



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório da Prática Especializada em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Marlene Alexandra Gonçalves de Matos

Leiria, maio de 2014



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório da Prática Especializada em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Relatório de Estágio

Marlene Alexandra Gonçalves de Matos, n.º 5120022

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes
Professor Coorientador: Mestre Marina Sofia Silva Cordeiro

Leiria, maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

PENSAMENTO

“A prática reflexiva é um processo pelo qual pretendemos ir além da experiência de vida.”

Elvira Santos

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, aos meus pais, sogros, irmão e cunhada e restante família, amigos e colegas. E ainda, à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e a todos os utentes e famílias.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Orientador, Doutor José Carlos Gomes pela disponibilidade, apoio, dedicação, motivação e conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso, que contribuíram para a minha maturação pessoal e profissional.

À Professora Coorientadora, Mestre Marina Cordeiro pela sua generosidade, empenho, dedicação, colaboração e incentivo em todos os momentos desta caminhada.

A todos os profissionais do Lar de São José e do Serviço de Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Tomar que me acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos, mas também a todos os utentes e famílias que se cruzaram comigo ao longo deste percurso, contribuindo direta ou indiretamente para as minhas aprendizagens e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental. A todos eles o meu muito obrigado!

Ao Pedro pelo apoio, paciência e dedicação.

Aos meus pais e sogros, sem eles não teria sido possível.

Ao meu irmão, cunhada e amigos que compreenderam as minhas ausências... pelas palavras de incentivo e motivação.

A todo o serviço de Psiquiatria por todo o apoio, partilha e disponibilidade.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente à Tânia e Margarida por todo o companheirismo, reforço positivo e amizade, muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

p. – página

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

OE - Ordem dos Enfermeiros

S. - São

CAST - Centro de Assistência Social de Tomar

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

n.º - Frequência Absoluta

% - Frequência Relativa

CHMT- Centro Hospitalar Médio Tejo

SACE – Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MS - Ministério da Saúde

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EE - Enfermeiro Especialista

TCS - Treino de Competências Sociais

MMS – *MiniMental State Examination*

MDA – *Mini Dependence Assessment*

GDS – *Geriatric Depression Scale*

M – Média

DP – Desvio Padrão

X_{min} – Valor Mínimo

X_{máx} – Valor Máximo

Z – Teste de *Wilcoxon*

p – Coeficiente de correlação de Pearson

RESUMO

O presente relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental surgiu no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, reportando-se aos Ensinos Clínicos decorridos no Lar de São José, em Tomar e no serviço de Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Graça - Centro Hospitalar Médio Tejo, também em Tomar, num período compreendido entre 4 de março e 12 de julho de 2013.

Este trabalho teve como objetivos principais: refletir e analisar criticamente sobre todas as experiências e atividades desenvolvidas na prática profissional durante os ensinos clínicos, no âmbito da aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental; desenvolver competências na área de análise e comunicação de resultados obtidos a partir da prática especializada fundamentada em evidência científica.

Para facilitar a compreensão do contexto onde se realizaram os Ensinos Clínicos foi inicialmente realizada uma breve caracterização dos serviços onde estes decorreram, seguindo-se uma reflexão crítica sobre as atividades efetuadas para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, e por fim, a prática especializada baseada na evidência.

Para dar resposta à prática baseada na evidência, foi desenvolvido um estudo Quase-Experimental com um desenho de pré e pós teste sem grupo de controlo, com o objetivo de avaliar o impacto do projeto “*VivaMente*”, desenvolvido no Lar de São José durante os Ensinos Clínicos I e III, a nível da cognição, na sintomatologia depressiva e na dependência das atividades de vida diária dos idosos institucionalizados nesse mesmo Lar. Os resultados obtidos demonstraram diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação, pelo que se considerou que o projeto teve um impacto positivo na saúde mental dos idosos institucionalizados no Lar de S. José.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Promoção, Saúde Mental, Idosos.

ABSTRACT

This report in specialized mental health nursing practice was developed under the 2nd Master program in Mental Health Nursing and Psychiatry, of the School of Health Sciences from the Polytechnic Institute of Leiria , referring to clinical practice realized in *São José* nursing home in Tomar and Outpatient Psychiatry Service of the *Hospital Nossa Senhora da Graça , Tomar – Centro Hospitalar do Médio Tejo* , between March 4 and July 12, 2013 .

The main objectives are: to analyse and reflect critically on all professional practice experiences and activities during clinical practice in the context of the acquisition of specialized competences in Mental Health Nursing; and to develop skills in analysis and communication of results obtained from the specialized practice based on scientific evidence .

To facilitate the understanding of the context where we performed the Clinical practice, we will start with a brief characterization of the settings where they were held , followed by a critical reflection on the activities undertaken to acquire common and specific specialist nurses in mental health competences. .

To respond to evidence-based practice, a quasi-experimental study, pre and post-test without a control group design was developed with the objective of evaluating the impact of "*VivaMente*" program on the level of cognition in depressive symptoms and dependence on activities of daily living of the elderly, developed in the *São José* nursing home during the Clinical practices,. The results showed that the project had a positive impact on mental health of institutionalized elderly in the *São José* nursing home.

Keywords: Nursing , Skills , Promotion , Mental Health , Seniors .

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	15
1.1. CARATERIZAÇÃO DO LAR DE S. JOSÉ	16
1.2. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO	20
2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES	27
2.1. ENSINO CLÍNICO NO LAR DE S. JOSÉ	30
2.2. ENSINO CLÍNICO NO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR	45
3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA - PROJETO “VIVAMENTE”	59
3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	60
3.2. METODOLOGIA	65
3.2.1. Tipo de estudo	66
3.2.2. Questão de investigação, objetivos e hipótese	66
3.2.3. População e amostra	67
3.2.4. Procedimentos formais e éticos	68
3.2.5. Instrumentos	69
3.2.6. Descrição do projeto “ <i>VivaMente</i> ” (Intervenção)	72
3.2.7. Tratamento de dados	76
3.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
3.4. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
4. CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

ANEXOS

ANEXO I – Logotipo do projeto “*VivaMente*”

ANEXO II – *Powerpoint* da sessão de formação em serviço sobre “Cuidar do idoso com dependência física e mental”

ANEXO III – *Powerpoint* da sessão de formação em serviço sobre “A importância da comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas”

ANEXO IV – Estudo de caso (Lar de S. José)

ANEXO V – Plano e *Powerpoint* da sessão de psicoeducação sobre “Promoção da Saúde Mental”

ANEXO VI - *Powerpoint* da sessão de psicoeducação sobre “Alimentação Saudável”

ANEXO VII - Análise SWOT

ANEXO VIII – Estudo de caso (Ambulatório de Psiquiatria)

ANEXO IX – *Powerpoint* “Esquizofrenia”

ANEXO X – Panfletos informativos

ANEXO XI – *Powerpoint* da sessão de formação em serviço (Ambulatório de Psiquiatria)

ANEXO XII – Pedido formal de autorização para implementação do projeto “*VivaMente*” e divulgação dos dados

ANEXO XIII – Modelo do consentimento informado

ANEXO XIV – Formulário

ANEXO XV – Manuais de intervenção do projeto “*VivaMente*”

ANEXO XVI – Artigo científico para submeter à publicação na Revista Referência

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Desenho de investigação	66
-----------------	-------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS	p.
QUADRO 1 Níveis de escolaridade dos profissionais do Lar de S. José com vínculo à Instituição	19
QUADRO 2 Caraterização dos utentes do Lar de S. José por sexo e idades	19
QUADRO 3 Descrição das intervenções implementadas no projeto “ <i>VivaMente</i> ”	73
QUADRO 4 Caraterização sociodemográfica da amostra (N=19)	78
QUADRO 5 Caraterização da amostra quanto ao funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva, antes e após a implementação do projeto “ <i>VivaMente</i> ” (N=19)	80
QUADRO 6 Resultados da aplicação do teste de <i>Wilcoxon</i> nas três escalas utilizadas e aplicadas antes (momento 1) e após (momento 2) a implementação do “ <i>VivaMente</i> ”	82

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular de Relatório de Estágio, inserida no 3.º Semestre do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no ano letivo 2012/2014. Para este trabalho, é considerada a prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, tendo como linhas orientadoras o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122 de 18 de fevereiro de 2011), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (Regulamento n.º 129 de 18 de Fevereiro de 2011), bem como, outros documentos que regulamentam o exercício da profissão.

A profissão de Enfermagem tem estado sujeita ao longo dos tempos a uma série de fatores que têm contribuído para que esta tenha evoluído como profissão autónoma numa busca constante pela excelência dos cuidados, tal como é descrito pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Enfermeiros (2011, p.41) referindo-se ao REPE:

“A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à dignificação e complexidade do seu exercício profissional, tornando-se imperioso reconhecer o significativo valor do papel do Enfermeiro no âmbito da comunidade científica da saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”.

A qualidade dos cuidados, tal como é definida no Regulamento dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, constitui um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, que deve conduzir à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

Neste sentido, todas as atividades desenvolvidas, vivências experienciadas, emoções e dificuldades sentidas foram refletidas durante as 18 semanas de Ensinos Clínicos intencionando uma melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, reforçando a importância da promoção da saúde mental em

todo o ciclo vital, e em diferentes contextos da prática. Assim, a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, decorrida entre o dia 4 de março e 12 de julho de 2013, desenvolveu-se no contexto comunitário do Lar de S. José, em Tomar (Ensinos Clínicos I e III), e no serviço de Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar- Centro Hospitalar do Médio Tejo (Ensino Clínico II).

A forte componente prática deste momento de aprendizagem exigiu a elaboração deste relatório crítico, para o qual, utilizando a metodologia reflexiva e descritiva de relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

- Refletir e analisar criticamente sobre todas experiências e atividades desenvolvidas na prática profissional durante os ensinos clínicos, no âmbito da aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental;
- Desenvolver competências na área de análise e comunicação de resultados obtidos a partir da prática especializada fundamentada em evidência científica.

Importa ressaltar que no exercício da prática especializada promoveu-se o estabelecimento de uma relação terapêutica interpessoal caracterizada pela parceria estabelecida com os utentes e no respeito pelas suas capacidades e competências. Esta relação desenvolveu-se e fortaleceu-se ao longo de um processo dinâmico de aprendizagem mútua, baseando-se na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau.

Deste modo, para uma maior compreensão do trabalho optou-se por estruturar este relatório em quatro capítulos. O primeiro capítulo destina-se à caracterização resumida dos contextos onde foram desenvolvidos os Ensinos Clínicos. O segundo capítulo irá incidir na reflexão crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. No terceiro capítulo é exposto o trabalho desenvolvido no âmbito da prática especializada baseada na evidência - projeto “*VivaMente*” (desenvolvido no contexto do Lar de S. José), como contributo para a prática especializada em saúde mental e psiquiatria. No quarto e último capítulo, apresenta-se a conclusão do trabalho.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O Ensino Clínico é o momento por excelência, de adequação da teoria à prática, no qual as verdadeiras dificuldades são identificadas, tal como, as estratégias que permitem mobilizar conhecimentos e meios passíveis de responderem às múltiplas solicitações desta nova etapa do percurso profissional (Hesbeen, 2000). Exigem-se, novas competências para a execução de intervenções autónomas e interdependentes, indispensáveis à prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, aos cinco níveis de prevenção.

Assim, a prática especializada em Enfermagem pode ser desenvolvida em qualquer contexto da prática profissional em que “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” como descrito no caderno temático da OE (2009, p.10), sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP). Também no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º122/2011, p.8648) encontra-se descrito que “a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”.

Foi assente nestes pressupostos que o Planeamento Descritivo do 2.º semestre do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria procurou integrar, nos contextos dos Ensinos Clínicos I, II e III, instituições que permitissem a realização de intervenções de enfermagem de modo a desenvolver as competências comuns e específicas preconizadas para a formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, com a finalidade de formar profissionais autónomos, com espírito crítico e reflexivo, com participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, respeitadores da pessoa e família em todo o processo de cuidados, participantes na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de

investigação e na tomada de decisões ético-legais de acordo com os valores da profissão (Gomes, 2013).

Uma vez que a unidade de cuidados diferenciados de internamento – agudos em psiquiatria era uma realidade do dia-a-dia enquanto enfermeira a exercer funções nessa área, foi proposto que o contexto para a prática especializada dos Ensinos Clínicos I e III da vertente comunitária se desenrolasse no Lar de S. José, cujo objetivo era desenvolver aptidões que permitissem intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica, em contexto comunitário. E que, o Ensino Clínico II, da vertente da prática clínica em unidades de cuidados diferenciados, decorresse no ambulatório de Psiquiatria, pretendendo desenvolver aptidões que possibilitassem intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, usando a metodologia científica, ao indivíduo/família/comunidade em situação de doença, visando a satisfação das necessidades e o bem-estar.

A reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria exigiu então, uma breve caracterização das instituições onde decorreram os Ensinos Clínicos que contribuíram para o desenrolar de todo o processo de desenvolvimento de competências especializadas.

1.1. CARATERIZAÇÃO DO LAR DE S. JOSÉ

O Lar de S. José pertence ao Centro de Assistência Social de Tomar (CAST), uma associação com personalidade jurídica, registada como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e dotada de autonomia administrativa e jurídica. Esta IPSS tem duas áreas de intervenção: área infantil, com creche, creche familiar e jardim-de-infância e a área de idosos à qual corresponde o Lar de S. José (Instituição) e que dispõe de Lar de Idosos, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Convívio.

O Lar de S. José, segundo documentos oficiais existentes nas instalações do centro da cidade (secretaria do CAST), terá iniciado a sua atividade em 1933. Atualmente funciona, desde Setembro de 2004, nas novas instalações do Carrascal em Tomar.

Como qualquer organização, o Lar de S. José rege-se por uma Missão, Visão e Valores, estando no momento em processo de acreditação na área da qualidade. A sua Missão é

prestar serviços de excelência e de forma personalizada, que promovam ativamente o bem-estar físico, mental e social dos seus utentes/clientes, e a Visão é a de ser reconhecido como uma instituição de excelência por utentes/ clientes, seus familiares e comunidade em geral e como parceiro essencial para o desenvolvimento da região. Os seus valores assentam no profissionalismo, entreatajuda, respeito, solidariedade e alegria. Aproveitaram-se estes valores e mais especificamente a missão desta instituição, para integrar neste Ensino Clínico a oportunidade de fomentar/promover saúde mental aos seus utentes e colaboradores tal como será abordado no capítulo dois deste relatório.

Em relação à política de qualidade integrada no CAST é convencionada pelas perspetivas de:

- Sustentabilidade – gerir com rigor todos os recursos da instituição, tendo como preocupação que a cada investimento corresponda uma melhoria efetiva ao nível operacional e/ou organizacional, procurando um crescimento sustentável;
- Clientes – satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos utentes/ clientes e da comunidade, bem como garantir um serviço de qualidade que ofereça as melhores soluções para cada situação;
- Interna (Processos) – avaliar constantemente o que se faz com vista à melhoria contínua; promover uma relação de respeito, confiança e exigência com os fornecedores, avaliando com regularidade o seu desempenho; promover a eficiência e qualidade operacional e assegurar as boas condições das infraestruturas e equipamentos, assim como garantir o cumprimento das obrigações legais e regulamentares inerentes à atividade;
- Conhecimento, aprendizagem e inovação – garantir aos colaboradores um ambiente propício ao desenvolvimento das suas capacidades, bem como proporcionar-lhes ferramentas para atingir os objetivos traçados pela Direção; promover o trabalho em equipa e incentivar os colaboradores para o aperfeiçoamento e para a inovação assim como assegurar que as necessidades de formação são identificadas e satisfeitas.

O Lar de S. José encontra-se inserido no Concelho de Tomar, sendo constituído por dezasseis freguesias (Sabacheira, Além da Ribeira, Alviobeira, Beselga, Carregueiros,

Pedreira, Casais, Madalena, S. João Batista, Santa Maria dos Olivais, Junceira, Olalhas, Serra, S. Pedro de Tomar, Paialvo, Asseiceira), dando apoio a todas elas bem como aos habitantes dos Concelhos vizinhos. Em termos das respostas sociais: Centro de Dia, Centro de Apoio Domiciliário e Centro de Convívio prestam apoio às freguesias de Carregueiros, Pedreira, S. João Batista e Santa Maria dos Olivais.

O elemento máximo da hierarquia do CAST (Lar de São José) é a Assembleia Geral, constituída por três elementos, sob a sua orientação encontra-se a direção, composta por cinco elementos (Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro, Secretário, Vogal com dois suplentes) e o conselho fiscal, composto por três elementos. Sob a subordinação da direção encontra-se a secretária do centro de assistência social e a diretora técnica do Lar de S. José. Do quadro técnico fazem parte uma diretora técnica, um médico, uma enfermeira, uma animadora social, um fisioterapeuta e um capelão. No quadro auxiliar uma rececionista, uma encarregada geral e uma encarregada de setor, duas lavadeiras /roupeiras, duas cozinheiras, três ajudantes de cozinha, uma cabeleireira, um auxiliar de manutenção, um guarda-noturno, dezanove auxiliares de ação direta (treze no lar e centro de dia e seis no apoio domiciliário) e nove de serviço auxiliar. Aquando a realização do Ensino Clínico encontravam-se a colaborar com a Instituição duas estagiárias, sendo uma do curso de serviço social e outra do curso de geriatria do Centro de Emprego.

No quadro 1 encontram-se descritos os níveis de escolaridade dos profissionais com vínculo à Instituição, aspeto que se torna importante no sentido de adequar as intervenções, nomeadamente as formações em serviço, dirigidas a este grupo. Logo, não consta, neste quadro, aqueles que se encontram em regime de prestação de serviços ou em situação de estágio.

A população alvo desta instituição são pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excecionais a considerar individualmente, sendo os critérios de admissão a idade avançada, perda de autonomia, o ano da primeira inscrição, uma inexistência de familiares de primeiro grau ou a dificuldade dos mesmos de prestar apoio ao idoso e habitação degradada.

QUADRO 1 – Níveis de escolaridade dos profissionais do Lar de S. José com vínculo à Instituição

Grau de Escolaridade	n.º de Funcionários	%
Básico - 4ª classe	14	34,1
6º Ano	5	12,2
9º Ano	9	21,9
10º Ano	2	4,9
11º Ano	2	4,9
12º Ano	7	17,1
Licenciatura	2	4,9
Total	41	

Fonte: Lar de S. José (2013)

Atualmente, esta instituição presta apoio a um total de 132 idosos, sendo que 65 encontram-se na valência de Lar, 10 em Centro de Dia, 10 em Centro de Convívio e 47 na valência de Apoio Domiciliário.

No quadro 2 é exposta uma caracterização de todos os utentes do Lar de acordo com o seu sexo e idade, podendo-se constatar no mesmo que, a média de idades dos utentes é de 78,60 anos e que prevalecem as utentes do sexo feminino.

QUADRO 2 - Caracterização dos utentes do Lar de S. José por sexo e idades

Grupos Etários (idade em anos)	n.º de Uteses		Total	%
	Homens	Mulheres		
<65 *	3	3	6	4,5
65 – 74	2	13	15	11,4
75- 84	22	36	58	43,9
85-94	14	34	48	36,3
>95	2	3	5	3,8
Total	43	89	132	

Fonte: Lar de S. José (2013) *Condições Especiais de admissão

O edifício do Lar de S. José encontra-se implantado num terreno com 26 mil metros quadrados, constituído por dois pisos. No piso superior situa-se a área residencial, a capela, as salas de estar e de refeições, a cozinha, a copa, anexos, os serviços de saúde e imagem pessoal (cabeleireiro) e os serviços administrativos e de direção. A área residencial é constituída por 26 quartos duplos e triplos e um individual, num total de 70 camas. As salas de estar comunicam entre si e com a capela, dispõem de televisores, mesas de jogos e têm acesso às varandas, com capacidade para 60 pessoas sentadas, a sala de refeições tem lugar para 92 pessoas. A iluminação é suficiente existindo bastante luz natural e artificial em que todas as áreas são amplas. Existem ainda elevadores, sistemas de aquecimento central, de proteção e deteção de incêndios e também de proteção e segurança pessoal. No piso inferior funciona a lavandaria e rouparia, garagem, sala de convívio, área de formação, área de arrumos e armazenagem, instalações de frio e aquecimento central, vestiários do pessoal e ginásio com tanque para atividades aquáticas. A restante área não coberta diz respeito às vias de acesso, parques de estacionamento, jardins, horta e instalações de painéis solares que se encontram em fase de implementação.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO

O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo situa-se na unidade de Tomar – Hospital Nossa Senhora da Graça e encontra-se organizado em três áreas: o internamento, a urgência e o ambulatório. Este último, abrange o hospital de dia e a consulta externa. Para além destas áreas, também assegura a prestação de cuidados nas valências de Psiquiatria de Ligação, Psiquiatria Forense, Pedopsiquiatria, Intervenção Comunitária e também Investigação e Formação.

O serviço no seu todo, surgiu integrado na Rede de Referenciação Hospitalar no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental elaborada pela Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direção Geral de Saúde em 2001, segundo a Lei n.º36/98 de 24 de Julho e o Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, onde se previa o desenvolvimento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Tomar (Regulamento n.º RG.PSI.001.02 do CHMT, 2013).

A equipa multidisciplinar, que constitui este serviço, é composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores sociais, assistentes sociais, assistentes operacionais e assistentes técnicos, sendo um total de vinte e um profissionais que exercem funções neste serviço, dos quais se destacam 7 psiquiatras, 1 pedopsiquiatra, 3 psicólogos, 5 enfermeiros, 2 técnicos de serviço social, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes operacionais e 2 administrativos. Cada equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais tem um Enfermeiro Responsável Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

A missão do serviço de psiquiatria consiste na prestação de cuidados de saúde no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, envolvendo não só os utentes como também as famílias e os cuidadores, de acordo com as suas necessidades e a realidade sociodemográfica da área de abrangência do CHMT. Ou seja, de um modo geral, procede à avaliação diagnóstica e propõe intervenções terapêuticas, tendo em vista o retorno do utente à comunidade e a reinserção sociofamiliar e profissional, sempre que possível.

Também apresenta uma hierarquia de intervenção no âmbito da saúde mental, sendo a sua intervenção assistencial dirigida prioritariamente às perturbações de humor graves, perturbações psicóticas, demências, risco de suicídio e outras situações clínicas graves, a discriminar caso a caso (Regulamento n.º RG.PSI.001.02 do CHMT, 2013).

Preferiu-se descrever apenas o serviço de ambulatório, uma vez que o Ensino Clínico II apenas decorreu neste local. Assim, o serviço de ambulatório encontra-se oficialmente em funcionamento desde 2002, confina todas as áreas concelhias a que o CHMT dá resposta, designadamente aos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Gavião, Mação, Golegã, Ourém, Ponte de Sôr, Sardoal, Torres Novas, Tomar, Vila de Rei e Vila Nova da Barquinha, servindo no total uma população de, aproximadamente, 266 mil pessoas (CHMT, 2013).

O hospital de dia é um espaço de socialização e de integração social, onde são desenvolvidas várias atividades e estratégias de dinâmica grupal, a animação, a formação e a reinserção socioprofissional. Os seus objetivos e finalidades estendem-se também à família, de forma a promover o restabelecimento de vínculos e laços familiares dinâmicos. Afigura-se como uma alternativa ao internamento, facultando assistência e

orientação após a alta do mesmo, no entanto, permite que o utente permaneça em contato com o seu meio habitual (familiar, social e/ou profissional).

Este serviço tem como objetivos: (Regulamento n.º RG.PSI.001.02 de 02/12/2013 do CHMT, p.10):

- “Criar projetos terapêuticos em ambiente protegido, aliando programas que estimulam diversas competências do indivíduo portador de doença mental, que vão desde os aspetos relacionais e de gestão de conflitos às habilidades socioprofissionais e de desempenho de atividades de vida diárias, no seio da sua família e na comunidade;
- Promover a autonomia e adequação dos recursos narcísicos da personalidade na vida de relação e no seu meio natural, contrariando a falsa proteção que um internamento pode condicionar a longo prazo;
- Valorizar o papel da família e da comunidade;
- Diminuir o recurso ao internamento;
- Diminuir o tempo médio de internamento”.

As intervenções terapêuticas são realizadas pela equipa multidisciplinar, através de sessões diárias, em grupo ou individualmente, e por vezes englobando também a família. As atividades desenvolvidas baseiam-se em intervenções psicoterapêuticas (individuais ou grupais), psicossociais, psicoeducativas e socioterapêuticas, como por exemplo o treino das atividades de vida diária e de aptidões sociais, o *atelier* de trabalhos manuais, a atividade física, as reuniões comunitárias, familiares e de planeamento, o espaço de leitura, passeios/saídas socioculturais, jogos didáticos e dinâmicas de grupo.

O tratamento em hospital de dia proporciona aos utentes dois regimes de tratamento: o hospital de dia, em que os utentes permanecem no serviço, de segunda a sexta- feira, das 09:00 às 17:00 horas, com atividades planeadas e com acompanhamento técnico; e a área de dia, em que os utentes se deslocam ao serviço para sessões terapêuticas regulares, de periodicidade variável, consoante os casos. Aos utentes que permanecem diariamente, são fornecidas três refeições (pequeno-almoço, almoço e lanche), neste período é também fornecida a medicação e gerida a medicação necessária para as horas em que está fechado.

O acesso ao serviço é estabelecido pelo médico psiquiatra, podendo ser também, excepcionalmente, pelo médico de família, através da urgência de psiquiatria, da consulta externa de psiquiatria ou do internamento. Para serem admitidos neste serviço os utentes têm de o aceitar livremente, não podem apresentar qualquer sintomatologia que interfira com o funcionamento e estabilidade do grupo e ter condições de deslocação diária para o hospital (Regulamento n.º RG.PSI.001.02 do CHMT, 2013). Antes do começo das atividades o enfermeiro têm de entregar e certificar-se que o utente assinou de livre vontade e conscientemente o contrato terapêutico.

Em relação à alta deste serviço, esta é planeada no primeiro dia do tratamento, aquando a admissão do utente e acontece quando se atingem os objetivos inicialmente definidos, ou quando se revela incapacidade para tal, não tendo qualquer tipo de benefício a continuação deste tipo de tratamento, mas também, pelo desrespeito pelas normas, utentes e profissionais de saúde. Esta alta pode ocorrer de forma imediata, em que o doente passa, posteriormente, a ser seguido em consulta de enfermagem, consulta de psicologia ou consulta de psiquiatria ou de forma progressiva, em que comparece no serviço em dias específicos, frequentando sessões pontuais.

Quanto ao serviço de consulta externa de psiquiatria, existem as consultas médicas que englobam as psiquiátricas, as de alcoologia e as de pedopsiquiatria, e as consultas não médicas que abrangem as de psicologia clínica e as de enfermagem. Estas últimas, são destinadas aos utentes que necessitem de intervenção de enfermagem em que se proporciona ao utente e respetiva família um atendimento mais individualizado e personalizado, diminuindo assim, a recorrência às urgências psiquiátricas e o posterior internamento. Estas consultas podem, ainda, contemplar a administração de terapêutica sendo o utente convocado pelo enfermeiro de acordo com o previamente estabelecido. Para além disto, também pode decorrer a participação dos utentes nos grupos terapêuticos, os quais são convocados para virem realizar as atividades que decorrem à segunda e quinta-feira (Regulamento n.º RG.PSI.001.02 do CHMT, 2013).

De acordo com os dados internos do serviço, no ano de 2013 realizaram-se um total de 4748 consultas de enfermagem, e de entre os vários diagnósticos existentes prevalecem as Psicoses.

A consulta de enfermagem deste serviço é assegurada por três enfermeiras, sendo duas delas especialistas em saúde mental e psiquiatria, em que utilizam como método de trabalho o de Enfermeiro Responsável, uma vez que cada enfermeira é responsável por todos os habitantes de um determinado número de concelhos. Por vezes, também assumem o papel de Gestor de Caso, sendo que neste último cada doente tem um terapeuta de referência atribuído, que deve servir de interface entre a equipa e a pessoa doente, a família ou pessoa significativa, devendo planear os cuidados em conjunto com a pessoa doente e família para posterior discussão em reunião da equipa; monitorizar a evolução da pessoa ao longo do tempo e identificar em cada momento os problemas e necessidades da pessoa. Citando o Regulamento n.º 129 de 18 de fevereiro de 2011 (p.8671), o “método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente”, e que a sua utilização para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade dos cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimiza os resultados existentes.

Realizando uma breve referência ao método de trabalho adotado, vai ao encontro do que é explicitado no regulamento dos padrões de qualidade (OE, 2011), quando afigura a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, promotoras da qualidade.

Em relação à alta deste serviço, esta é concretizada assim que cessadas as razões que deram origem à integração do utente no serviço, contudo, tem de existir a garantia que continuará a ser acompanhado pelos cuidados de saúde primários. A definição dos critérios de alta encerra um dilema, considerando, por um lado o carácter episódico recorrente e por vezes, a evolução crónica que envolve nalguns casos a deterioração da doença psiquiátrica e, por outro, a escassez de recursos comunitários capazes de dar resposta à integração e reinserção das pessoas que por força da doença vêm-se limitados na sua autonomia e liberdade individual. Sendo assim, a alta depende de caso para caso, existindo um prévio e rigoroso estudo.

Neste serviço existe uma reunião semanal da equipa multidisciplinar, que decorre todas as quartas feiras, onde estão presentes as diversas especialidades (Psiquiatras, Enfermeiros, Psicóloga, Assistente Social, Educadora Social, Farmacêutica e Terapeuta Ocupacional) e na qual é feita uma discussão de casos dos utentes que estejam em

processo de admissão e os que se encontram a frequentar o hospital de dia, bem como, alguns casos do internamento ou da consulta externa.

É de salientar que os registos são feitos informaticamente no programa SACE, no entanto, aguarda-se que comecem a ser efetuados no SAPE (utilizando linguagem CIPE) de modo a dar resposta ao que é preconizado no referencial de avaliação da Idoneidade Formativa, a que este serviço se pretende candidatar. Um dos critérios obrigatórios é a existência de um sistema de informação em enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, bem como a explicitação do processo de tomada de decisão utilizando a linguagem classificada – CIPE (OE, 2011).

Também importa realçar que toda a equipa de enfermagem é dinâmica e empenhada em atualizar conhecimentos frequentando várias formações em diferentes áreas da saúde mental, existindo um enfermeiro dentro da equipa, responsável pela formação em serviço. Isto também vai ao encontro ao descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade (OE, 2011), sobre a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados, sendo também, um dos critérios estipulados para a Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica sobre a Política de Formação Contínua de Enfermeiros (OE, 2011).

Considere-se que o processo de acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica em Enfermagem tem como eixo organizador o 6º enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, relativo à organização dos cuidados. (OE, 2009). Os Critérios de Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, para a adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem pressupõem a utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados, especificamente cálculos de dotação de pessoal. “A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade dos cuidados de saúde da população alvo e para a própria organização, devendo para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência” (Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8). Deste modo, a dotação segura em enfermagem é uma preocupação central para uma prática segura e refere-se ao número de enfermeiros em quantidade e em

experiências necessárias para fazer face às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem (Freitas & Parreira, 2013). Neste âmbito, segundo informações colhidas no serviço, cada enfermeira terá em média cerca de 150 utentes pelos quais é responsável.

Em Portugal não existem dados na literatura que calculem explicitamente o rácio enfermeiro-utente em saúde mental e psiquiatria, uma vez que “relativamente aos serviços de Psiquiatria, urge definir instrumentos de avaliação fiáveis das necessidades em cuidados de enfermagem, alinhada com o novo plano nacional de saúde mental” (MS & OE, 2011, p. 20). Apesar da diversidade de métodos verifica-se que estes não encontram consenso na literatura, e ainda que tenham sido utilizados instrumentos de medição da carga laboral no debate sobre as dotações seguras, estes não constituem de forma alguma uma solução completa na determinação das dotações seguras (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Tem havido algum trabalho interessante de discussão dos prós e contras da utilização dos rácios de dotações seguras constituindo elemento crítico para os enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efetuar cuidados adequados. A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infraestruturas e dotações inadequadas. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, a Associação Americana de Enfermeiros propôs legislação relativa às dotações seguras para estes profissionais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011), refere que a organização dos cuidados de enfermagem e mais especificamente a dotação de enfermeiros especialistas em saúde mental face à necessidade de cuidados de enfermagem são essenciais na procura permanente da excelência do exercício profissional.

E por fim, apenas referir que no momento em que decorreu o Ensino Clínico encontrava-se em implementação o método de reposição de *stocks* por níveis em armazéns avançados, estratégia englobada na “Melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do utente” do CHMT integrada no projeto de Boas Práticas em Saúde em que se promove a eficiência na gestão dos recursos e se potencia a uniformização de práticas.

2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES

A Enfermagem e a sua definição têm sofrido, nos últimos anos, uma evolução significativa, variando consoante as leis e os campos de ação, as áreas geográficas, as funções dos enfermeiros, bem como as crenças das pessoas e dos grupos. Esta profissão “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do REPE).

“A enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia” (OE, 2011, p. 2).

O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e competências específicas.

As competências comuns são as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Regulamento n.º122/2011, p.8649). Os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista são quatro: Responsabilidade Profissional, ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

As competências específicas são as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às

necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º122/2011, p.8649). As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental integram, junto com o perfil das competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas e que são:

- “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670).

Assim, neste capítulo pretende-se evidenciar as intervenções desenvolvidas nos Ensinos Clínicos que pretenderam dar resposta às competências acima expostas e que são preconizadas pela OE.

O planeamento e execução das intervenções da prática especializada em saúde mental e psiquiatria nos diferentes ensinos clínicos foi organizada de modo a que se possa expor, relatar e refletir sobre todas as competências supracitadas, as experiências vivenciadas, a concretização dos objetivos planeados e as atividades desempenhadas. A integração nas diferentes unidades permitiu um maior conhecimento das necessidades reais dos utentes/família e comunidade, tendo conduzido a abordagens diferentes e reformulação do projeto de estágio ao longo do mesmo.

Desta forma, o “conhecimento aprofundado” resulta não só dos conhecimentos teóricos adquiridos na frequência das unidades curriculares do primeiro semestre mas, particularmente, dos conhecimentos resultantes da prática clínica e da reflexão sobre a mesma. Patrícia Benner (2005), num dos seus livros, expõe que, embora a teoria ofereça o que pode ser explicado e formalizado, é a prática que é mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. O conhecimento prático

adquire-se com o tempo, sendo necessário construir estratégias do saber fazer, de maneira que possa ser desenvolvido e melhorado.

Estando a autora deste relatório a trabalhar em psiquiatria desde há 7 anos, onde cada dia é um dia diferente, reconhece a importância única do “estar em relação” com os utentes, aliás, considera o desenvolvimento da competência relacional como condição *sin quan non* do cuidar. Estes anos têm sido, de fato, extremamente enriquecedores e promotores de um conhecimento enquanto pessoa e profissional. Ao colocar a questão do que é ser enfermeiro, ressalta a conceção de ser uma profissão fundamentalmente humana, cuja essência é o cuidar valorizando a relação interpessoal.

O Enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no contato com o contexto e com os outros, contato este que só se traduz em mudança na medida em que se depara permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e afetivo. Assim, na arte do cuidar em enfermagem, o enfermeiro em saúde mental e psiquiatria explora um vasto leque de conhecimentos que engloba teorias (ou modelos) de enfermagem, bem como, ensinamentos tirados das suas experiências pessoais anteriores, tanto profissionais como privadas.

São inúmeras as teorias de cuidados desenvolvidas, mas a que a autora se identifica mais na sua conduta profissional, é sem dúvida, a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. Peplau traz na sua teoria a noção de “crescimento pessoal” que é compartilhado pela enfermeira e cliente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. Embora tenha sido apresentada há cinco décadas a sua teoria continua atual, pois o seu foco central, a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente, faz parte da própria natureza da enfermagem (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Peplau define a Enfermagem como uma arte curativa, encarada como um processo interpessoal significativo, terapêutico, entre um indivíduo enfermo, ou necessitando de serviços de saúde e um enfermeiro especialmente instruído para reconhecer e responder à necessidade de ajuda. Nesta relação, enfermeiro e paciente respeitam-se um ao outro como indivíduos, e ambos aprendem e evoluem como resultado dessa interação. O conceito de saúde é definido por Peplau como sendo uma palavra simbólica que implica o movimento da personalidade e de outros processos humanos em curso na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. Já a pessoa é encarada

como um “organismo que luta à sua própria maneira para reduzir a tensão gerada pelas necessidades” (George et al., 2000, p.50).

Apesar de Peplau não ter abordado diretamente sociedade/ambiente, ela encoraja o enfermeiro a considerar a cultura e as tradições do paciente quando ele estiver em adaptação à rotina hospitalar. Quando o enfermeiro considera o ambiente do paciente, examina muitos outros fatores, como os antecedentes culturais e o ambiente domiciliar e de trabalho, além de simplesmente levar em consideração a sua adaptação ao hospital (George et al., 2000).

2.1. ENSINO CLÍNICO NO LAR DE S. JOSÉ

A saúde mental é uma parte essencial da saúde geral do indivíduo, são indissociáveis, não existindo saúde sem uma boa saúde mental. Esta é construída ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo e cada fase tem a sua importância e exigências, que pode ser afetada por vários fatores estruturais nas nossas sociedades (Lethinen, 2008). “Os relatórios da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental são unânimes ao preverem um significativo aumento das perturbações mentais (...)” (OE, 2011, p.4).

Em Portugal, os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres e idosos) apresentam, aparentemente, um risco mais elevado de desenvolver um problema de saúde mental do que no resto da Europa. O envelhecimento progressivo da população é uma das características demográficas mais relevantes da última metade do século XX e marcará certamente o século XXI, assim como as alterações do conceito e organização das famílias ao longo dos tempos, o que conduz a uma resposta social emergente por parte da comunidade (Sequeira, 2010). O mesmo autor refere ainda que a idade avançada leva a uma maior debilidade e conseqüentemente, a mais doença física e mental.

As instituições de apoio são, cada vez mais, locais privilegiados para a prestação de cuidados especializados, nomeadamente na área da Saúde Mental, como é descrito por Lethinen (2008) todas as pessoas encontram alguns riscos específicos para a sua saúde mental quando se aproximam da velhice, existindo uma relação elevada entre a idade e distúrbios mentais e de comportamento. Brody (1977), citado por Jacob (2008), refere que os lares e residências de idosos são, maioritariamente, locais com uma vida rotineira

e monótona, que juntamente com o isolamento, tendem a agravar sintomas orgânicos e afetivos já existentes. Torna-se então necessário centralizar a atenção, enquanto EESMP, na necessidade de promover a saúde mental e prevenir os distúrbios mentais e do comportamento em pessoas idosas, identificando e combatendo os fatores que estão relacionados com a saúde mental nesta faixa etária, de modo a que o envelhecimento possa ser pensado de uma forma mais positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução de perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005 *cit in* Sequeira, 2010).

Na especificidade da prática clínica em saúde mental, o enfermeiro usa-se como principal instrumento terapêutico para os cuidados prestados. Para isso, utiliza algumas ferramentas, como por exemplo a relação de ajuda, uma vez que o Enfermeiro lida com as emoções dos utentes fazendo desta um instrumento privilegiado e fundamental da sua intervenção, que mais nenhum profissional de saúde tem conhecimento. De acordo com Townsend (2011), o enfermeiro deve, como uso terapêutico de si mesmo, ter a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem.

Em consonância com o enunciado pelos autores acima referidos, e atendendo ao contexto institucional da especificidade deste Ensino Clínico, procurou-se delinear várias intervenções, naquele que foi o caminho para dar cumprimento ao que é estipulado pela OE para a aquisição de competências comuns e específicas do EESMP.

Todas as intervenções também visaram dar resposta a necessidades já identificadas pela diretora técnica do Lar, assim como, aos diagnósticos de enfermagem realizados aquando a chegada ao contexto do Lar de S. José, sendo todas as intervenções terapêuticas discutidas e planeadas em equipa, com especial atenção aos cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria, avaliando essas mesmas intervenções no sentido de verificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, em contexto institucional na população idosa. Importa referir que estas intervenções foram delineadas e desenvolvidas em parceria com uma colega mestrande e integradas num projeto, designado “*VivaMente*” (ANEXO I), que será abordado no capítulo três deste relatório. Citando o Regulamento n.º129/2011 de 18 de fevereiro, faz sentido que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental demonstrem as suas competências específicas no contexto da conceção, coordenação e implementação de projetos de promoção da saúde mental.

Assim, inicialmente, pretendeu-se integrar as atividades desenvolvidas nas rotinas quer da instituição, quer do idoso, tendo sempre em conta o seu consentimento informado para a participação e tomando em consideração as necessidades e gostos individuais, respeitando os princípios éticos e do código deontológico pelos quais o exercício da Enfermagem é regido. Cada vez mais, as questões éticas e deontológicas são uma preocupação e a constante reflexão sobre as mesmas é essencial para o desenvolvimento do saber em Enfermagem. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro inserido no estatuto da OE republicado pela Lei n.º 111/2009, o enfermeiro deve salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, tendo o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido considerando que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

A prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental teve sempre em consideração o respeito pela pessoa cuidada, pelo grupo e comunidade envolvente ao Lar, pela confidencialidade e sigilo e, inclusivamente, pela privacidade, tendo-se realizado todas as intervenções com os clientes num ambiente mais reservado, o que proporcionou o desenvolvimento de uma relação terapêutica, tendo como base os pressupostos da relação de ajuda e indo ao encontro do domínio A1 e A2 da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal das competências comuns do EESMP.

Ao aprofundar os conhecimentos na área da Saúde Mental e das relações interpessoais tornamo-nos capazes de nos envolver com os doentes, familiares, elementos da equipa e sociedade em geral através das variadíssimas interações e transações que diariamente caracterizam a nossa relação com o outro (MS & OE, 2011). Esta prática permite estabelecer relações de confiança e parceria com o utente/família/comunidade que visam ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2011).

Também foi importante envolver as pessoas idosas no planeamento das intervenções, contribuindo para que de alguma forma as pessoas com menos défices pudessem ajudar outras pessoas com maior dificuldade. Por outro lado, foi estabelecido a inclusão dos prestadores de cuidados em algumas atividades, nomeadamente em formação, pois como

refere Sequeira (2010) um problema presente na maioria dos cuidadores centra-se no domínio da informação.

Um dos aspetos essenciais do processo de aprendizagem do EESMP é a área da formação. Tal como consta no Regulamento n.º122/2011, a formação em serviço é da responsabilidade do enfermeiro especialista, e este assume um papel importante na formação dos seus pares e, inclusivamente de outros profissionais de saúde. Assim, neste Ensino Clínico foram programadas e realizadas duas sessões de formação atendendo às necessidades formativas identificadas, e de modo a alcançar algumas competências/unidades de competências inseridas nos Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011, especificamente A.1,A2.2, B3.2., C1.1, D1.2.4, D2.1, D2.2, F2.3., F3.4.1. e F4.2.

Os temas surgiram mediante um levantamento das necessidades do Lar, através da observação, nomeadamente em relação aos cuidados prestados às pessoas idosas, e de reuniões com a diretora técnica do Lar, em que ela verbalizou a urgência de uma abordagem aos colaboradores sobre as dificuldades e necessidades sentidas pelos idosos, uma vez que nem sempre estes estariam despertos para essas situações e que “cuidavam” deles sem ter isso em conta. Posto isto, a primeira sessão, intitulada **“Cuidar do idoso com dependência física e mental”** (ANEXO II), visou alertar para as alterações associadas ao processo de envelhecimento e providenciar conhecimentos específicos do processo de cuidar de idosos com dependência física e mental. Reconheceu-se este tema por si só, como fator de motivação, pelo fato de ambas as mestrandas trabalharem em unidades de cuidados continuados integrados, conhecendo de perto a realidade da prestação de cuidados nestes locais. Também o fato de se ter podido argumentar e demonstrar a importância e o papel efetivo do enfermeiro especialista de saúde mental neste contexto foi deveras entusiasmante.

Durante a apresentação desta sessão os participantes referiram algumas dificuldades sentidas no seu dia-a-dia laboral, nomeadamente em relação à falta de tempo e às inúmeras tarefas que têm de realizar acabando por negligenciar alguns aspetos importantes inerentes ao processo de cuidar. Esta sessão foi bem acolhida, uma vez que sentiram que ao abordar este assunto despertou-se o seu interesse e atenção, demonstrando-se disponíveis para uma mudança de comportamentos Também foi importante, na medida em que, ao dar formação aos colaboradores pretendeu-se que estes

melhorassem a sua conduta respeitando a pessoa, não emitindo juízos de valor e assegurando a sua segurança e privacidade.

A segunda formação teve como tema: **“A importância da comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas”** (ANEXO III), com os objetivos de alertar os colaboradores para as alterações associadas ao processo de envelhecimento no processo de comunicação, explicar a importância da comunicação no processo de cuidar de idosos com dependência física e mental e desenvolver competências pessoais. Para isso, recorreu-se não só a uma exposição de informação mas também à exemplificação de dois casos práticos utilizando a técnica de *roleplay*, uma vez que a comunicação é parte integrante e diferenciada no processo de cuidar de idosos. O *feedback* desta sessão foi positivo e durante o *roleplay* as participantes não demonstraram constrangimento, tendo participado ativamente, demonstrando assim, interesse na modificação e melhoria dos seus comportamentos face à comunicação, encontrando-se aparentemente colaborantes e despertas para comunicar de forma assertiva.

As boas práticas no processo de comunicar são importantes na melhoria da qualidade da prestação de cuidados mas também pode promover o bem-estar no local de trabalho, sendo que, como nos diz Sequeira (2010, p.144), “O bem-estar do cuidador é fundamental para uma prestação de cuidados adequados”. Ao realizar estas formações dirigidas aos cuidadores formais considera-se ter contribuído também de forma positiva para a melhoria da prestação de cuidados ao idoso e indo ao encontro das competências do domínio da melhoria contínua dos cuidados, uma vez que ao instruir os cuidadores sobre técnicas que facilitem o seu desempenho em algumas atividades otimizou-se não só o seu bem-estar como também o do idoso, tornando o seu quotidiano mais favorável.

Para Sequeira (2010) as intervenções dirigidas à otimização do papel do cuidador devem ser privilegiadas, em que os enfermeiros se devem centrar nas necessidades de apoio ao doente e ao cuidador, tendo como foco de atenção o prestador de cuidados integrando as necessidades de informação.

Após as sessões, tentou-se dar continuidade a este processo formativo avaliando o seu impacto na prática diária da prestação de cuidados e fortalecendo sempre que necessário alguns aspetos relevantes. A principal pretensão destas formações foi promover melhorias que conduzissem à melhor satisfação dos utentes.

Para avaliação da dependência nas atividades de vida diárias, assim como o impacto da deterioração cognitiva e sintomas de depressão na atividade quotidiana da pessoa idosa, foram utilizadas escalas de avaliação num momento inicial que permitiram formular diagnósticos de enfermagem, planeando as intervenções com especial atenção em cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria e integradas no projeto “*VivaMente*”. Posteriormente foram aplicadas as mesmas escalas no sentido de verificar os ganhos em saúde sensíveis às intervenções realizadas na nossa população-alvo.

As escalas aplicadas foram a *MiniMental State Examination* (MMS - Folstein e McHugh, 1975, traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al., 1994, *cit in* Sequeira, 2010), a *Mini Dependence Assessment* (MDA - Benhamou, s.d. *cit in* Sequeira, 2010) e *Geriatric Depression Scale* (GDS - Yesavage et al., 1983, traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Veríssimo 1998, *cit in* Sequeira, 2010) que permitiram implementar intervenções específicas em cada situação. Segundo Sequeira (2010) só é possível intervir de forma adequada, a cada caso, com um diagnóstico preciso sobre a realidade, sem negligenciar o potencial das informações recolhidas através da observação direta, em função da habilitação do cuidador e de cada contexto. Nesse sentido, é sugerido pelo autor que a perceção pessoal/observação direta complementa os resultados dos instrumentos.

A utilização de instrumentos de avaliação para as intervenções constitui um elemento essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pois assumem-se como elementos importantes face à promoção da saúde mental “o diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente” (OE, 2011, p.7). Esta intervenção vai ao encontro do que é preconizado nas competências comuns e específicas B2.1, F2.1, F3.1, F3.2 (Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011) do EESMP.

Também a realização de um **estudo de caso** (ANEXO IV) aplicando estes instrumentos de avaliação, neste contexto da prática especializada, contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas, D, F2, F3.1, F3.2, F3.4.1, F3.5. (Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011). A utente escolhida para este estudo de caso foi incentivada a participar em todas as atividades desenvolvidas e integradas no projeto “*VivaMente*”, em que a relação de ajuda, estabelecida com ela, teve como princípios a escuta ativa, a terapia de validação e técnicas de estimulação cognitiva individuais e em grupo.

Teve-se em consideração o consentimento informado da utente para a realização deste estudo de caso, a qual foi informada que as intervenções iriam ser apresentadas em contexto académico preservando a confidencialidade e o anonimato. De acordo com Grilo e Mendes (2012) os estudos de caso permitem estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real. Os “casos” podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades, e são passíveis de estudo tanto atributos como atos, comportamentos, ações ou interações. Esta estratégia de pesquisa é largamente usada noutras disciplinas, mas nos estudos de enfermagem a sua aplicação é quase residual, embora seja largamente reconhecida a sua importância no estudo da interação entre os fenómenos.

Utilizou-se a CIPE (versão 2) para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem especializadas, avaliação das mesmas, e identificação de ganhos em saúde gerados por essas intervenções. O Padrão de Documentação de Enfermagem configura o processo pelo qual esses conhecimentos são cientificamente operacionalizados, tendo em vista a qualidade da prestação de cuidados, compatível com as necessidades do utente (Amaral, 2010). De acordo com Sequeira (2006), de fato, a utilização de uma linguagem classificada apresenta inúmeras vantagens, uma vez que permite a informatização dos cuidados, valoriza a prática, e através dos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem proporciona uma visibilidade de acordo com o contexto real da prestação de cuidados. O mesmo autor refere ainda que, a sistematização das práticas pelos enfermeiros contribui para um exercício de excelência na melhoria dos cuidados prestados, fato que todos pretendemos. Para além destes autores acima mencionados, também a OE (2011) indica no Regulamento dos Padrões de Qualidade que o estabelecimento de um plano de intervenção, deve ser baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, negociado com o cliente e utilizando sistemas de Classificação para a Prática de Enfermagem.

Segundo Vaz (2009), apesar de todas as implicações do envelhecimento, esta etapa de vida pode conduzir a uma grande realização pessoal e proporcionar oportunidades (anteriormente impossíveis de concretizar por questões familiares ou profissionais). Estilos de vida saudáveis que mantenham o corpo e mente sã, propiciados pelos bons hábitos de vida (alimentação equilibrada e diversificada, exercício físico, atividades

lúdicas para manter os desafios da mente), são os alicerces para um ótimo envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011).

Com base nestes pressupostos foram planeadas e executadas intervenções sustentadas por técnicas especializadas em enfermagem de saúde mental de âmbito psicoterapêutico, socioterapêuticos, psicossocial e psicoeducacional, aplicadas no seu âmbito individualmente ou em grupo, indo ao encontro das unidades de competências F2, F3.2, F3.3, F3.4.1, F4 específicas do EESMP.

Assim, neste ensino clínico foram realizadas duas sessões de psicoeducação¹ sobre **“Promoção da saúde mental”** (ANEXO V) e **“Alimentação saudável”** (ANEXO VI).

A primeira sessão tinha subjacente dar a conhecer 10 medidas promotoras de saúde mental em que foi projetada animação em *PowerPoint*, cujos objetivos principais eram de contribuir para a capacitação da pessoa para promover a saúde mental e discutir como estas medidas podem ser aplicadas na vida de cada um. A capacitação/conscientização das pessoas para promover a sua saúde mental dá-lhes poder para tomarem decisões mais adequadas e promotoras de saúde na sua vida e no ambiente em que vivem (Gomes, 2012). Deste modo, o EESMP concebe estratégias de empoderamento que permitem ao cliente, desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (Regulamento nº 129/2011).

Após a apresentação desta sessão os participantes foram questionados sobre as várias medidas, tendo referido que a mesma lhes foi muito útil e que nem sempre tinham pensado como “coisas tão simples podem fazer a diferença”, em que um dos participantes referiu “são muito importantes e às vezes nem sempre se consegue mudar de cenário”, e outro ainda que “também é importante aceitarmo-nos como somos”.

A sessão sobre alimentação saudável pretendia promover hábitos de alimentação saudável, despertar para os riscos de doenças associados a uma incorreta alimentação, demonstrar as influências de uma alimentação saudável no envelhecimento ativo e na melhoria da qualidade de vida demonstrando os benefícios e vantagens de uma boa alimentação e hidratação, bem como capacitar os utentes para a escolha de alimentos mais

¹ A Psicoeducação é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É igualmente uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação é projetada para ser parte de um plano global de tratamento (OE, 2011).

saudáveis e adequados à sua atividade e faixa etária. Com esta intervenção conseguiu-se alterar alguns comportamentos nomeadamente a redução do consumo excessivo de açúcar (uma utentes reduziu o consumo de 8 pacotes de açúcar por dia para 5) e o aumento do reforço hídrico em alguns dos idosos (muitos deles passaram a ter junto deles uma garrafa com água e aproveitar a toma da medicação para ingerir mais água). Também houve a necessidade de reforçar positivamente alguns dos hábitos benéficos já instituídos pelo Lar, levando a que um maior número de utentes os adotasse, (nomeadamente o consumo de meio copo de vinho tinto maduro ao almoço, a ingestão do chá ao meio da manhã e uma refeição mais leve ao jantar).

A importância da prática de uma alimentação saudável na promoção da saúde é acompanhada ao longo de toda a vida, desde a infância à idade avançada. Vários estudos têm revelado que uma alimentação saudável influencia positivamente o envelhecimento, melhorando a qualidade de vida e prevenindo o aparecimento de algumas doenças associadas à idade (como por exemplo doenças neurológicas, cardíacas, osteoporose, diabetes, entre outras) (Ribeiro & Paúl, 2011).

Segundo Bates et al. (2002) citado por Paúl e Ribeiro (2012, p. 42) “ As evidências epidemiológicas permitem concluir de forma segura que o risco de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente da alimentação/nutrição e atividade física, entre outros.”

Diversos estudos apontam para a prática de atividade física como um dos fatores essenciais na contribuição para um envelhecimento com qualidade e ativo, em oposição aos conhecidos efeitos nefastos da inatividade e sedentarismo. De acordo com Paúl e Ribeiro (2011), a prática de exercício físico traz vantagens em qualquer idade, não sendo exceção para as pessoas mais velhas, na verdade tem-se observado que estas práticas obtêm melhores resultados em medidas de raciocínio, memória, tempo de reação, função executiva, controlo cognitivo e processamento da informação viso espacial, sendo que os exercícios aeróbicos têm uma influência francamente positiva, principalmente a nível das funções executivas.

Daí que, durante este Ensino Clínico foram desenvolvidas várias sessões de atividade física em que a boa disposição tornou-se uma constante durante todas as sessões, os

participantes desenvolveram um sentimento de pertença para com o grupo, aumentando a interação e a socialização entre eles, sentindo-se úteis e ativos expressando frequentemente sentimentos de alegria e bem-estar durante as sessões. Paralelamente a isto, também a postura dos participantes alterou-se significativamente, uma vez que esta se tornou uma das intervenções preferidas dos mesmos. No final eram os próprios idosos que solicitavam a sua realização, indo ao encontro do que expõe Sequeira (2010, p. 23) “a manutenção de uma atividade física regular constitui uma forma de compensação, contribuindo para a preservação das estruturas orgânicas e do bem-estar aos quais se associa uma menor degeneração neurofisiológica”. Para Nunes (2008), mesmo em idosos com sintomatologia depressiva e sem comprometimento cognitivo, esta prática além de diminuir os sintomas depressivos aumenta a sua capacidade de memória e satisfação pela vida.

A área da estimulação cognitiva em grupo ou individual foi um dos aspetos centrais das intervenções realizadas em que visava promover ou manter a autonomia da pessoa idosa, melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco, melhorar o estado de saúde no geral, estimular as capacidades cognitivas, manter interação com o meio e com o grupo, estimular a identidade pessoal e autoestima e reduzir a sintomatologia depressiva. Estas intervenções de carácter psicoterapêutico² e socioterapêutico³ englobaram a terapia da Orientação na Realidade (TOR), os trabalhos manuais, a leitura e análises de diferentes notícias atuais, os jogos sócio recreativos (Bingo, cartas, jogo dos dados), jogos de memória (provérbios, um puzzle “Eu tenho Saúde Mental – Garfield), e atividade sócio recreativa (música). No seu todo, procuraram restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptassem ao cliente e à situação. Tal como refere a OE (2011), um elemento importante face à adaptação às situações de vida, é a utilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas do cliente à sua condição de saúde mental.

² A Psicoterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal estabelecida com o cliente, possibilitando a construção de novas explicações e razões para os problemas identificados, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, o que possibilita que o cliente desenvolva novas respostas, aumentando assim, o seu sentimento de bem-estar (OE, 2011).

³ A Socioterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida com o grupo (clientes), centrando-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas para problemas de vida identificados, ou para novos problemas que emergem dos grupos que integra ao longo do seu ciclo de vida (OE, 2011).

De acordo com Sequeira (2010) a necessidade de melhorar a qualidade de vida do idoso tem contribuído para uma crescente sensibilização sobre a importância dos programas de estimulação, existindo fundamentalmente duas tipologias de intervenção, uma mais direcionada para os aspetos relacionais/emocionais e outra mais direcionada para a estimulação cognitiva propriamente dita. A tipologia de estimulação cognitiva dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de uma metodologia individual adaptada a cada doente, em função dos défices existentes e da deterioração global. Um exemplo de uma intervenção mais direcionada para os aspetos relacionais/emocionais é a terapia de validação, em que o enfoque terapêutico se centra na escuta ativa reflexiva, na empatia, cordialidade e aceitação do doente e da sua doença, possibilitando uma melhoria da autoestima, redução da ansiedade e a promoção da comunicação e da autonomia.

As depressões e as condições neuropsiquiátricas associadas ao envelhecimento como as demências, são fatores de agravamento das doenças mentais, pelo que as intervenções de apoio revelam-se adequadas para melhorar a saúde mental dos idosos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). De acordo com Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) o declínio cognitivo ligeiro, considerado como um estado intermédio entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência leve, é cada vez mais reconhecido como um importante problema de saúde, associado a um aumento do risco de desenvolvimento de demência. Vários estudos reconhecem a estimulação cognitiva como forma de diminuir o risco declínio cognitivo e da perturbação depressiva, melhorando a autonomia dos idosos e protegendo-os contra o aparecimento de demência. Desta forma, e segundo os mesmos autores, a manutenção da saúde cognitiva assume um papel fulcral na prevenção do compromisso cognitivo e no atraso da instalação do quadro demencial, da dependência e da (in) capacidade do idoso para se auto cuidar.

No decorrer das sessões de estimulação cognitiva de grupo sentiu-se a necessidade de desenvolver algumas intervenções individuais, uma vez que o grupo era muito heterogéneo, sendo que alguns dos elementos apresentavam mais sintomas depressivos e maiores défices cognitivos. Para isso, as intervenções foram adequadas às necessidades individuais embora se mantivessem a integrar as atividades de grupo. Também as atividades desenvolvidas neste âmbito passavam pela atividade socio recreativa (cantar e dançar), leitura de jornais, jogos socio-recreativos, jogos de memória, assim como um programa computadorizado de reabilitação dirigido a tarefas ligadas a défices concretos,

integrando atividades específicas utilizadas para treino da memória, da atenção, processamento da informação, cálculo, entre outras. À medida que as sessões iam decorrendo era evidente o empenho e entusiasmo das pessoas idosas que participavam e queriam sempre mais e mais...

Pretendeu-se intervir também no âmbito do **relaxamento** (intervenção psicoterapêutica) com várias sessões de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e Imagética. O relaxamento é definido por Payne (2003, p.3) como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo”. Segundo a mesma autora, o relaxamento de curta duração é o suficiente para se verificarem benefícios, tornando as pessoas mais harmonizadas e tranquilas para enfrentar as situações de maior *stress* e ansiedade, apesar de estas serem situações muito comuns nesta fase do ciclo vital, são vulgarmente subestimadas. A ansiedade nos idosos aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando concomitantemente o risco de morte (Almeida, 2011). Após a realização das diversas sessões de relaxamento verificou-se que ao longo destas os utentes foram melhorando o seu desempenho, realizando os exercícios de forma mais correta, conseguindo atingir progressivamente um melhor nível de relaxamento. As modificações realizadas ao longo das sessões, nomeadamente em relação à diminuição do número de participantes e ao melhoramento do ambiente, contribuíram positivamente para estes resultados. No entanto, considerou-se que alguns fatores mantiveram uma influência menos positiva na realização desta intervenção, nomeadamente a diminuição da acuidade auditiva, sendo este um fator incontrolável. Como refere Sequeira (2010, p.22) “O declínio de alguns sistemas sensoriais condiciona o contacto com o meio ambiente e dificulta as ações do quotidiano, sendo de destacar os órgãos dos sentidos, essencialmente a visão e a audição.”

A imagética (visualização) é uma técnica que tem sido pouco explorada, mas que pode constituir um contributo importante na promoção de saúde (mental) e da qualidade de vida dos indivíduos. Payne (2003), define a imagem mental como o processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos. São utilizados os diversos sentidos, o visual, olfato, auditivo, tato, gustativo, podendo estar todas envolvidas nesta atividade. Na realização desta sessão foram identificadas várias dificuldades associadas, principalmente, a alterações das capacidades sensoriais (audição e visão) em alguns

participantes, o que condicionou o sucesso da sessão. Posto isto, considerou-se que não seria pertinente repetir estas sessões, uma vez que não se conseguiu que os participantes atingissem a sensação de bem-estar inerente à atividade. No entanto, atendendo a que a música relaxante tem benefícios, sendo útil na diminuição da ansiedade e facilitando o contacto com o outro, julgou-se pertinente a sua utilização como música ambiente na instituição e, desta forma, deixou-se um cd disponível na instituição para que pudesse ser utilizado da melhor forma pelos utentes e colaboradores.

Já perto do final do estágio realizaram-se duas sessões de âmbito **psicossocial**⁴, uma Ida ao Convento de Cristo em Tomar e um Piquenique no Jardim Municipal também em Tomar, em colaboração com a animadora sociocultural da instituição. A terapia psicossocial proporciona diversas formas de atividades que ampliam a habilidade e a autonomia da pessoa ao permitirem o desenvolvimento do seu potencial de criatividade e expressão, trabalhando as relações interpessoais, privilegiando a comunicação e a sua integração na sociedade (Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge, 2010). O fato de se ter saído da instituição foi um aspeto muito positivo para os utentes, sendo do consenso geral que a mudança de ambiente fez com que estes se sentissem mais bem-dispostos, mais comunicativos e interativos trocando ideias, sentimentos, conhecimentos e dúvidas entre si, modificando alguns sentimentos de inutilidade e impotência, não estando sedentários e limitados ao ambiente da instituição. Também a introdução de atividades lúdicas durante as atividades psicossociais foi muito agradável pois permitiu a interação entre todos os intervenientes, criando um clima de divertimento e alegria. Isto vai ao encontro do que referem Paúl e Ribeiro (2011, p. 156) em que ”a participação em atividades de lazer e de recreação permita a distração e, se desenvolvida em grupo, promove a convivência e o aumento de relações. Desta forma, melhora a sua autoestima e, ao adquirir novas aprendizagens, aumenta o seu crescimento pessoal e sente-se mais participativo e integrado na sociedade.”

No final deste Ensino Clínico, além de se ter conseguido adquirir competências de enfermeira especialista em saúde mental, também se conseguiu criar e estreitar relações pessoais com várias pessoas da comunidade do Lar: diretores, colaboradores, administrativos, idosos e alguns familiares. Conseguiu-se de alguma forma capacitar as

⁴ A intervenção psicossocial consiste no tratamento do cliente, baseado no envolvimento deste em atividades sociais e ocupacionais, cujo objetivo é diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade (Giacon & Galera, 2006).

peças para promoverem a sua saúde mental, sendo que as intervenções e atividades desenvolvidas mobilizaram e causaram impacto junto de várias pessoas desta comunidade, principalmente idosos e seus cuidadores. À medida que as atividades se iam desenvolvendo, as pessoas iam dando o seu *feedback* positivo do trabalho que estava a ser desenvolvido, o que é sempre gratificante e reconfortante, não só por estar a atingir os objetivos propostos, mas também por sentir que, de alguma forma estava a contribuir para melhorar a representação social do papel do enfermeiro especialista em saúde mental neste contexto. A avaliação de todas as atividades desenvolvidas foi igualmente substancial para avaliar os ganhos em saúde inerentes à sua implementação, bem como, para a satisfação dos intervenientes, utilizando para o efeito, questionários tipo *Likert* e a verbalização de aspetos positivos ou menos positivos das sessões.

Foi também realizada uma análise *SWOT*, (ANEXO VII) de modo a valorizar as oportunidades e forças, assim como identificar ameaças e fracassos de todo este processo de aprendizagem enquanto pessoa e enfermeira, pois ao refletir redimensiona-se o passado e projeta-se o futuro, descobrindo novas oportunidades, quebrando com valores tais como a acomodação e a resistência. Para Santos (2009) citando Praia (2004), o processo reflexivo obriga o sujeito a pensar-se a si próprio, tomando consciência daquilo que sabe, identificando as “fronteiras” enquanto limites do seu não saber, e gerando a procura de outras perspetivas. A OE (2010) define que a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que esta condiciona diretamente na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver as intervenções especializadas. Keltner, Schwecke e Bostrom (2007) mencionam que sem este processo é impossível ao EESMP manter uma relação terapêutica com os utentes, sendo os exercícios de autoanálise uma atividade fundamental para estes profissionais. A autoconsciência ou autoconhecimento é um processo em que alguém compreende os seus próprios valores, motivações, limitações e pensamentos, e reconhece a forma como estes afetam os outros (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). Nunca ninguém se chega a conhecer totalmente, no entanto, pode conhecer-se o máximo possível de forma a originar respostas mais adequadas (Stuart & Laraia, 2001). A partir do momento em que uma pessoa compreende, reconhece e analisa alguns dos seus valores, sentimentos e crenças, está capacitada para alterar os comportamentos derivados das ideias erradas (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). O processo de dar e receber *feedback* é um dos conceitos mais importantes para a melhoria das relações interpessoais

e que pode ser ilustrado através da *Janela de Johari* onde “Vemo-nos a nós mesmos como os outros nos veem” (Fritzen, 2000).

Muitas das vezes no diálogo com os idosos, ao partilharem as suas “histórias de vida”, foram momentos de reflexão importantes, pois tal como disse Sequeira (2010), de fato, a partilha tem um potencial imensurável para os que têm tanto para dizer e, por vezes, tão poucas oportunidades para o fazer. Peplau pronuncia a este respeito, que na relação interpessoal com o outro, também se pode evoluir e desenvolver a capacidade de se analisar melhor (George, 2000), o que vai também ao encontro do que é preconizado no domínio D1 e F1 das competências do EESMP.

Todos os momentos formais e informais de reuniões com a tutora local, professores e colegas mestrados também constituíram oportunidades únicas de reflexão, de análise, de exteriorização de sentimentos e de emoções que permitem influenciar positivamente a forma de aprendizagem e importantes para clarificar a forma de gerir os cuidados prestados.

Este ensino clínico também permitiu desenvolver uma liderança participativa na medida em que foram projetadas e desenvolvidas atividades e intervenções de forma autónoma e pioneiras nesta comunidade do Lar de S. José, onde não existia a figura do enfermeiro de saúde mental, uma vez que os enfermeiros, e especificamente os enfermeiros especialistas têm um papel importante na gestão e articulação com outros profissionais. Com isto, pretendeu-se igualmente dar resposta ao domínio da gestão dos cuidados do Regulamento n.º122/2011, onde se encontra descrito “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, assim como, “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”.

Durante todo o estágio houve sempre uma disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas que foram surgindo e dispensada toda a informação inerente às intervenções realizadas, disponibilizando assessoria e mantendo algumas tarefas e atividades de modo a que outros profissionais possam dar continuidade ao trabalho desenvolvido, mesmo com objetivos diferentes, mas de forma a instituí-las nas rotinas da instituição (Competências comuns A.1.3, C.1.1 do EE - Regulamento n.º122/2011).

2.2. ENSINO CLÍNICO NO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) referiu que a saúde mental da pessoa possibilita a sua realização intelectual e emocional, a sua integração na escola, no trabalho, na sociedade. Ela contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. O reverso, a doença mental, contribui com custos elevados, perdas, sobrecargas para outras pessoas, e aos sistemas sociais.

A condição mental de cada pessoa é determinada por múltiplos fatores: biológicos (ex. genética e género); individuais (antecedentes pessoais); familiares e sociais (enquadramento social); económicos e ambientais (estatuto social e condição de vida). Afonso (2007) refere que a noção de “normalidade”, tal como a concebemos, está atualmente em risco, uma vez que as doenças mentais se encontram entre as doenças mais comuns a nível da população mundial.

Atendendo aos dados acima apresentados, cabe ao enfermeiro, conforme mencionado no artigo 88º do Código Deontológico da OE (1998), (alterado e republicado pela Lei nº 111/09 de 16 de Setembro) criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. É neste âmbito que se insere todo um conjunto de intervenções inerentes à promoção, prevenção, reabilitação e reinserção do doente com patologia mental.

Tendo em conta esta realidade, neste Ensino Clínico foram estruturadas várias intervenções que serão abordadas de uma forma geral, mas abrangente, na continuação deste percurso para alcançar competências inerentes ao EESMP, especificamente na área da Enfermagem Psiquiátrica. Peplau defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Neste sentido, o EESMP assume um papel fulcral uma vez que é da sua competência implementar programas de promoção da participação ativa através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave, bem como, assistir e prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e

psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário como descrito em Diário da República (Regulamento nº129/2011).

As intervenções planeadas e executadas a nível psicoterapêutico, socioterapêuticos, psicossocial e psicoeducacional englobaram o treino de competências sociais, sessões/reuniões de grupo e individualmente, a atividade física, a terapia pelo riso e imagética, bem como, o acompanhamento em consultas de enfermagem e no domicílio. Estas intervenções tiveram em vista o tratamento e reabilitação, para que os utentes retornassem à comunidade e fossem reintegrados com sucesso a nível sociofamiliar e profissional.

Quer-se novamente acrescentar que esteve sempre presente, a relação de ajuda como instrumento fulcral de atuação e, mais uma vez, todos os princípios do respeito pela pessoa e sigilo profissional foram preservados de forma a adotar uma conduta pessoal que dignificasse a profissão (artigo 89.º da Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro do Código Deontológico do Enfermeiro). De igual modo, a pessoa foi sempre encarada como ser único, inserido numa família e no seu contexto comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e corresponsável em todo o processo de cuidados, numa perspetiva biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Todas as entrevistas formais ou informais, assim como, a colheita de dados foram realizadas num ambiente privado, promovendo a confidencialidade dos dados e garantindo os cuidados individualizados. Também antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, eram explicados os seus objetivos e em que consistia, salvaguardando o consentimento informado para a sua realização.

Assim, durante o Ensino Clínico foram realizadas várias sessões de **atividade física** integradas no “Grupo Movimento”. O grupo de participantes já estava previamente selecionado e, de uma forma geral, gostou das atividades realizadas pelas mestrandas referindo “isto faz-nos muito bem”.

A Organização Mundial de Saúde aponta um estilo de vida ativo como das principais formas de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração social” (Araújo *cit in* Ribeiro & Paúl, 2011, p.13). A prática de atividade física

regular melhora o humor, isto porque existe um aumento da libertação de endorfinas capazes de reduzir a dor e o organismo fica com mais energia. Para além disso, existe mais controlo sobre o corpo levando a uma melhoria da autoimagem e da autoestima e, conseqüentemente, a um aumento da satisfação com a vida (Veigas & Gonçalves, 2009).

Com a prática de atividade física regular consegue-se combater insónias, pois existe um gasto de energia durante o dia que promove um sono mais profundo durante a noite. Optando por atividades de grupo, o contato com outras pessoas ajuda a distrair e a relativizar as preocupações do dia-a-dia. A par da psicoterapia e da farmacologia, a atividade física apresenta-se, assim, como um instrumento importante, não apenas com papel de reabilitação ou ocupacional, mas também terapêutico (Lampreia, Almeida & Loureiro, 2010).

Outra atividade desenvolvida neste campo de estágio, com uma colaboração bastante positiva por parte dos utentes e que se conseguiu um ambiente de interação e boa disposição, foi a sessão de terapia pelo riso. A maioria dos utentes verbalizou sentimentos de bem-estar e satisfação, referindo que a sessão foi diferente daquelas que já tinham realizado até à data e demonstrando vontade em repetir mais vezes.

De realçar que a inexperiência neste tipo de sessão era uma realidade, mas graças à iniciativa de professores e colegas mestrandos foi possível participar numa sessão de yoga do riso liderado pela Escola do Riso em Vila Nova de Poiares, que contribuiu para a elaboração desta sessão, mas também para mais um momento de reflexão neste percurso de aprendizagem.

O riso é capaz de atuar como um complemento na conquista do bem-estar físico e psíquico do ser humano, seja qual for a doença que o afete. Os benefícios da terapia do riso são vários, englobando o emocional, mental, físico e a saúde espiritual de indivíduos em que sua utilização pode ser modificadora do ambiente hospitalar demonstrando ser para a equipa multiprofissional um surpreendente aliado na prevenção, tratamento e cura de processos patológicos, como também, na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e seus familiares (Silva, 2005). A Terapia do Riso propõe uma mudança na cultura organizacional que auxilia na obtenção do cuidado integral/holístico. Ela ressalva que não há barreiras nem formalidades, para promover o contato sadio entre o enfermeiro

e o seu paciente através de um sorriso, de um abraço, de uma dança, de um olhar ou simplesmente pela atitude de saber ouvir o seu cliente (Mazocco & Hentges, 2010).

Também o ato de ler, mesmo que não seja por iniciativa própria estimula o leitor a descobrir novos sentimentos, estando comprovado que a leitura envolve grande parte das nossas ações em diversos níveis: pessoal, profissional, social e afetivo (Lopes, 2012). A mesma autora pronuncia que a leitura feita em grupo é um dos caminhos que pode auxiliar o tratamento das pessoas com doença mental. Assim, foram realizadas sessões de grupo de leitura, que tinham como finalidade a mobilização da afetividade, estimulação da atividade cerebral e da memória, para além da influência do conteúdo da leitura. De um modo geral, a atividade foi positiva e do agrado de todos os utentes, contribuindo para a partilha de sentimentos, pensamentos ou emoções e facilitando a socialização entre todos.

Foram igualmente realizadas duas sessões de cariz socioterapêutico e psicoeducacional, intituladas “Reunião de fim-de-semana”, com o intuito de debater comportamentos adquiridos ao longo do fim-de-semana, sugerindo mudanças de comportamentos de forma a melhorar o seu processo de recuperação, em que cada utente descrevia “o que fez no fim-de-semana”, incluindo aspetos positivos e menos positivos. A participação nestas reuniões foi importante para o desenvolvimento de competências de negociação em que no final era realizada uma pequena reflexão/debate sobre os comportamentos adquiridos, tarefas realizadas e traçados novos objetivos. Estas estratégias envolviam uma grande capacidade de perseverança, gestão do domicílio, gestão de conflitos familiares, sem esquecer as suas crenças e cultura, de forma a promover a capacitação/conscientização do utente a novas estratégias de adaptação.

O enfermeiro terapeuta procura descobrir um processo consensual a todos os elementos do grupo, ou guiar as ideias do grupo até conseguir encontrar sugestões de mudança de comportamento que possam ajudar os elementos do grupo a ter atitudes que possam adquirir, de forma a melhorarem o seu processo de recuperação (Yalom, 2006).

Foram desenvolvidas ainda, reuniões comunitárias que proporcionaram a exposição das opiniões dos utentes sobre o serviço e sobre os cuidados prestados, partilhando sentimentos sobre esta temática. Estas reuniões tiveram o intuito de identificar as reclamações e sugestões dos utentes em relação à dinâmica do serviço, tendo a pretensão de promover alterações e melhorias que conduzissem a uma maior satisfação por parte

dos utentes. Para tal, esta estratégia foi sempre discutida em equipa e em todas as sessões foram explicados os objetivos da mesma, sensibilizando para o fato de ser um espaço de partilha de opiniões, em que todos devem participar, onde não se deve falar de diagnósticos individuais, em que apenas devem ser abordados os assuntos relacionados com a temática escolhida. Esta estratégia é defendida por Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008) como uma prática que deve ser utilizada regularmente, baseando-se em alguns princípios gerais, que se devem ter sempre em consideração, nomeadamente as experiências, necessidades e opiniões dos utentes, e que contribuem para a melhoria contínua e sistemática dos cuidados.

Durante este Ensino Clínico foi planeado e construído um grupo de Treino de Competências Sociais (TCS), de caráter psicossocial e socioterapêutico, em que foram convocados os utentes com o diagnóstico de esquizofrenia referenciados pela equipa e que voluntariamente aceitaram participar no grupo terapêutico. Neste âmbito, foram realizadas entrevistas, para esclarecimento dos objetivos do grupo terapêutico e avaliação dos critérios de inclusão definidos, sendo aplicada a Escala de Habilidades Sociais (EHS – validada para a população portuguesa por Ribeiro, et al., 2004) já utilizada neste serviço.

O TCS mostra resultados muito positivos para pessoas com esquizofrenia, tanto individualmente como em grupo (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007). Townsend (2011) refere que o TCS é uma das intervenções psicossociais mais usadas no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença. Deste modo o TCS, baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para retificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007). Nestas sessões eram utilizadas algumas dinâmicas de grupo, nomeadamente no aquecimento, uma vez que, e indo ao encontro do que defende Manes (2009), os jogos psicológicos facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros, sendo úteis para utilizar como meio de atingir, entre outros, objetivos psicoterapêuticos. Assim, pretendeu-se através destas intervenções psicossociais e psicoterapêuticas promover a autonomia dos utentes na comunidade, melhorando as relações interpessoais, de forma a contribuir para a sua qualidade de vida e prevenção de recaídas. Importa ainda referir que,

após o término deste Ensino Clínico, a equipa de enfermagem do serviço deu continuidade ao desenvolvimento destas sessões.

Dentro das técnicas de relaxamento optou-se por realizar uma sessão de Imagética, em que a ansiedade e o *stress* foram avaliados antes e após a sessão através da verbalização por parte dos utentes desses sintomas numa escala de 0-100 (em 0 corresponde à ausência destes sintomas e 100 ao nível máximo), escala utilizada frequentemente no serviço e a qual os utentes já se encontravam familiarizados, e dos sinais vitais (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca e Temperatura Timpânica).

A ansiedade é, provavelmente, o transtorno mais comum encontrado com uma perturbação mental coexistente, em geral, noutro transtorno de ansiedade e em perturbações de humor. Estima-se que cerca de 50% das pessoas com perturbação de ansiedade tenham também uma outra doença mental (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

No final da apresentação foi incentivada a expressão de sentimentos, constatando-se que a maioria dos participantes referiam ter obtido uma sensação de “liberdade e de leveza”, bem como sentimentos de bem-estar e tranquilidade.

Os objetivos propostos para as diferentes intervenções acima expostas foram alcançados e deram resposta ao desenvolvimento de competências/unidades de competência comuns e específicas do EESMP (Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011), C2.2.4, F2, F3.2, F3.3., F3.4, F4.1., F4.2, F4.3, e em relação ao TCS especificamente, as unidades de competência F3.2 e F3.3.5.

Para além disso, foram efetuadas várias **consultas de enfermagem** em que eram realizadas intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas a nível individual, e onde se utilizava, tal como nas restantes intervenções, uma ferramenta importante em saúde mental e psiquiatria - o exame mental. O exame mental é uma ferramenta de avaliação básica usada por todas as disciplinas relacionadas diretamente com Saúde Mental (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). É uma ferramenta com pontos de avaliação definidos que permite criar uma imagem de como uma determinada pessoa está num determinado momento, permitindo ainda um registo sistemático e objetivo desta informação (Trzepacz & Baker, 2001). Esta avaliação e registo objetivo da informação avaliada permitem, segundo Stuart e Laraia (2001), que

esta ferramenta possa ser a base de comparação necessária para o acompanhamento do progresso da pessoa, incluindo a resposta ao tratamento. As informações obtidas durante o exame do estado mental são igualmente usadas em conjunto com outros dados recolhidos, que incluem o exame físico, resultados de exames laboratoriais, história do cliente, descrição do problema apresentado e informações recolhidas com a família, com os responsáveis pelos cuidados e com outros profissionais da saúde de forma a ser possível ao enfermeiro formular diagnósticos de enfermagem e planear a assistência ao cliente (Stuart & Laraia, 2001).

“A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente” (OE, 2011, p.2).

O processo de enfermagem trata-se de uma ferramenta poderosa na gestão e prestação de cuidados. Assim, é um processo dinâmico orientado para os objetivos com a finalidade de um cuidado de qualidade (Townsend, 2011).

Todas as informações recolhidas eram também registadas no SAPE/SACE, que de acordo com a OE (2011) são elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e que deram resposta às unidades de competência específicas do EESMP, do Regulamento n.º129/2011 (F2, F3.4, F3.5, F4.1 e F4.3) e comuns do eixo B do Regulamento n.º 122/2011.

A introspeção e autoanálise diária das intervenções, desenvolvidas ou assistidas e do comportamento enquanto enfermeira, foram importantes para refletir sobre os ganhos obtidos com a sua concretização e o impacto que tiveram no desenvolvimento de competências inerentes aos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, mencionados anteriormente. Abreu (2001) pronuncia-se em relação a isto, referindo que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e da forma como o faz. É por isso, também importante focar o fato de, neste local de estágio, ter uma enfermeira especialista em

saúde mental como orientadora. Considera-se que foi uma mais-valia porque contribuiu positivamente para o desenvolvimento de todo o trabalho durante o Ensino Clínico, assim como, das competências preconizadas. Sempre que surgia alguma dúvida, mal-estar ou constrangimento, existia a iniciativa de os expor à enfermeira orientadora, de forma a obter o seu apoio para os ultrapassar. Keltner, Schwecke e Bostrom (2007) defendem que este tipo de exercícios de autoanálise e tomada de consciência de si beneficiam quando são partilhados com alguém de confiança, que dê um *feedback* objetivo e realista, indo ao que é preconizado para as competências comuns do EESMP, (A e D1) e específicas (F1.1) inscritas nos Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011, respetivamente.

De todas as intervenções realizadas evidencia-se a realização de um **estudo de caso** (ANEXO VIII), de uma pessoa portadora de Esquizofrenia Paranoide, em que se procurou assegurar competências relacionais e de intervenção junto do utente no seu contexto de vida. É de salientar que o sigilo e confidencialidade foram preservados, tendo o utente dado o seu consentimento para a realização e apresentação deste estudo de caso em contexto académico.

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave que abrange 1% da população mundial. Surge por norma no final da adolescência ou nos primeiros anos de vida adulta e segue um curso episódico, interrompido por exacerbações dos sintomas, que requerem hospitalizações no decorrer de toda a vida. Apesar da sua natureza grave e duradoura, muitas pessoas portadoras desta doença melhoram progressivamente com o decorrer do tempo, e em alguns casos ocorre uma remissão total dos sintomas nos últimos anos de vida (Caballo, 2007).

O utente deste estudo de caso foi incluído em todas as atividades de grupo realizadas neste serviço, e as terapias de adesão à terapêutica, diminuição da ansiedade, relaxamento, doença mental grave e combate ao estigma, com vista ao aumento da autocrítica, demonstraram ser importantes na aceitação da doença, no esbatimento de delírios e alucinações e na tomada de decisão, optando por escolhas que promoveram mudanças positivas no seu estilo de vida, libertando tensões emocionais e vivenciando experiências gratificantes.

As diversas intervenções, realizadas com o utente deste estudo de caso, tiveram sempre em conta não só o indivíduo, mas também a família, o que possibilitou um envolvimento

estreito nomeadamente com a mãe do utente. Recorreu-se a visitas no domicílio, que facultaram a recolha de dados valiosos, entrevistas estruturadas formais e informais, bem como a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem passíveis de se traduzirem em ganhos para a saúde do utente. O contato com o utente durante a visita domiciliária exigiu pensar e refletir sobre a importância da conquista relacional e, ainda, sobre as estratégias facilitadoras da mesma. Esta conquista permite a acessibilidade, a partilha e essencialmente a capacitação do utente como agente principal na vivência do seu estado de saúde/doença.

Nestas visitas, foram realizadas várias sessões de psicoeducação ao doente e à sua mãe, sobre a doença, sobre os benefícios e consequências de tomar ou não a medicação e os seus efeitos secundários, assim como, a comunicação interpessoal, de forma a melhorar a relação do utente com a sua mãe, e no sentido da consciencialização para a prevenção de recaídas (ANEXO IX). De acordo com Moreno, Moreno e Ratzke (2005) a psicoeducação da família ou cuidador do doente é fundamental, e tem por objetivo fornecer informações sobre a doença, o seu prognóstico e tratamento, proporcionando-lhes um melhor entendimento do processo terapêutico e consequentemente uma melhor adesão ao tratamento por parte do doente.

A falta de adesão ao tratamento prescrito é citada com frequência como um comportamento das pessoas com doenças mentais graves (Stuart & Laraia, 2001). As intervenções de enfermagem de forma a garantir a adesão ao regime terapêutico serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Machado, 2009). Intervir de forma a aumentar a adesão terapêutica das pessoas torna-se mais eficaz se existir o recurso a técnicas interativas que integrem a pessoa no problema, em vez de uma simples palestra e exposição de informação (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007).

Perante isto, destacam-se todas as sessões de psicoeducação dirigidas aos utentes e familiares em que foram entregues panfletos informativos (ANEXO X) que abordavam a doença, o seu diagnóstico, as causas, os sintomas, os sinais de alerta, o tratamento, a importância da adesão à medicação, para além do visionamento de um vídeo alusivo a estes aspetos. Os panfletos elaborados encontram-se para aprovação por parte do CHMT para permanecerem no serviço de modo a assegurar a sua continuidade.

Donabedian (1997) citado pelo MS (2012) ressalta que a qualidade em saúde depende igualmente de intervenções dirigidas a resultados que incluem o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados.

A compreensão da perturbação mental por parte do doente e da família foi fundamental para o desenrolar das diferentes terapias, e muito satisfatória, na medida em que permitiu avaliar os ganhos obtidos ao longo de toda a intervenção, verificando o reconhecimento e descrição dos mesmos, por parte do utente. Estas intervenções possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos e competências descritas no Regulamento das competências comuns e específicas do EESMP (Regulamentos n.º 122/2011 e n.º 129/2011), nomeadamente nas unidades de competência B.1.2, B3.1, C1.2.3, C1.1, C2.1, C2.2.1, D2, F2, F3.1, F3.2, F3.4., F3.5 e F4.1.

A interação com os utentes e seus familiares, com o conseqüente *feedback* do efeito terapêutico dos cuidados prestados, permitiu tomar a consciência dos fatores pessoais influentes na relação, quer positiva como negativamente, e identificar comportamentos pessoais que pudessem revelar um fenómeno de transferência ou contratransferência, resistências ou impasses na relação terapêutica. Peplau (Almeida et al., 2005) defende que o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria tem um papel importante enquanto conselheiro, em que desenvolve capacidades de aconselhamento devido a experiências educacionais intensivas supervisionadas de modo a ministrar terapia individual, de grupo ou familiar útil. Também no Regulamento dos padrões de qualidade (OE, 2011), já referido anteriormente, encontra-se descrito que as intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação de respostas do doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, entre eles a adesão à terapêutica, o autocuidado, o *stress* do prestador de cuidados, a promoção da autonomia, entre outros, com o objetivo de evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente. Também cabe ao EESMP, ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos ou comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (Regulamento n.º 129/2011).

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2007), encaminha o futuro da Saúde Mental para os cuidados na comunidade, com profissionais altamente especializados na proximidade das populações. Sempre que possível, os cuidados devem

ser prestados no domicílio, sobretudo nos utentes com situações crónicas de doença, sendo o EESMP o profissional mais indicado para o estabelecimento de um plano de intervenção personalizado e estruturado envolvendo diversas intervenções terapêuticas, permitindo um melhor funcionamento social do utente e um risco mínimo de reinternamento (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). A cada turno os resultados das intervenções eram avaliados e reformulados se necessário, de acordo com as necessidades do cliente.

Relativamente à formação em serviço, considera-se que quando esta se encontra assente em profundos conhecimentos científicos, vem proporcionar e desenvolver determinados aspetos que permitem colmatar os défices de desempenho identificados, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Perante isto, outro contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes portadores de doença mental, neste serviço, foi, de acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011), nomeadamente as unidades de competência B3.2.1, B3.2.2, B3.2.5, C1.1, C.1.2., D2.1 e ainda, F2.3.3, F3.4.1., F4.2 das competências específicas do EESMP (Regulamento n.º 129/2011), a realização de uma ação de formação em serviço (ANEXO XI) sobre as alterações associadas ao processo de doença mental. Esta formação destinou-se a todos os assistentes operacionais da Consulta Externa e Serviço de Urgência Básica do Hospital N.º Sr.ª da Graça de Tomar do CHMT e abordou como temas principais o estigma perante as pessoas portadoras de doença mental, os princípios éticos, como o sigilo profissional, os juízos de valor emitidos, entre outros. São aspetos que se devem ter em consideração na conduta profissional, tendo-se preconizado a aquisição de competências pessoais, através do acesso à informação e exemplificação de dois casos práticos recorrendo à técnica de *roleplay*.

A literacia em saúde mental deve ser aumentada, pois apesar da alta prevalência das perturbações mentais e da importância crescente dos problemas de saúde mental em geral, os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde, sendo ainda muito grande o desconhecimento sobre o progresso ocorrido nas últimas décadas quanto ao diagnóstico e, sobretudo, ao tratamento destas perturbações (Comissão Nacional para a Reestruturação dos serviços de saúde mental, 2008). O estigma e a exclusão social são tanto fatores de risco como consequências de doenças mentais, podendo criar muitas barreiras quer na procura de

ajuda, quer no próprio processo de recuperação (MS, 2007). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007), a saúde mental é um direito humano e os cidadãos devem usufruir de bem-estar, qualidade de vida e saúde. É promovida através da participação da sociedade, da formação, de campanhas anti estigma, atividades na comunicação social, em escolas, no trabalho, à própria família e cuidadores envolvendo-os.

Para além da preleção da formação, existiu sempre o cuidado de analisar o seu impacto nos formandos, identificando possíveis lacunas que pudessem ser colmatadas e avaliando a sua eficácia. Nesta sessão também estiveram presentes as enfermeiras supervisoras e a enfermeira chefe que valorizaram a sessão apresentada em prol da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e expressaram agrado pela presença das estudantes neste serviço.

Todos os instrumentos de trabalho, assim como os planos e relatórios das várias intervenções desenvolvidas, ficaram num manual neste serviço, para que pudessem ser usados e consultados pela equipa de enfermagem ou outros profissionais sempre que fosse considerado pertinente. Foi também disponibilizada assessoria no âmbito da utilização da CIPE para os registos de enfermagem no SAPE / SACE, que ainda não era utilizada neste serviço, para elaboração de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções.

Segundo Aleixo (2007), os registos de enfermagem possuem, entre outros, os objetivos de estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde, facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados, assim como colaborar na avaliação da qualidade e eficiência do cuidado/tratamento, uma vez que todos os atos humanos podem ser alvo de gestão de forma a otimizar os seus resultados. Os enfermeiros especialistas têm um papel importante na gestão de serviços de saúde ressaltando as competências comuns que promovem um ambiente favorável à aprendizagem e à prática. Existem dados suficientes que apoiam a afirmação de que enfermagem é um importante pilar numa organização de saúde e deve estar presente nos vários níveis de gestão (Aleixo, 2011). No entanto, segundo o mesmo autor, os enfermeiros têm bastante dificuldade em assumir esta mesma importância. É aqui, que os enfermeiros especialistas assumem a sua importância, como dinamizadores e catalisadores de uma integração efetiva da enfermagem na gestão dos cuidados e serviços de saúde.

Mesmo antes de terminar o Ensino Clínico, duas colegas enfermeiras, que vieram da consulta externa e que estavam em integração naquele serviço, partilhavam as suas dúvidas com as mestrandas, assumindo-se então, um papel de consultor nos cuidados e assim, houve a oportunidade de partilhar com outros profissionais, os saberes adquiridos, que requeriam um nível de competência na área da saúde mental.

Como já mencionado no capítulo anterior, neste serviço existiam reuniões multidisciplinares semanais importantes para a reflexão e tomada de decisão em relação aos cuidados prestados. Porém, no decorrer do Ensino Clínico não foi possível participar em nenhuma delas devido a incompatibilidade de horários. Não obstante a isto, tentou-se sempre articular junto da equipa multidisciplinar, incluindo médico, psicóloga, terapeuta ocupacional e assistente social, uma resposta terapêutica mais adequada e individualizada para cada utente. Muitas vezes, também era necessário uma articulação com a equipa de enfermagem dos centros de saúde de referência dos utentes, configurando a importância de todos os intervenientes no plano terapêutico instituído para cada utente e promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (Ribeiro et al., 2008). Neste sentido, o objetivo central da prática do enfermeiro é aplicar as competências na *procura permanente da excelência profissional*, de forma a dar cumprimento aos Padrões de Qualidade dos cuidados.

Perante o que foi dito, para além das competências acima descritas, também se desenvolveram as unidades de competência C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1, C2.2 (Regulamento n.º122/2011), e ainda, F3.1, F3.4 das competências específicas do EESMP (Regulamento n.º 129/2011).

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais salienta-se a participação, enquanto formanda, em duas formações de serviço, sobre a “Perturbação Esquizoafetiva” e “Esquizofrenia Paranoide”, devidamente organizadas pelos enfermeiros especialistas em saúde mental do internamento de psiquiatria, com destaque do plano de cuidados e intervenções de enfermagem serem elaborados com recurso à

linguagem CIPE, a participação no yoga do riso, que contribuiu para aumentar conhecimentos sobre esta técnica, e por último, a participação no 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental. A recursividade entre o trabalho e a formação faz apelo a uma lógica interativa de construção de saberes e de mobilização destes saberes na prática: o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação (Abreu, 2001).

Termina-se por referir que a exaustiva pesquisa bibliográfica, o estudo dos conteúdos abordados no ensino teórico, a construção de um portfólio de aprendizagem e a procura de instrumentos de avaliação permitiram uma constante mobilização de conhecimentos, assumindo-se como momentos de reflexão sobre as atividades desenvolvidas, de forma a rentabilizar as oportunidades de aprendizagem que visavam a aquisição de competências, e baseando a prática em padrões de conhecimento sólidos e válidos, que em muito contribuíram para um crescimento pessoal e profissional.

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA - PROJETO “VIVAMENTE”

A OE (2006) profere que a investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento, tendo igualmente um contributo fulcral para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão. Contribui ainda, para a prestação de cuidados seguros e de qualidade e otimiza os resultados em saúde.

“A enfermagem de saúde mental sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. A abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades” (OE, 2011, p.2).

Também no Regulamento nº129/2011, se encontra descrito que é no avanço do conhecimento que se impõe ao EESMP a incorporação contínua das novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade.

Neste sentido, e tendo por base a revisão da literatura foi desenvolvido um estudo de investigação, integrado num projeto intitulado “*VivaMente*”, com o propósito de avaliar o impacto deste projeto a nível da cognição, na sintomatologia depressiva e na dependência das atividades de vida diária dos idosos institucionalizados no Lar de S. José. Este tema surgiu como uma resposta a uma lacuna entendida na promoção da saúde mental de pessoas idosas, identificada na prática do dia-a-dia quer no serviço de internamento de Psiquiatria quer nos Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração, mas também da realidade observada no contexto do Ensino Clínico no Lar de S. José. Para Marconi e Lakatos (2003), a prática nasce da conceção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o

mais lógico, racional, eficiente e eficaz. Para a elaboração deste projeto mobilizaram-se conhecimentos, procuraram-se experiências, pensaram-se estratégias e fortaleceram-se competências.

O projeto “*VivaMente*” surgiu assim, no contexto da prática especializada na comunidade do Lar durante os Ensinos Clínicos I e III em parceria com outra colega mestranda, como referido anteriormente. Torna-se fundamental a implementação na comunidade de programas centrados na população que promovam a capacitação, a saúde mental e reduzam o risco de desenvolvimento de perturbações mentais, criando projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital no âmbito da saúde mental (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Com este estudo pretendeu-se também dar contributos para a criação de padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no âmbito da implementação de projetos de promoção de saúde mental no idoso institucionalizado.

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento demográfico é atualmente um fenómeno que ocorre à escala mundial, que se acentua nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do acréscimo da esperança de vida e do declínio da natalidade (Costa & Sequeira, 2013). Em Portugal, o envelhecimento da população é igualmente um dado conhecido e que se prevê que continue nas próximas décadas. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2012), nos dados das projeções da população idosa (com 65 anos ou mais) para 2020, representa um aumento de 20,6%. Rodrigues (2013) também refere que Portugal terá, em 2060, cerca de 3 idosos por cada jovem.

Esta realidade coloca aos governos, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (Rodrigues, 2013). Assim, a promoção do envelhecimento ativo a nível nacional constitui hoje uma estratégia prioritária no âmbito do Programa Nacional para a saúde de pessoas idosas, do ministério da saúde, mobilizando organizações não-governamentais, autarquias, universidades e grupos de cidadãos no sentido de reunir esforços e configurar estratégias sociais e políticas não só para acrescentar anos de vida, mas para acrescentar qualidade aos anos de vida ganhos (Ribeiro & Paúl, 2011).

Neste sentido, ajudar as pessoas a tornarem-se saudáveis não se resume só à saúde física, mas também, à emocional, espiritual, social e mental. A promoção de saúde preocupa-se com esta parte da vida, que no idoso, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva, para que o envelhecimento seja vivido com qualidade, o mais tempo possível. A saúde mental, como parte integrante da saúde em geral também deve ser promovida de modo a prevenir a doença e, simultaneamente reforçar a saúde positiva. Uma promoção de saúde mental, eficaz e efetiva, deverá resultar na promoção do bem-estar, menos sofrimento humano, uma menor incidência e prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento, uma melhor qualidade de vida, uma integração social reforçada, entre outros (Lethinen, 2008). Considerando estes aspetos e para corresponder ao progressivo aumento do número de idosos no mundo, as pesquisas sobre envelhecimento têm ganho cada vez mais espaço no universo científico.

Como se sabe, o processo de envelhecimento acarreta alterações na vida do dia-a-dia das pessoas, exigindo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento e à perda de relações sociais. Isto reporta, a que na maioria dos casos os idosos passem a viver em lares ou outros centros de apoio. O processo de institucionalização representa, de acordo com Castro (2011), uma fase de grandes mudanças, o que implica o estabelecimento de novas relações, a adaptação a um ambiente desconhecido, a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenhava na família e na sociedade, aprender a lidar com os sentimentos de abandono e ansiedade decorrente de todas estas alterações. Para Cozzani e Castro (2005) citados por Castro (2011), um dos principais aspetos associados à institucionalização dos idosos é o agravamento do seu estado de saúde, resultante muitas vezes de doenças degenerativas que os tornam dependentes de terceiros para a realização das atividades da vida diária. Muitos autores defendem a vida em comunidade à vida institucional, evidenciando algumas falhas nos cuidados institucionais, que levam à deterioração física, psicológica e social da pessoa idosa inserida nestes contextos (Vaz, 2009 *cit in* Castro, 2011).

Em Portugal a percentagem de idosos que são institucionalizados nos lares tem aumentado, pois os familiares não conseguem satisfazer as necessidades básicas da pessoa, nomeadamente por falta de tempo, por questões profissionais e familiares, ou ainda falta de vontade de tomar conta do idoso que começa a apresentar problemas físicos, sociais e afetivos, exigindo outro tipo de cuidados (Almeida, 2008 *cit in* Castro, 2011).

Os centros/lares que acolhem os idosos são um recurso para aqueles que estão impossibilitados de viver sozinhos, no entanto, poderá trazer limitações ao acarretar desintegração social, perda de decisões pessoais, rotinas rígidas e até ausência de estimulação (Ferreira, 2011). A dinâmica institucional carece muitas vezes de estímulos aliciantes, que proporcionem ao idoso uma boa qualidade de vida e a preservação das suas capacidades físicas, sociais e mentais, sendo que a incapacidade funcional e o comprometimento cognitivo estão fortemente relacionados com a institucionalização dos idosos (Castro, 2011).

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão da União Europeia consideram de extrema importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável, sendo que manter-se ativo é uma das formas que mais concorre para a manutenção da saúde da pessoa idosa nas suas diversas componentes, física, psicológica e social.

A investigação também tem demonstrado uma estreita relação entre dependência e idade, mostrando que as limitações na capacidade funcional aumentam ao se considerar idades mais avançadas, depois dos 75 ou 80 anos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003, *cit in* Ferreira, 2011). Importa estudar a autonomia porque o fato do idoso se ver obrigado a depender de terceiros para as suas atividades da vida diária, para além da limitação física, tem também um impacto na sua saúde mental, gerando sentimentos de impotência e vulnerabilidade, o que pode provocar baixa autoestima e depressão (Ferreira, 2011).

Existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não-ativos, ou seja, existe uma menor prevalência de indicadores de depressão e demência para os idosos não sedentários (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008).

Deste modo, é essencial manter a mente sã em todas as idades, principalmente durante o processo de envelhecimento, em que se verificam mudanças cognitivas que podem afetar o desempenho da pessoa. As alterações cognitivas mais afetadas nos idosos são: a atenção, a concentração, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento, sendo a memória a alteração cognitiva que apresenta maior declínio (Gonçalves, 2012). Sendo assim, é possível otimizar o funcionamento cognitivo pelo desenvolvimento de estratégias de compensação que

respondem aos desafios colocados pelas perdas cognitivas que acompanham o avançar da idade. A existência de um grande desconhecimento desta condição pela sociedade em geral, conduz a limitações e dificuldades, quer a nível da intervenção, quer da investigação, uma vez que são consideradas alterações normais da idade, não as reconhecendo como uma condição médica, e por isso, sem necessidade de acompanhamento por profissionais o que dificulta o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de estratégias adequadas, levando a um rápido desgaste do cuidador (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Para Sequeira (2010), as intervenções não farmacológicas assentam, na sua maioria na reabilitação, entendida como a participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, no sentido de reduzir o impacto da doença e as dificuldades no quotidiano. As técnicas englobam uma série de modalidades de intervenção psicoterapêutica como a estimulação cognitiva, orientação para a realidade, terapia por reminiscência, musicoterapia entre outras modalidades psicossociais e que têm como principais objetivos: promover ou manter a autonomia; melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco; melhorar o estado de saúde geral; estimular as capacidades cognitivas; manter a interação com o meio; estimular a identidade pessoal e a autoestima e minimizar o *stress*.

Sequeira (2010) citando Guerreiro (2005) refere ainda que o principal objetivo das técnicas de estimulação passam por ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de dependência de outrem. Para Gonçalves (2012), a maioria das atividades de estimulação é de carácter lúdico com o objetivo de trabalhar em simultâneo as diversas áreas: físico, cognitivo e social.

Ao nível da investigação, existem ainda inúmeros entraves na área da estimulação cognitiva, uma vez que ainda não é culturalmente aceite um investimento em pessoas idosas “pouco úteis para a sociedade”, comparados com a compreensão de condições que afetam pessoas em início ou meio da vida (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Em Portugal a investigação sobre a estimulação cognitiva é diminuta, no entanto alguns estudos foram realizados e têm conduzido à conclusão que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos, o que põe em causa a irreversibilidade da deterioração das capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento (Gonçalves, 2012). Por outro lado, Knapp et al. (2006), citado por Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) apontam a intervenção de estimulação

cognitiva com bom rácio custo-benefício, comparando os benefícios em termos de cognição, nos casos de demências, aos obtidos através da medicação.

Um estudo recente de Costa e Sequeira (2013) veio concluir que a implementação de programas de estimulação da cognição é fundamental em pessoas com défice cognitivo ligeiro, de modo a potenciar a cognição, melhorar a autonomia e minimizar o impacto dos défices. Outros estudos nacionais e internacionais sugerem que a estimulação cognitiva se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da sintomatologia depressiva, melhorando a autonomia dos idosos e que deve ser uma componente essencial do cuidado ao idoso (Apóstolo et al., 2011). O trabalho do profissional de saúde nesta área, deve basear-se numa atitude preventiva, identificando precocemente os processos não normativos da velhice, promovendo a estimulação cognitiva (Azevedo e Teles *cit in* Paúl & Ribeiro, 2001). Várias abordagens têm suscitado interesse nas últimas décadas, segundo Sequeira (2010), citando Spector, Orrell, Davies e Wood (2004), apesar da existência de poucos estudos conclusivos da eficácia de técnicas não farmacológicas, parece evidente os benefícios da sua aplicação, principalmente quando realizadas de forma integrada com o contexto em que o utente se insere.

Para além das demências, existem outras perturbações mentais que aumentam com o passar dos anos, nomeadamente a depressão. O documento da OMS (2001) descreve que a perturbação mental com maior predominância de surgimento na velhice é depressão, sendo esta um fator claramente potenciador dos índices de dependência na velhice. Drago e Martins (2012) no seu estudo, para além de confirmarem que em Portugal existem mais de 60 mil pessoas portadoras de demência e mais de 100 mil com depressão, num total de um milhão e meio de pessoas com 65 e mais anos, também concluíram que a dependência nas atividades de vida diária e a insatisfação com a vida influenciam a depressão.

Sendo esta uma temática de bastante interesse, vários são os estudos que referem que é nas idades avançadas que a sintomatologia depressiva assume formas características, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente de tratar. É frequente as pessoas associarem a melancolia e a tristeza sentidas por alguns idosos à idade, devido a perdas afetivas, económicas, sociais e a doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (Martins, s.d). Não há dúvida que, do ponto de vista vivencial, o idoso encontra-se numa situação de perdas continuadas (declínio físico e cognitivo, diminuição do suporte

sociofamiliar e do status ocupacional e económico), o que acaba por gerar síndromes depressivos. Assim, quando se refere a depressão no idoso torna-se importante estabelecer um diagnóstico diferencial. No caso dos idosos institucionalizados, de acordo com a autora supracitada, a situação torna-se mais grave pois os idosos encontram-se separados do seu ambiente familiar habitual, rodeados de pessoas estranhas e muitas vezes isolados da atualidade cultural.

Para Jacob (2008), o conceito de envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, tendo como principal objetivo o aumento da expectativa de uma vida saudável e de qualidade de vida. Ser ativo, à medida que a idade avança, não se limita à prática de atividade física, envolve igualmente o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis e a prevenção de acidentes, entre outros.

Torna-se evidente a necessidade de serviços psicoterapêuticos especializados para o tratamento das pessoas idosas, tanto para suprimir a necessidade originada pelos problemas de saúde mental inerentes a estes indivíduos, como para dar suporte, formação e tratamento a todos aqueles que estejam envolvidos nas prestações de cuidados. Serviços adequados para estas populações requerem treino especializado e suporte dos profissionais de saúde mental (Moreira et al., 2005).

De fato, “A área da saúde mental no idoso torna-se cada vez mais premente, devendo os especialistas na área, nomeadamente os profissionais de enfermagem, reunir esforços para que se consigam oferecer melhores respostas, ou seja, mais diferenciadas, com maior efetividade, de proximidade e de preferência no seu contexto” (Costa & Sequeira, 2013, p.15).

3.2. METODOLOGIA

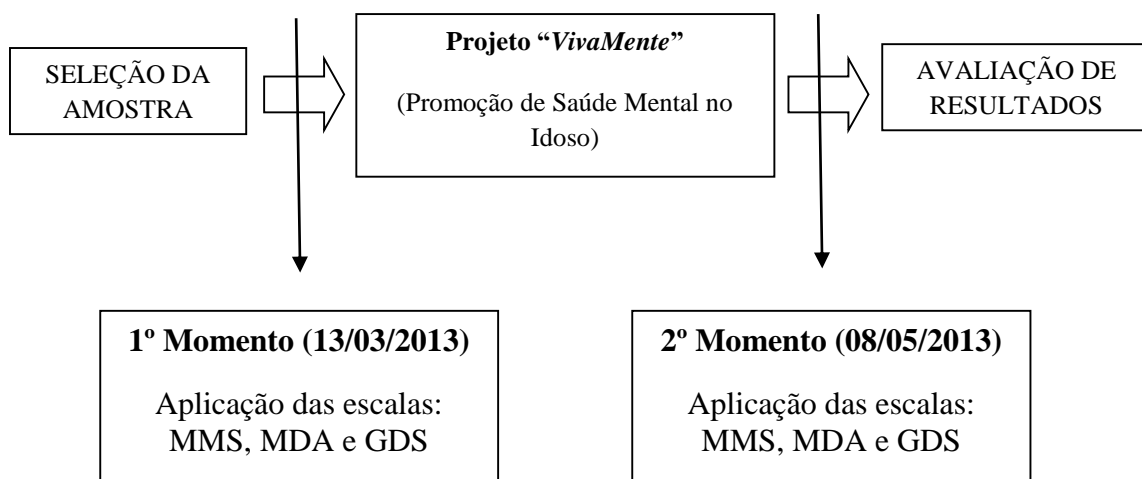
Este capítulo pretende abordar o tipo de estudo do presente trabalho, a questão de investigação, hipóteses, a sua população e amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos formais e éticos respeitados, as intervenções desenvolvidas no âmbito do projeto “*VivaMente*”, bem como o tratamento dos dados.

3.2.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo desenvolvido para este trabalho é um estudo Quasi-Experimental com um desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal. Pretendeu-se conhecer a influência de uma intervenção sobre as variáveis, neste caso, seguindo o esquema de conhecer o antes, intervir e conhecer o depois. De acordo com Fortin (2000) existem situações que permitem ao investigador medir o efeito das variáveis independentes sem as poder controlar ou manipular de forma sistemática. O pouco controlo experimental que caracteriza este tipo de estudo incute no investigador a consciência dos seus limites.

Para contextualização da intervenção segue-se a esquematização do desenho de investigação (Figura 1). Pode-se verificar através da ilustração que, após o processo de amostragem, foram aplicados três instrumentos de avaliação que foram novamente aplicados num segundo momento, após a implementação das intervenções especializadas em saúde mental que integraram o projeto “*VivaMente*”, de forma a avaliar o seu impacto.

FIGURA 1- Desenho de Investigação



3.2.2. Questão de investigação, objetivos e hipótese

A questão de investigação formulada é um passo fundamental no desenvolvimento de um estudo de investigação, pois é a premissa sobre a qual se apoiam os resultados de

investigação. As questões de investigação decorrem diretamente do objetivo e indicam o que o investigador quer obter como informação (Fortin, 2000).

Após a revisão da literatura referente ao tema, foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Qual o impacto do projeto “*VivaMente*” no funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diárias e na sintomatologia depressiva dos idosos, institucionalizados no Lar de São José?

Para dar resposta a esta questão de investigação delineou-se como objetivo para este estudo, avaliar o impacto do projeto “*VivaMente*” na saúde mental dos idosos institucionalizados no Lar de São José, nomeadamente no funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva.

A hipótese em estudo foi a seguinte:

H1- Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados no Lar de São José, antes e após a implementação do projeto “*VivaMente*”.

3.2.3. População e amostra

Para se realizar um estudo de investigação é necessário existir uma população onde se incida este estudo. Para Fortin (2000), a população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.

A população, foi então, constituída por utentes institucionalizados no Lar de S. José, e por ser de todo impossível abarcar a população no seu total, foi necessário selecionar um subgrupo por forma a obter informações relativas às características dessa população.

O processo de seleção da amostra, designa-se por amostragem. Segundo Pais Ribeiro (2008) uma amostra é um subgrupo da população selecionado para obter informações relativas às características dessa população. Em concordância com o descrito, Fortin (2000) refere que uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.

Neste caso, a amostragem foi não probabilística intencional, ou seja, a escolha dos elementos da amostra foi consciente por parte do investigador, existindo critérios de inclusão em função das características dos sujeitos. De acordo com Fortin (2000), a amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas da população em estudo, não dando a todos os elementos a mesma possibilidade para formar a amostra do estudo.

Neste estudo foram delineados os seguintes critérios de inclusão:

- Utentes institucionalizados no Lar de São José - CAST;
- Utentes com idade igual ou superior a 65 anos;
- Sem contraindicação clínica, cognitiva e/ou física para a realização das intervenções;
- Aceitar participar no projeto “*VivaMente*”.

O processo de seleção da amostra iniciou-se pela apresentação do projeto “*VivaMente*” a toda a comunidade do Lar. Esta apresentação pretendeu informar os utentes acerca das intervenções delineadas convidando-os a participar no mesmo. Do total da amostra selecionada (N=22) foram excluídos do estudo três elementos por agravamento do quadro clínico, deixando de preencher os critérios de inclusão. Assim, o tamanho da amostra do estudo é de 19 elementos (N=19).

3.2.4. Procedimentos formais e éticos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A aceitabilidade ética de um estudo tem uma importância extrema na sua aplicação (Fortin, 2000). A aplicação deste projeto não colocou em causa os direitos fundamentais de nenhum dos elementos da amostra selecionada, pelo que se considera que possui aceitabilidade ética.

Foram pedidas as autorizações necessárias aos órgãos máximos da instituição para a implementação do projeto e para a divulgação dos dados (ANEXO XII).

No que diz respeito ao consentimento informado, este é imprescindível para garantir os direitos, a liberdade e garantias das pessoas. Neste sentido, o consentimento informado

para participar no projeto “*VivaMente*” foi formalizado por escrito com cada um dos elementos da amostra, de acordo com o modelo em anexo (ANEXO XIII).

Neste seguimento, foi ainda explicado a cada elemento da amostra toda a informação relativa a cada intervenção, obtendo o seu consentimento tácito para cada uma das sessões realizadas. Assim, cada um pode optar de livre vontade por participar ou não nas mesmas, sem que fossem aliciados e tendo o cuidado de os esclarecer da inexistência de represálias no caso de a sua opção ser negativa.

A confidencialidade de todos os dados obtidos no grupo foi garantida e respeitada, em que as informações recolhidas nas escalas foram identificadas com iniciais. Foi também garantido o acesso aos resultados a todos os participantes e aos membros interessados da instituição.

O protocolo de investigação foi aplicado entre os meses de março e maio de 2013.

3.2.5. Instrumentos

Os instrumentos devem ser escolhidos ou desenvolvidos pelo investigador de forma a poder atingir mais facilmente e com mais fiabilidade os objetivos do estudo.

Neste estudo foi utilizado um formulário (ANEXO XIV), constituído por duas partes: a primeira integrava um conjunto de questões relativas à caracterização sociodemográfica da amostra; e a segunda, os instrumentos de diagnóstico/avaliação: *MiniMental State Examination* (MMS), *Mini Dependence Assessment* (MDA) e a *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Por variáveis, entende-se, quaisquer características que variam numa situação experimental, ou seja, são características mensuráveis de um fenómeno que podem apresentar diferentes valores ou ser agrupadas em categorias (Almeida & Freire, 2008 *cit in* Pais Ribeiro, 2008).

- Caracterização sociodemográfica da amostra

Para classificar o sexo foi utilizada uma variável binominal, discreta, operacionalizada através de uma pergunta dicotómica, com duas opções de resposta: masculino ou feminino.

Para a classificação da idade foi utilizada uma variável intervalar, contínua, operacionalizada através de uma pergunta aberta, onde os inquiridos respondem qual a sua idade, em número de anos.

Na classificação do estado civil foi utilizada uma variável nominal, discreta, operacionalizada através de uma pergunta fechada, com as seguintes opções de resposta: Solteiro(a), Casado(a)/União de fato, Divorciado(a)/Separado(a) e Viúvo(a).

Relativamente às habilitações literárias foi utilizada uma variável ordinal, discreta, operacionalizada através de uma pergunta mista, com as seguintes opções de resposta: Analfabeto, 1ª classe, 2ª classe, 3ª classe, 4ª classe e outros.

Neste estudo de investigação, optou-se também pela aplicação de instrumentos de diagnóstico/avaliação das funções cognitivas, sintomas de depressão e níveis de dependência nas atividades de vida dos idosos, em dois momentos distintos. Numa fase inicial, antes das intervenções (projeto “*VivaMente*”) e após a sua implementação, o que permitiu a comparação dos scores obtidos antes e após o “*VivaMente*”, com avaliação do seu impacto.

- Avaliação das escalas

Os instrumentos de avaliação utilizados foram três escalas que possibilitaram um diagnóstico mais rigoroso de cada caso, e por conseguinte, uma intervenção mais específica e adequada, sendo elas o MMS (Folstein e McHugh, 1975, traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al., 1994, *cit in* Sequeira, 2010), MDA (Benhamou, s.d. *cit in* Sequeira, 2010) e GDS (Yesavage et al., 1983, traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Veríssimo 1998, *cit in* Sequeira, 2010). A aplicação destas escalas foi realizada em forma de entrevista, à exceção de alguns itens da escala MMS que foram preenchidos pelos próprios idosos conforme estipulado pela mesma.

O MMS é uma escala bastante utilizada como medida de avaliação do funcionamento cognitivo. É um instrumento de avaliação de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010). Torna-se assim, um instrumento que possibilita uma avaliação breve do estado mental, nomeadamente a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação,

linguagem e habilidade construtiva. A sua cotação varia entre 0 a 30 pontos, sendo os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo: analfabetos: ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos, e escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos.

A MDA é uma escala de avaliação rápida e global da dependência nas atividades de vida diária e permite estimar o impacto da deterioração cognitiva na atividade quotidiana da pessoa. Esta consiste na avaliação de quatro atividades: corporais, locomotoras, sensoriais e mentais, em cada destas atividades são avaliados três itens com valores de 0 a 2 em cada item, denominado grau, sendo obtido a partir do princípio que o grau 0 corresponde à situação de independência ou normal, a situação de dependência parcial corresponde ao grau 1, sendo o grau 2 associado a total dependência de ajuda humana ou a situação mais degradada. O valor em cada atividade irá variar entre 0 e 6. A pontuação total obtida corresponde ao grau de dependência do idoso, em que a avaliação total irá variar entre 0 e 24, propondo assim cinco níveis de dependência: 0 corresponde independência; 1-7 dependência ligeira; 8-14 dependência moderada; 15-19 dependência severa e 20-24 dependência muito severa.

Segundo Santos (2005), esta escala tem como vantagem uma recolha rápida, podendo ser utilizada por profissionais de saúde e pelos familiares da pessoa dependente. Permite o seu preenchimento sem recurso a um guia de utilização e a um quadro de exploração de dados. A sua utilização é idêntica quer no domicílio, quer em internamentos hospitalares ou em lares, evitando assim escalas diferentes em função do lugar onde se encontra a pessoa dependente. Esta escala permite ainda, descrever quantitativa e qualitativamente a dependência da pessoa, promovendo um acompanhamento da evolução da sua dependência tendo por base a sua avaliação objetiva das necessidades do indivíduo.

As manifestações depressivas são muito comuns nos idosos, expressando-se maioritariamente por verbalizações negativas em relação a si mesmo, aos outros, ou mundo e á etapa do ciclo de vida em que se encontram. Em muitas situações a depressão encontra-se associada à demência, o que dificulta o diagnóstico de ambas, neste sentido é importante a utilização de instrumentos de medida que nos possam ajudar numa fase precoce na sua diferenciação (Sequeira, 2010), a GDS é uma escala que nos permite identificar os sintomas de depressão em idosos.

Segundo Apóstolo (2012) citando Yesavage et al. (1983), a GDS é o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objetivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Trata-se de uma escala constituída por 30 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), em que se solicita ao idoso informações sobre o seu estado nas últimas semanas. Como procedimento de cotação da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 devem ser pontuados negativamente, isto é, uma resposta “não” corresponde a um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 será atribuído um ponto à resposta positiva “sim”. Os pontos de corte do trabalho original sugerem que, para a quantificação dos resultados se proceda à seguinte classificação: 0 - 10 ausência de depressão; 11-20 depressão ligeira e superior a 20 depressão grave. “ A GDS tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r= 0,85$). Apresenta uma boa validade de critério (correlação com outros instrumentos que avaliam depressão entre 0,83 e 0,84)” (Barroso, 2008 *cit in* Apóstolo, 2012, p.43).

3.2.6. Descrição do projeto “*VivaMente*” (Intervenção)

O projeto “*VivaMente*” englobou um conjunto de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, de grupo e individuais, dirigidas à amostra, mas também intervenções aos cuidadores formais, como anteriormente abordado no capítulo 2 deste relatório.

No quadro 3, apresentam-se todas as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental do projeto “*VivaMente*” e o número de sessões dinamizadas.

QUADRO 3 - Descrição das intervenções implementadas no projeto “VivaMente”

Intervenção	Objetivos da intervenção	Calendarização (Periodicidade/Duração)
<p>Psicoeducação</p> <p>“Promoção da Saúde Mental”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o trabalho de projeto “VivaMente” junto da instituição; - Sensibilizar para a importância da Enfermagem de Saúde Mental no Lar; - Motivar a cooperação e participação dos utentes e colaboradores no projeto; - Contribuir para a capacitação da pessoa para promover a saúde mental; - Promover as relações empáticas e de integração na Instituição; - Promover a Saúde Mental (dar a conhecer 10 medidas promotoras de saúde mental); - Discutir como estas medidas podem ser aplicadas na vida de cada um; - Promover a reflexão em grupo. 	<p>-Única (15 de Março de 2013) – 60 minutos</p>
<p>Psicoeducação</p> <p>“Alimentação Saudável”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover hábitos de alimentação saudável; - Despertar para os riscos de doenças associados a uma incorreta alimentação; - Demonstrar as influências de uma alimentação saudável no envelhecimento ativo e na melhoria da qualidade de vida; - Demonstrar os benefícios e vantagens de uma boa alimentação e hidratação; - Capacitar os utentes para a escolha de alimentos mais saudáveis e adequados à sua atividade e faixa etária; - Promover a socialização e a boa disposição entre os utentes; - Promover a saúde mental dos idosos. 	<p>- Única (21 de Março de 2013) - 60 minutos</p>

Continua...

... Continuação

<p>Intervenção psicoterapêutica e Socioterapia;</p> <p>- Terapia pelo movimento: Atividade física</p>	<p>- Promover o bem-estar físico e psicológico diminuindo sinais e sintomas psiquiátricos (Ansiedade e estados de humor);</p> <p>- Promover a prática correta de exercício físico;</p> <p>- Promover a interação e a boa disposição entre os utentes;</p> <p>- Motivar para a prática continuada da atividade física;</p> <p>- Demonstrar os benefícios e vantagens de uma prática regular de exercício físico na promoção da saúde física e mental.</p>	<p>- 6 sessões:</p> <p>(20 de Março, 2, 9, 16, 23 e 30 de Abril de 2013) - 60 minutos cada, com utilização de diferentes estratégias psicodinâmicas.</p>
<p>Técnica de Relaxamento</p> <p>- Progressivo de Jacobson</p> <p>- Imagética (filme)</p>	<p>- Promover o relaxamento;</p> <p>- Ensinar e treinar a técnica de relaxamento;</p> <p>- Melhorar a saúde mental dos idosos;</p> <p>- Diminuir a ansiedade, o <i>stress</i>, a tensão muscular;</p> <p>- Promover a expressão de emoções e sentimentos de bem-estar, calma e tranquilidade;</p> <p>- Reforçar a criatividade e elevar a autoestima dos participantes;</p> <p>- Promover a expressão de emoções e sentimentos de bem-estar, calma e tranquilidade.</p>	<p>- 3 sessões:</p> <p>(4, 12 e 22 de Abril de 2013) - 30 minutos cada sessão</p> <p>- Única (19 de Março de 2013) – 40 minutos</p>

Continua...

... Continuação

<p>Intervenções Psicoterapêuticas e Socioterapia</p> <p>- Estimulação cognitiva em grupo:</p> <p>- Estimulação cognitiva individual:</p>	<p>- Promover ou manter a autonomia;</p> <p>- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco;</p> <p>- Melhorar o estado de saúde no geral;</p> <p>- Estimular as capacidades cognitivas;</p> <p>- Manter interação com o meio e com o grupo;</p> <p>- Estimular a identidade pessoal e autoestima;</p> <p>- Promover a comunicação e estabelecer uma relação de ajuda;</p> <p>- Reduzir a sintomatologia depressiva;</p> <p>- Minimizar o <i>stress</i>.</p>	<p>- Terapia de Orientação na realidade (6 sessões: 15 e 28 de Março, 1, 3, 12 e 22 de Abril de 2013) - 60 minutos cada sessão;</p> <p>- Técnica de treino de memória (2 sessões: 8 de Abril de 2013) - 60 minutos cada sessão;</p> <p>- Terapia pela diversão - atividades lúdicas (5 sessões: 18 de Março, 11, 15, 18 e 23 de Abril de 2013) - 60 minutos cada sessão;</p> <p>- Terapia de validação (2 sessões- 9 de Abril de 2013) - 30 minutos cada sessão;</p> <p>- Terapia por reminiscência (1 sessão- 12 de Abril de 2013- 30 minutos;</p> <p>- Estimulação da memória e reconhecimento visual (3 sessões: 12 de Abril de 2013)- 30 minutos cada sessão;</p> <p>- Treino cognitivo computadorizado (4 sessões: 22 e 23 de Abril de 2013) - 30 minutos cada sessão.</p>
---	---	--

Continua...

... Continuação

Intervenção Psicossocial e Socioterapia	<ul style="list-style-type: none">- Promover a autonomia e participação social dos idosos na respetiva comunidade;- Promover a interação social entre o grupo (utentes e colaboradores);- Promover a saúde mental dos idosos.	<p>- 2 sessões:</p> <ul style="list-style-type: none">- Visita ao Convento de Cristo em Tomar (16 de Abril de 2013) - 120 minutos;- Piquenique no Jardim Municipal (3 de Maio de 2013) - 120 minutos.
Formação em serviço dirigida aos cuidadores formais	<ul style="list-style-type: none">- Alertar para as alterações associadas ao processo de envelhecimento;- Providenciar conhecimentos específicos do processo de cuidar de idosos com dependência física e mental;- Alertar para as alterações associadas ao processo de envelhecimento no processo de comunicação;- Explicar a importância da comunicação no processo de cuidar de idosos com dependência física e mental;- Desenvolver competências pessoais, através do acesso à informação e exemplificação de dois casos práticos utilizando o <i>roleplay</i>;- Capacitar os cuidadores formais para a prestação de cuidados de qualidade ao idoso;- Promover a saúde mental dos cuidadores formais através da partilha de experiências e sentimentos.	<p>- 2 formações em serviço:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tema: “A importância da comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas” (30 de Abril de 2013) - 60 minutos;- Tema: “Cuidar do idoso com dependência física e mental” (8 de Maio de 2013) - 60 minutos.

Para além das intervenções realizadas, também surgiu a necessidade de elaborar vários manuais de intervenção que apoiaram a concretização das atividades e que ficaram disponíveis na instituição, permitindo a sua replicação e continuidade (ANEXO XV).

3.2.7. Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 21,0 para o *Windows*, optando-se pela apresentação dos dados sobre a forma de quadros de modo a permitir a sua melhor análise.

Efetuiu-se uma análise pela estatística descritiva, através de medidas estatísticas de frequência, como as frequências absolutas ($n.$), e relativas (%), medidas de tendência central, como a média (M) e de dispersão, como o desvio padrão (DP), valor mínimo (X_{\min}) e valor máximo (X_{\max}).

Para testar a normalidade da amostra foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilks* que revelou uma distribuição não normal das variáveis em estudo, o que sustenta a utilização de testes não paramétricos, sendo utilizado o teste de *Wilcoxon (Z)*.

3.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta amostra é constituída por 19 elementos ($N=19$) e, de acordo com os dados apresentados no quadro 4, pode-se concluir que 14 elementos eram do sexo feminino (73,7%) e 5 elementos do sexo masculino (26,3%). A média (M) de idades é de 80,5 anos, para um desvio padrão (DP) de 6,9, sendo a idade mínima (X_{\min}) de 65 anos e a idade máxima (X_{\max}) de 92 anos.

Como se pode verificar no quadro 4, no que respeita ao estado civil, 5 (26,3 %) idosos eram casados ou viviam em união de fato, 11 (57,8%) eram viúvos e os restantes 3 (15,7%) eram solteiros.

Por fim, relativamente às habilitações literárias, como se pode observar no quadro 4, 3 (15,7%) idosos concluíram a 2ª classe e 1 (5,2%) concluiu a 3ª classe, sendo que a maioria da amostra, 15 (78,9%) elementos possuíam a 4ª classe.

QUADRO 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=19)

Atributos		n.º	%	Xmin	Xmáx	M	DP
Sexo	Feminino	14	73,7	-	-	-	-
	Masculino	5	26,3	-	-	-	-
Idade	-	-	-	65	92	80,5	6,9
Estado Civil	Solteiro(a)	3	15,7	-	-	-	-
	Casado (a)/ União de fato	5	26,3	-	-	-	-
	Viúvo (a)	11	57,8	-	-	-	-
Habilitações Literárias	2ª Classe	3	15,7	-	-	-	-
	3ª Classe	1	5,2	-	-	-	-
	4ª Classe	15	78,9	-	-	-	-

A apresentação dos dados e discussão dos resultados foi realizada tendo em conta, os resultados advenientes da aplicação das escalas aplicadas em dois momentos distintos, antes e após a implementação do projeto “*VivaMente*”.

Perante a análise dos resultados do quadro 5 pode-se constatar que no primeiro momento, antes da implementação do projeto, na aplicação da escala MMS os idosos com 2 a 4 anos de escolaridade apresentam um score médio de 23,8 (DP=5,3) no MMS1 variando entre 10 (Xmin) e 30 (Xmáx) pontos. Analisando estes valores à luz da interpretação da escala, considera-se que 8 (42,1%) elementos da amostra possuem défice cognitivo e os restantes 11 (57,9%) idosos não possuem. Apesar destes últimos não possuírem défice cognitivo este não constituiu critério de exclusão, uma vez que várias evidências apontam para que seja necessário desenvolver esforços no sentido de identificar precocemente os défices cognitivos nos idosos, desenvolvendo intervenções terapêuticas em fases iniciais, prevenindo deste forma, maiores consequências que implicam a diminuição da qualidade de vida, da autonomia, maiores custos e problemas sociais (Petersen & Selamawit, 2008 *cit in* Costa e Sequeira, 2013).

Na aplicação da mesma escala no segundo momento, após o “*VivaMente*”, verificou-se que o valor da média era de 25,2 (DP=5), com a variação entre 15 e 30 pontos, o que comparando com os scores obtidos na primeira avaliação revela uma ligeira melhoria.

Relativamente à escala MDA inicialmente os resultados oscilaram entre 1 e 12 pontos, com uma média de 6 (DP=3,1), em que 14 (73,6%) elementos da amostra possuíam dependência ligeira, sendo que os restantes 5 (26,3%) possuíam uma dependência moderada de acordo com as pontuações obtidas. Posteriormente, no segundo momento de avaliação os resultados obtidos variaram entre os mesmos valores, em que a média foi de 4,8 (DP=3,3), havendo uma evolução com tendência positiva.

Segundo os resultados do estudo de Loureiro, Lima, Silva e Najjar (2011) sobre a reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados, foi demonstrado que houve uma evolução do desempenho cognitivo que se refletiu de forma subtil na capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Segundo os mesmos, a melhoria da participação dos indivíduos em relação à capacidade funcional, provavelmente não foi tão significativa por se tratar de idosos, que na sua maioria, apresentam limitação motora e dependência instalada.

Por último, para identificar os sintomas de depressão em idosos, verificou-se através da GDS que o resultado da média no primeiro momento foi de 13,5 (DP=6,1), com variação dos scores entre 2 e 25, o que segundo os pontos de corte do trabalho original, sugerem que 5 (26,3%) apresentavam ausência de depressão, 12 (63,1%) apresentavam depressão ligeira e 2 (10,5%) depressão grave. De acordo com Castro (2011) vários estudos têm demonstrado a relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva. Segundo o mesmo, para contrariar esta tendência é fundamental desenvolver estratégias de suporte e prevenção, ajudando as pessoas idosas a melhorar a sua qualidade de vida e a adaptar-se favoravelmente aos novos contextos sociais. Martins (s.d.) evidencia que a baixa qualidade de vida oferecida na maioria das instituições tem um contributo no agravamento no estado afetivo dos idosos, levando muitas vezes, a estados depressivos. No segundo momento de aplicação da escala a média foi de 11,1 (DP=5), com os valores variando entre 1 e 20, revelando melhorias.

QUADRO 5 – Caracterização da amostra quanto ao funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva, antes e após a implementação do projeto “*VivaMente*” (N=19)

		Xmin	Xmáx	M	DP
MMS	Antes	10	30	23,8	5,3
	Após	15	30	25,2	5,0
MDA	Antes	1	12	6,0	3,1
	Após	1	12	4,8	3,3
GDS	Antes	2	25	13,5	6,1
	Após	1	20	11,1	5,0

Neste sentido, tornam-se essenciais programas de prevenção numa perspectiva de promoção da saúde mental que visem a integração da pessoa idosa em diversas atividades físicas, de animação e de estimulação cognitiva, entre outras estratégias (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009, *cit in* Castro, 2011). O “*VivaMente*” como programa de promoção de saúde mental no idoso, foi desenhado no sentido, não apenas da estimulação cognitiva, tendo também incluído atividades de caráter lúdico e atividade física, que além de permitirem o elevado sucesso na adesão dos idosos às diferentes sessões, não limitaram a qualidade da estimulação. Concordantemente, Benedetti, Borges, Petroski e Gonçalves (2008) reforçam a importância da atividade física, como influência positiva nas síndromes depressivas, ampliando o convívio social e a estimulação corporal. Os mesmos autores referem ainda que, a atividade física consegue reduzir e/ou atrasar os riscos de demência, embora não se possa afirmar que a mesma seja evitada.

- Teste de Hipótese

H1- Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados no Lar de S. José, antes e após a implementação do projeto “*VivaMente*”.

Para testar a hipótese deste estudo, aplicou-se o teste de *Wilcoxon*, nas três escalas aplicadas entre os dois momentos, antes da intervenção (momento 1) e após a

implementação do projeto “*VivaMente*” (momento 2), apresentando os resultados no quadro 6.

No resultado da aplicação do teste de *Wilcoxon* relativamente à escala MMS verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2,9$; $p \leq 0,05$) no funcionamento cognitivo entre o segundo (MMS2) e o primeiro momento (MMS1) de avaliação. Analisando as ordens, constata-se que 11 indivíduos melhoraram, 8 mantiveram e nenhum piorou o score, o que reflete que a totalidade da amostra manteve ou melhorou os resultados, não havendo deterioração cognitiva na avaliação realizada, após as intervenções do projeto. Loureiro et al. (2011) referem que existem diversos estudos indicando a ocorrência de mudanças significativas nos resultados do MMS após um período de intervenção utilizando a estimulação cognitiva. Também Castro (2011), citando Zimermen (2000) e Nordon et al. (2009), conclui que a interação social e sobretudo a prática constante de atividades cognitivas, como por exemplo, leitura, jogos socio recreativos, entre outros, constituem fatores de prevenção do prejuízo ao nível cognitivo.

Relativamente ao impacto da deterioração cognitiva na atividade quotidiana da pessoa (avaliado pela MDA), existem diferenças estatisticamente significativas ($Z = -3,2$; $p \leq 0,05$), antes (MDA1) e após (MDA2) o projeto “*VivaMente*”, apurando-se que da totalidade da amostra 14 apresentaram melhorias, 1 piorou e 4 mantiveram o grau de dependência. Estes resultados vão ao encontro do descrito por Fernandes, Raposo, Pereira, Ramalho e Oliveira (2009) quando referem que vários estudos reportam que atividade física regular mantém ou aumenta as capacidades funcionais dos idosos, melhorando o seu nível funcional de independência, traduzindo-se numa maior satisfação com a vida. Complementariamente, Apóstolo et al. (2011) mencionam que pequenas melhorias ou até mesmo a estabilização das funções significativas podem ser considerados ganhos de saúde significativos, pelo que a estimulação cognitiva deve ser integrada em programas de cuidados a pessoas idosas, contribuindo para preservação da sua capacidade cognitiva e funcional das quais resulta um maior nível de independência.

A nível da identificação da sintomatologia depressiva nos idosos, o teste de *Wilcoxon* aplicado na escala DGS, verifica-se igualmente uma significância estatística ($Z = -2,5$; $p \leq 0,05$) entre os dois momentos de aplicação (DGS2- DGS1), em que 12 idosos melhoraram, 1 piorou e 6 mantiveram a pontuação. Assim sendo, verifica-se que as

intervenções desenvolvidas melhoram a sintomatologia depressiva na maioria dos casos. Apóstolo et al. (2011) concluiu que nos idosos com declínio cognitivo a estimulação cognitiva representa uma potencial e promissora intervenção para redução dos sintomas depressivos e da vulnerabilidade depressiva. Castro (2011) defende que para contrariar a tendência da sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados, é essencial desenvolver estratégias de suporte e prevenção para que estas melhorem a sua qualidade de vida e se adaptem favoravelmente ao novo contexto social. Neste sentido, também Loureiro et al. (2011) destacam vários estudos em que a realização de atividades de lazer minimiza os efeitos da institucionalização, aumentando a autoestima e a participação social dos idosos.

QUADRO 6 - Resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon* nas três escalas utilizadas e aplicadas antes (momento 1) e após (momento 2) a implementação do “*VivaMente*”

		N	Média das Ordens	Z	p
MMS2 - MMS1	Ordens negativas	0	0,00	-2,9	0,003
	Ordens positivas	11	6,00		
	Empates	8			
MDA2 - MDA1	Ordens negativas	14	8,29	-3,2	0,001
	Ordens positivas	1	4,00		
	Empates	4			
GDS2 - GDS1	Ordens negativas	12	6,83	-2,5	0,010
	Ordens positivas	1	9,00		
	Empates	6			

3.4. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pelo evidenciado no ponto anterior, existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento cognitivo, na dependência nas atividades de vida diária e na sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados no Lar de São José após a implementação do projeto “*VivaMente*”, pelo que se aceita a Hipótese (H1). Os resultados obtidos comprovam o impacto positivo deste projeto, em que as mudanças percebidas

pelas investigadoras, estão em concordância com os resultados obtidos em diversos estudos semelhantes de autores renomados. Esta constatação fortalece a importância da implementação do projeto focando a saúde mental do idoso, o que contribuiu para reforçar os resultados apontados noutros estudos com as mesmas pretensões.

Após o desenvolvimento do “*VivaMente*” conclui-se que é um projeto simples e de fácil aplicação, centrado na relação interpessoal, podendo ser aplicado em vários âmbitos. Pelas atividades e materiais utilizados é um programa económico e facilmente adaptados à realidade e contexto dos participantes, tendo um bom rácio custo-benefício. De ressaltar que, as intervenções de grupo realizadas levaram a um aumento da interação social, sendo este um fator favorável na melhoria e/ou manutenção das variáveis estudadas.

Como limitações deste estudo, aponta-se a ausência de um grupo de controlo, pelo que não é possível comparar as mudanças relacionadas com as intervenções, com o grupo experimental, nem se pode afirmar que os ganhos em saúde observados foram exclusivamente do projeto “*VivaMente*”, uma vez que a amostra de idosos foi reduzida e a duração do projeto limitada. Por outro lado, teria sido interessante, para a caracterização da amostra, definir o tempo de institucionalização dos idosos, procurando perceber a sua influência nestes resultados.

Também o fato da aplicação das escalas ter sido realizada em forma de formulário poderá ser uma limitação para os resultados, porque os idosos poderão ter respondido de acordo com o “socialmente esperado” e não o que correspondia à realidade. Dada a curta duração de tempo entre as duas aplicações das escalas, é necessário considerar que os idosos possam ter arranjado estratégias e/ou tenham memorizado as questões da escala, e não seja o aumento da pontuação totalmente relacionado com a aplicação do projeto “*VivaMente*”.

Como desafios para o futuro sugere-se o estudo do impacto do projeto “*VivaMente*” com amostras de maior dimensão, com grupos de controlo e *follow-up*, que possam reforçar e clarificar estes resultados. Seria também interessante perceber o impacto deste projeto noutros contextos, nomeadamente em idosos que não se encontrem institucionalizados.

4. CONCLUSÃO

Uma parte indispensável dos saberes a nível da enfermagem surge da própria experiência e da análise reflexiva das práticas sociais e profissionais, assim, a Enfermagem por si só já integra todo um conjunto de práticas críticas e reflexivas que ajuda os enfermeiros a tornarem-se mais autónomos e melhorarem a sua capacidade de decisão, uma vez que a reflexão constante sobre a prática permite a reconstrução do conhecimento.

O desenvolvimento deste relatório constituiu um marco importante na vida pessoal e profissional, enquanto enfermeira, e especificamente enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, uma vez que possibilitou a reflexão crítica deste percurso, e acerca das atividades desenvolvidas com vista a atingir as competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

A Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiatria centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental em todos os contextos de vida, ao longo de todo o ciclo vital. Assim, este relatório procurou demonstrar a abrangência das competências do enfermeiro especialista em saúde mental em diferentes contextos, reforçando o seu valor e assegurando a posição de extrema importância deste na promoção de saúde mental.

Neste sentido, ao longo dos Ensinos Clínicos os conhecimentos foram aumentados, as aprendizagens consolidadas e foram abertos horizontes para a pesquisa científica, contribuindo para a inovação e desenvolvimento em Enfermagem através de um estudo de investigação do projeto “*VivaMente*”, sendo os resultados mais significativos apresentados neste relatório. O desafio colocado quer para a realização do projeto, quer para a realização deste estudo de investigação constituiu uma forte oportunidade de crescimento, e talvez uma das maiores dificuldades deste percurso, mas o fato de ter sido desenvolvido em parceria com outra colega mestranda constituiu uma mais-valia e uma fonte de motivação. Também os resultados obtidos neste estudo demonstraram o impacto positivo do “*VivaMente*” na promoção da saúde mental nos idosos institucionalizados no

Lar de S. José que participaram na intervenção, demonstrando que sem “grandes custos” conseguem-se “bons resultados”, podendo estabelecer-se como um ponto de partida para novos estudos acerca da temática, pelo que se sugere prolongamento no tempo.

Com este estudo de investigação, foi igualmente possível adquirir competências na comunicação dos resultados obtidos, reportando-os para a prática profissional e dando-lhe visibilidade através da sua publicação, o que contribui para o desenvolvimento e inovação em enfermagem.

O processo de aprendizagem por vezes foi difícil, mas revelou ser um processo que no final conduz a sentimentos de satisfação. Desta forma, refletir acerca das dificuldades sentidas, revela-se uma questão pertinente, uma vez que neste relatório se encontram espelhados os objetivos e perspetivas, expondo algumas mudanças, sobretudo pela valorização de certos aspetos que passaram a ter outro significado, bem como, a constante autorreflexão crítica acerca de todo o processo.

A dificuldade inicial na elaboração deste relatório prendeu-se com o fato de existirem outros trabalhos de outras disciplinas em simultâneo à realização deste relatório, mas também por ser difícil resumir e descrever o essencial em 80 páginas, e até mesmo, descrever por palavras muitos dos momentos vivenciados ao longo dos Ensinos Clínicos, devido à sua intensidade. Por outro lado, uma das dificuldades sentidas ao longo de todo o mestrado foi a articulação entre as diferentes vertentes: pessoal, familiar e profissional, visto não existir tempo exclusivo para o desenvolvimento destes Ensinos Clínicos. O fato de trabalhar 40 horas semanais e ainda, os 22 km de deslocação diária, constituíram-se como limitações acrescidas. No entanto, o empenho, motivação e dedicação foram três fatores fundamentais para ultrapassar estas mesmas dificuldades.

Os objetivos propostos para a elaboração do presente relatório foram totalmente atingidos, visto ter representado o resultado de uma caminhada que englobou todo um processo de reflexão e maturação das experiências produzidas ao longo dos Ensinos Clínicos com aquisição de competências especializadas, apesar de se aceitar a ideia de que qualquer objetivo não deve ser considerado como uma “obra inacabada”, mas sim como um processo dinâmico, uma vez que existe uma necessidade premente de constante

atualização. Perspetiva-se, assim, continuar a “caminhar” a bem da enfermagem de saúde mental, rumo à melhoria da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho*. Coimbra: Formasau.
Acedido em 13 de dezembro de 2013 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+saude+mental.htm>.
- Afonso, P. (2007). *Depressão: Muitas perguntas algumas respostas* (2ª edição). Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.
- Aleixo, F. (2007). *Manual de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE*. CHBA, Portimão. Acedido em 20 de janeiro de 2014 em <http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads/HSA/CHBAIg/Servi%C3%A7os/UCI/Manual%20de%20Enfermagem%20UCI.pdf>
- Aleixo, T. (2011). *Contributo da Enfermagem para a Gestão*. Universidade Católica, Lisboa. Acedido em 9 de dezembro de 2013 em <http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf>.
- Almeida, M. (2011). *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola Enfermagem USP de São Paulo*, 39 (2), 201-10. Acedida em 22 de março de 2013 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em 14 de maio de 2014 em http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeitos da estimulação Cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (5), 193-201.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L. & Gonçalves, L. H. T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 302-307. Acedido em 20 de dezembro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf>.

- Benevides, D., S., Pinto, A., Cavalcante, C. & Jorge, M. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um Hospital – Dia: Perspetivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, saúde, educação*. 32 (14), 127-138.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos* (1ª Edição). São Paulo: Editora Santos.
- Carneiro, D. (2001). *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual Books. Acedido em 6 de junho de 2013 em http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/didaticos/dinamica_grupal.htm.
- Castro, A. E. M. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Dissertação para obtenção do grau de mestre, especialização em psicologia clínica e da saúde. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7007/1/5218.pdf>.
- Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE. (2013). *Regulamento: Serviço de Psiquiatria. RG.PSI.001.02 de 2013*. Tomar: Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. Acedido em 2 de junho de 2013 em www.chmt.min-saude.pt.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008). *Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações seguras, salvam vidas: instrumentos de informação e acção*. Genebra: International Council of Nurses. Acedido em 23 de janeiro de 2014 em www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (trabalho original em Inglês publicado em 2010).
- Costa, A.R.D. & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 14-20. Acedido em 20 de março de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1647-21602013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

- Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Aprova o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República I série. N.º205 (4-9-1996), 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril” (1998). Assembleia da República. “Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro”. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em 20 de março de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, junho/Dezembro. 79-94. Acedido a 20 de março de 2014 em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/5.pdf>.
- Fernandes, H. M., Raposo, J. V., Pereira, E., Ramalho, J. & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Revista Motricidade*, 5 (1), 33-50.
- Ferreira, J. F. S. (2011). *Autonomia e Funções Cognitivas numa amostra de Idosos de Coimbra sob resposta Social*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga para obtenção de grau de Mestre, Coimbra. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/117/1/Tese%20concluida.pdf>.
- Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, M. & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, (10), 171-178. Acedido em 23 de janeiro de 2014 em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>.
- Fritzen, S. J. (2000). *Janela de Johari: Exercícios vivenciais de dinâmica de grupo, relações humanas e de sensibilidade* (17ª edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- George, J. B. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª edição). (A. M. Thorell, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem: Revisão da literatura. *Revista Escola Enfermagem USP*, 40 (2), 286-291. Acedido em 22 de novembro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>.
- Gomes, J. C. (2013). *Planeamento descritivo 2.º semestre dos ensinamentos clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria* (2ª edição). Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde, Leiria.

- Gomes, J. C. R. (2012). *Promoção da Saúde Mental em Espaço Urbano: A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental – Um estudo de caso*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. In: Portal dos psicólogos. Acedido em 12 de março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>.
- Grilo, E. & Mendes, F. (2012, junho). O estudo de caso como estratégia de investigação em enfermagem. In: *III Congresso de Investigação em Enfermagem - Ibero-americano e de países de língua oficial portuguesa*, Coimbra. Acedido em 2 de fevereiro de 2014 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1744/1/PosterCaseStudy%28EG%29.pdf>.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). O Envelhecimento e Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, Lisboa.
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos - Actividades* (4ª edição). Porto: Ambar Edições.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª edição). São Paulo: Artmed Editora.
- Keltner, N., Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lampreia, A., Almeida, C. & Loureiro, R. (2010). *A Atividade Física e a Saúde Mental*. Monografia apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Lethinen, V. (2008). *Building up good mental health*. Integrado no MMHE Project, cofinanciado pela União Europeia. Helsinki: National Research and Development Centre of Welfare and Health.
- Lopes, R. (2012). *Biblioterapia: um estudo de caso da prática de leitura realizada com pessoas com necessidades psicossociais*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de biblioteconomia e comunicação. Acedido em 20 de março de 2013 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54273/000855809.pdf?sequence=1>
- Loureiro, A. P. L., Lima, A. A., Silva, R. C. G. & Najjar, E. C. A. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional*, 22 (2), 136-144. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <file:///C:/Documents%20and%20Settings/psiq/Os%20meus%20documentos/Downloads/14131-17109-1-PB.pdf>.

- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Universidade do Minho, Braga. Acedido em 7 de abril de 2013 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Manes, S. (2009). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos* (9ª edição). (J.J.C. Serra, Trad.). Apelação: Paulus Editora. (trabalho original em Italiano publicado em 2007).
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (6ª edição). São Paulo: Editora Athas.
- Martins, R. M. (s.d.). A depressão no idoso. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/9.pdf>.
- Mazocco, F & Hentges, J. M. (2010). *Terapia do riso: Enfermagem Humanizando o ambiente Hospitalar*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem, do Centro de Ciências, Tecnologia e Produção da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus de Toledo, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro. Acedido em 19 de junho de 2013 em <http://www.corenpr.gov.br/files/file-211402340.pdf>.
- Ministério da Saúde & Ordem dos enfermeiros. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde: indicadores e valores de referência*. Lisboa. Acedido em 30 de novembro de 2013 em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSNS_VF_site.pdf.
- Ministério da Saúde. (2007). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido em 7 de abril de 2013 em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- Ministério da Saúde (2012). 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em saúde. In: *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 15 Janeiro de 2014 em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf
- Moreira, P., Gonçalves, Ó. & Beutler, L. (2005). Métodos de Seleção de tratamento: o melhor para cada paciente. Porto: Porto Editora.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 39-48. Acedido em 3 de julho de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24411.pdf>.

- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde - Guia para melhorar a saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel Edições.
- Ordem do Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de enfermagem. Acedido a 15 de janeiro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de Janeiro de 2014 em www.ordemenfermeiros.pt/.../TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem do Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Proposta do Conselho Diretivo após aprovação por maioria na Assembleia de Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 16 de Julho de 2011. Aprovado por unanimidade, com alterações, na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011.p. 1-20. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses, Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Conselho de Enfermagem, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos contextos de Prática Clínica*. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo. Lisboa, 5 de Maio de 2010. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.1-14
- Ordem do Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da ordem dos enfermeiros*. Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 Abril. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2012. Acedido em 13 de janeiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Acedido em 12 de novembro de 2013 em www.dgs.pt.

- Pais Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia - aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel Edições.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento - Um guia prático para Profissionais de Saúde* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O. & Martins, M. A. C. S. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 7 - Jul. 55-62. Acedido a 22 de fevereiro de 2014 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24209/1/Artigo%20Final%20-%20Publicado.pdf>
- Pires, A. L. O. (2005). *Educação e Formação ao longo da vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e Competências*. Lisboa: Calouste Gulbenkian. Acedido em 3 de janeiro de 2014 em <http://pt.slideshare.net/paulatrigo/educacao-e-formao-ao-longo-da-vida-3226841>.
- Portugal saúde mental em números - 2013*. In: Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 13 dezembro de 2013 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, II Série. N.º 35 (2011-02-18), 8669-8673.
- Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série. N.º 35 (2011-02-18), 8648-8653.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. & Ferreira, P. J. (2008). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Acedido em 20 de janeiro de 2014 em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saudehttp://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_do_s_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf.
- Rodrigues, F. (2013). *Envelhecimento e a Promoção da Saúde Mental*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGO_S%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/ARTIGOFERNANDA-%203de%20outubro.pdf

- Santos, E. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em Ensino Clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em Enfermagem*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didática. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, social e emocional*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Acedido em 14 de maio de 2014 em <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese completa.pdf>.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa - Porto: Lidel.
- Silva, P. H. (2005). Utilização da risoterapia durante a Hospitalização: um tema sério e eficaz. *Revista de Enfermagem UNISA*,(6), 70-3. Acedido em 3 de junho de 2013 em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-12.pdf>.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6ª edição). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência* (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P., T. & Baker R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em file:///C:/Documents%20and%20Settings/psiq/Os%20meus%20documentos/Downloads/A_depressao_no_idoso_institucionalizado.pdf.
- Veigas, J. & Gonçalves, M. (2009). *A Influência do Exercício Físico na Ansiedade, Depressão e Stress*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e Prática* (5ª edição). (R.C. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (trabalho original em inglês publicado em 2005).