consentimento informado para a intervenção, incluirá ainda alguns dados sociodemográfico e a escala de desesperança de Beck (1974).

Este instrumento será preenchido pelos doentes na primeira e última sessão e a quando da alta destes do serviço.

No final de cada sessão será ainda realizada uma avaliação oral, pelos doentes para aferir da forma como esta decorreu. Na última sessão será ainda pedido aos participantes que façam um balanço da intervenção, avaliem o desempenho dos terapeutas e apontem sugestões de melhoria.

Após o término da intervenção os enfermeiros que desempenharam o papel de terapeutas devem reunir-se e realizarem uma avaliação da intervenção quer através de uma reflexão do seu desempenho e do decurso das sessões quer através das informações fornecidas pelos utentes. Caso seja essa a sua conclusão devem introduzir alterações/correção à intervenção a realizar nas próximas intervenções. Deverá ainda ser realizado um tratamento estatístico dos dados obtidos.

A cada seis meses deverá ser realizada uma avaliação dos dados obtidos nas diversas sessões realizadas. Esses dados deverão ser depois apresentados e discutidos pela equipa multidisciplinar. Deverão ser ponderadas alterações ao plano de intervenção e aferir da pertinência da manutenção da intervenção.

Os três indicadores propostos para a avaliação da intervenção realizada semestralmente são:

- % doentes com diagnóstico de enfermagem “Risco de Auto-Agressão” sujeitos a intervenção;
- % doentes que tiveram uma diminuição do score da escala de desesperança de Beck no final da intervenção planeada
- % doentes que tiveram uma diminuição do score da escala de desesperança de Beck a quando do momento da alta

Para os indicadores em cima descritos foram estabelecidas respetivamente as seguintes metas:

- pelo menos 25% dos doentes internados com diagnóstico de “Risco de Autoagressão” devem ser sujeitos à intervenção
- pelo menos 65% dos doentes sujeitos à intervenção devem reduzir o valor do score da escala de desesperança de Beck no final da intervenção

- pelo menos 70% dos doentes sujeitos á intervenção devem reduzir o valor do score da escala de desesperança de Beck a quando do momento da alta.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., Agresta, J. (2004) *Social skills training for schizophrenia – a step by step guide* (2ª Edição). New York: The Guilford Press.

Conselho Internacional de Enfermagem. (2005). *Classificação para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2* (3ª Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem .

CRUZ, J. (2006) – *Memórias traumáticas, auto-narrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico*. In COSTA, P. [et al.] – *Stresse Pós-traumático: modelos, abordagens e práticas*. Leiria: Editorial Diferença.

Cruz,S. (2007) *Beck Hopleness Scale*. Acedido a 21/04/2012 em <http://psicomograficos.blogspot.pt/2007/11/bhs-beck-holpelessness-scale.html> . Acedido em 15/07/2012.

Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias (2006). *PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM RECURSO PARA CONSELHEIROS*. Genebra: Organização Mundial de Saúde

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento – Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª edição). Loures: Lusociência.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016, PNSM (2008) – Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008. Diário da República, I Série. Nº 47 (06-03). p. 1395-1409.

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). Aprova o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, II Série. N.º 35 (11/02/18), 8669-8673.

Santos, J. C., Façanha, J.D., Gonçalves, M.A., Erse, M.P., Cordeiro, R.A., & Façanha, R.M. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de*

*Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Lisboa:  
Ordem dos Enfermeiros

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica – Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (1ª Edição)*. Quarteto Editora:  
Coimbra.

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica – Princípios e prática (6ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed.

## ANEXO XXIII

Alcoólicos, (e) os outros?

# Projeto de intervenção

**TÍTULO DO PROJETO:** Alcoólicos, (e) os outros?

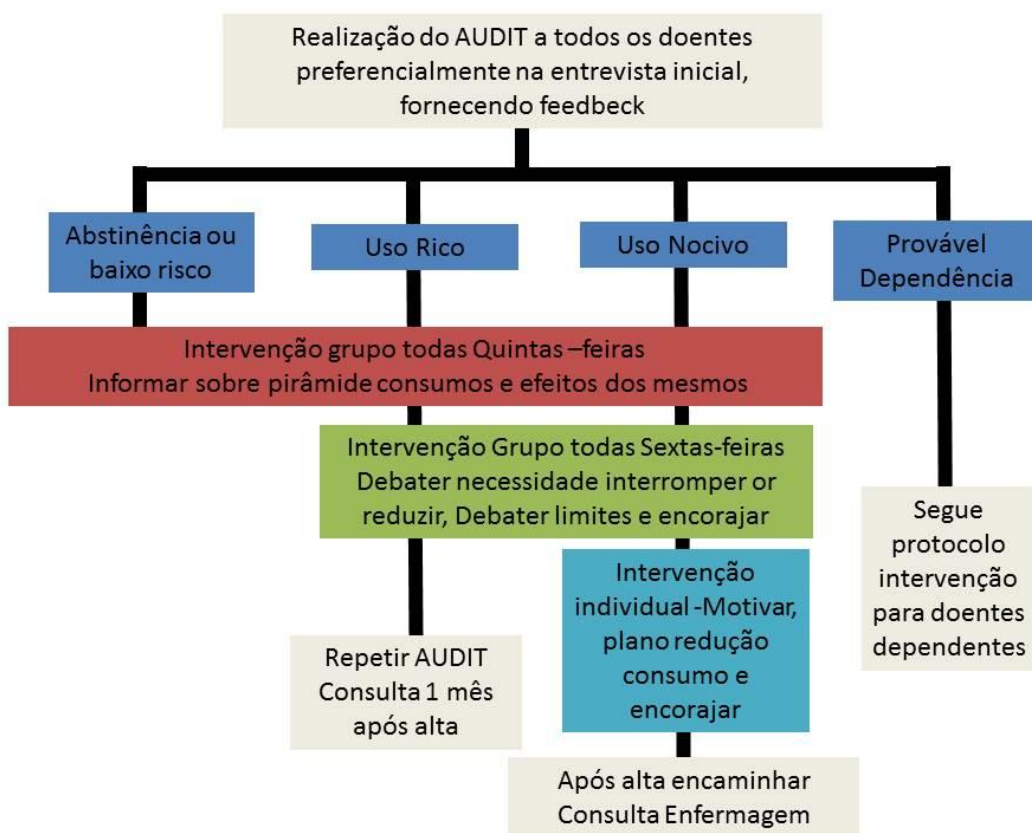
**FUNDAMENTAÇÃO:** O álcool é um dos principais determinantes de saúde, sendo responsável por cerca de 7.4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia (Anderson & Baumberg, 2006). A OMS (2002) estima-se que existam em todo o mundo uma prevalência de 1,7% de perturbações devidas ao uso de álcool, incluindo perturbações mentais e comportamentais

As Intervenções breves são procedimentos simples de base eminentemente cognitivo-comportamentais, muito centradas em intervenções psicoeducativas e na motivação para a mudança (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Barroso et al., (2010, 2012) defende que este tipo de intervenções são eficazes na redução dos consumos e na diminuição dos problemas relacionados com o álcool.

**OBJETIVOS:** Realização do AUDIT a todos os doentes internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental; Aumentar os conhecimentos acerca do álcool e informações sobre o risco a todos os utentes internados; Realização de aconselhamento simples aos doentes de uso de risco e uso nocivo; Realização de Intervenções breves aos doentes com uso nocivo

**POPULAÇÃO ALVO:** Doentes de ambas as alas, internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E. Serão excluídos os doentes que não apresentarem condições para colaborarem nas sessões ou que recusem participar na mesma

## DESENHO DA INTERVENÇÃO:



## 8. RECURSOS

As sessões de grupo decorrerão no refeitório da ala masculina. As intervenções individuais decorrerão nos gabinetes de cada um das alas

O material a utilizar inclui cadeiras, quadro branco, marcadores, computador, colchões, aparelhagem, canetas e folhas de papel.

As sessões de grupo serão desenvolvidas por dois EESM, um de cada ala e as intervenções individuais por um EESM.

Os restantes colegas do serviço serão também um recurso importante nas intervenções que possam ser realizadas entre as sessões. Para tal devem ser informados do plano de intervenção previamente desenhado e no final das sessões informados da forma como este decorreu, sendo informados de necessidades de intervenção ou reforço da intervenção identificadas durante as sessões.

Haverá para tal, necessidade de criar um impresso próprio, que passará a fazer parte do processo clínico dos participantes, para das intervenções realizadas

Seria também importante realizar algum trabalho ao nível da parametrização dos focos Abuso de álcool, Aceitação do estado de saúde, Autoconsciência, Conhecimento sobre a saúde e Efeito de Drogas.

## **9. AVALIAÇÃO**

No início da intervenção será passado o AUDIT a todos os doentes que sejam internados no serviço de psiquiatria e saúde mental.

Será criado um questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos pelos utentes com as intervenções em grupo, como tal será realizado o mesmo questionário antes de após a sessão em grupo Estes questionários serão novamente realizados no momento da alta do doente.

Os ganhos em saúde obtidos pelo doente com a participação na intervenção serão avaliados com as modificações produzidas no juízo dos focos de atenção relevantes para a enfermagem ao nível dos juízos dos focos de atenção de enfermagem

A cada seis meses deverá ser realizada uma avaliação dos dados obtidos nas diversas sessões realizadas. Esses dados deverão ser depois apresentados e discutidos pela equipa multidisciplinar. Deverão ser ponderadas alterações ao plano de intervenção e aferir da pertinência da manutenção da intervenção.

Os três indicadores propostos para a avaliação da intervenção realizada semestralmente são:

- % doentes a quem foi realizado o AUDIT na entrevista de acolhimento
- % doentes que tiveram um aumento dos conhecimentos com as intervenções em grupo
- % doentes que tiveram uma manutenção ou aumento dos conhecimentos no momento da alta

Para os indicadores em cima descritos foram estabelecidas respetivamente as seguintes metas:

- pelo menos 80% dos doentes internados com diagnóstico de “Risco de Autoagressão” devem ser sujeitos á intervenção
- pelo menos 75% dos doentes sujeitos á intervenção devem aumentar os seus conhecimentos
- pelo menos 70% dos doentes sujeitos á intervenção mantenham ou aumentem os conhecimentos no momento da alta

## **10. BIBLIOGRAFIA**

Anderson, P & & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public heath prespective*. London: Institute of Alcohol Studies.

Babor, T. & Higgins-Biddle, J (2001). Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677-686

Barroso, T. et al (2010). Effectiveness of clinical nurse specialist brief alcohol intervention in primary care stings in International Alcohol Clinical Experimental Research Suplemento, 52,.

Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança. Lisboa:DGS.