



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

**RELATÓRIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Emanuel António Franco Rainho

Leiria, Maio de 2014



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

**RELATÓRIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Emanuel António Franco Rainho, 5120329

Unidade curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Professor José Carlos Gomes

Co-orientador: Mestre Fátima Prior

Leiria, Maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Agradecimentos

A realização do curso de mestrado em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria constituiu um marco importantíssimo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante estes dois anos foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e experiências.

Quero agradecer ao Prof. Doutor José Carlos, pelo apoio, partilha de saberes e as valiosas contribuições para o trabalho, a minha profunda admiração e gratidão.

À minha querida amiga e co-orientadora, Fátima Prior pela sua disponibilidade, apoio e motivação demonstrada, durante a realização deste relatório de estágio.

Aos meus pais, irmão, estou muito grato pela disponibilidade que demonstraram ao longo desta etapa da minha vida. Prometo que vos irei compensar pelo tempo que deixei de passar convosco para perseguir o meu sonho. Para além de serem pessoas que considero fundamentais na minha vida e pelas quais é estabelecido um forte laço familiar, são vistos como os meus ideais.

A todos aqueles que de um modo direto ou indireto contribuíram também para o meu sucesso académico, restantes familiares, professores, colegas e em especial atenção aos amigos que acompanharam o meu percurso e que não deixaram de transmitir incentivo, alento e predisposição com o fim de atingir os objetivos desejados. Um muito obrigado por tudo.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares

CIPE 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, versão 2

ECT – Electroconvulsivoterapia

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

EPT – Exercício Profissional Tutelado

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

HDS – Hospital Distrital de Santarém

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTE – Prática Tutelada em Enfermagem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O presente relatório de estágio encontra-se inserido no curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e compila todas as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos em dois contextos diferentes da prática: comunidade e internamento de Psiquiatria.

Os ensinamentos clínicos permitiram a aprendizagem de novos saberes e o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada através da realização de diversas intervenções e da sua análise crítico-reflexiva.

No ensino clínico em contexto comunitário as intervenções tiveram como principal objetivo a promoção de saúde mental, através da realização das consultas de enfermagem (consulta de saúde mental), na qual foram desenvolvidas diferentes intervenções de proteção/promoção de saúde mental e prevenção da doença mental. Foram ainda realizadas sessões em contexto escolar acerca de temas como o álcool, *bullying*, drogas, sexualidade e tomada de decisões na adolescência.

No ensino clínico em contexto de internamento de Psiquiatria o principal foco foi o acompanhamento do doente com doença mental, utilizando diversas estratégias de treino de competências sociais nas pessoas internadas.

Foi realizado um estudo de caso, relativo a um utente internado em contexto hospitalar, com o diagnóstico de doença bipolar.

A doença bipolar é uma doença mental caracterizada pela oscilação do humor que varia entre a mania e a depressão, afetando negativamente a vida do indivíduo, bem como dos familiares à sua volta.

Ao longo do internamento foi possível formular diagnósticos de enfermagem, através de entrevistas realizadas a este utente e planear intervenções como a Psicoeducação em relação à adesão ao regime terapêutico, por se encontrar comprometida. As intervenções (Psicoeducação) revelaram-se eficazes tendo o utente demonstrado maior conhecimento sobre a sua doença e compreendido a importância da adesão ao regime terapêutico.

Palavras-Chave: Doença Bipolar, Estudo de Caso, intervenções, Enfermagem

ABSTRACT

The current internship report is part of the Masters Degree in Mental Health and Psychiatry taught by the School of Health Sciences of the Polytechnic Institute of Leiria.

It compiles all the activities developed during the clinical studies in two different Psychiatric contexts: community and internment.

The clinical studies fomented knowledge and the development of expertise in specialized nursing through the realization of several interventions and their critical and reflective analyses.

In the community clinical studies the interventions' main goal was the promotion of mental health through the realization of nurse appointments (appointment of Mental Health) in which different interventions of protection and promotion of Mental Health and the prevention of Mental Disease were done. Sessions in a school environment were also created, where topics such as alcohol, bullying, drugs, sex and decision making during teenage years were discussed.

In the clinical teaching, in a Psychiatry internment context, the main goal was the accompaniment of patients with mental disease, using a selection of different strategies to educate all the internees in social competences.

A study case analysis was done of a hospital patient diagnosed with bipolar disease.

Bipolar disease is a mental illness characterized by changes of humour between depression and euphoria, which affects negatively not only the life of the individual but also his family.

During the internment, nursing diagnoses were formulated based on interviews to this patient and planned interventions such as Psychoeducation regarding the acceptance of the therapeutic regimen which was not being followed.

The interventions (Psychoeducation) revealed to be very efficient since the patient showed higher knowledge about his disease and understood how important it is for him to follow the therapeutically regimen.

Key words: Bipolar disease, Study case, Interventions, Nursery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 13

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE 14

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM 17

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES 21

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 21

2.1.1. Eixo A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 23

2.1.2. Eixo B – Competências do domínio da melhoria da qualidade 27

2.1.3. Eixo C – Competências do domínio da gestão dos cuidados 32

2.1.4. Eixo D – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 35

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 38

2.2.1. Eixo F – Competências do domínio das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria 38

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA 56

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 56

3.2. ASPETOS METODOLÓGICOS 58

3.2.1. Estudo de Caso	59
3.2.2. Questão de investigação	61
3.2.3. População e amostra	62
3.2.4. Instrumentos	62
3.2.5. Apresentação do Caso Clínico	65
3.2.6. Processo de Enfermagem	68
3.2.7. Diagnósticos de Enfermagem	69
3.2.8. Intervenções de Enfermagem	71
3.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	75
3.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES DO ESTUDO	76
4. CONCLUSÃO	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	
ANEXO I	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Manual de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ANEXO II	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ECT'S – Check-List de Cuidados de Enfermagem
ANEXO III	Plano da Sessão de Formação em Serviço Padrão de Qualidade dos cuidados de enfermagem
ANEXO IV	Plano da Sessão Intervenção Psicoeducativa - Promoção da Segurança Infantil Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida no Jardim de Infância sobre Prevenção de Acidente

ANEXO V Plano da Sessão – Gestão da Terapêutica

Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida na sessão de Adesão ao Regime Terapêutico

ANEXO VI Plano da Sessão – Psicoterapia de Grupo – Projeto “Sarilho das fraldas”

Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida com as puérperas a frequentar o projeto “Sarilho das fraldas”

ANEXO VII Grelha de Exame Mental

ANEXO VIII Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Representação Gráfica do Genograma

FIGURA 2 Representação Gráfica do Ecomapa

INTRODUÇÃO

Atualmente considera-se que não existe saúde sem existir saúde mental, uma vez que a saúde mental é indissociável da saúde física e a influência de uma sobre a outra é notoriamente evidente. A saúde é vista como um estado subjetivo que inclui o bem-estar psicológico, refletindo o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia (Lehtinen, 2008; OMS, 2001).

É fundamental a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis, que promovam uma boa saúde mental, sendo importante a abordagem de temáticas relacionadas com a saúde mental que impliquem a construção cívica de cada indivíduo, pois pessoas mentalmente saudáveis são um maior potencial humano produzindo, não só a nível socioeconómico, mas também a nível humanitário.

Desta forma, torna-se de extrema importância, o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, por ser uma área onde ainda existe muito a ser feito e onde se verifica uma grande necessidade de cuidados especializados e de qualidade.

O presente relatório surge no âmbito do mestrado de saúde mental e psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e tem como objetivos:

- Demonstrar a importância do papel de enfermeiro especialista em saúde mental nos diferentes contextos, na prevenção da doença mental, promoção/proteção da saúde mental, na recuperação e reabilitação psicossocial;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada;
- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica.

Do ponto de vista estrutural e de forma a facilitar a sua compreensão, o relatório encontra-se dividido em três capítulos:

No primeiro capítulo são caracterizadas as instituições onde decorreram os diferentes ensinamentos clínicos, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Ourém e o serviço de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (HDS).

O segundo capítulo aborda as competências comuns do enfermeiro especialista (regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro) e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (regulamento n.º129/2011 de 18 de Fevereiro).

O terceiro capítulo deste relatório está relacionado com a prática especializada baseada na evidência, ou seja, na apresentação de um estudo de caso referente a um utente internado no serviço de Psiquiatria e saúde mental com o diagnóstico de doença bipolar.

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

Nos últimos anos a enfermagem tem sofrido uma profunda evolução, quer ao nível da formação base quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do exercício profissional, reconhecendo e valorizando o papel do enfermeiro na comunidade científica de saúde e na qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (REPE, 1996).

As constantes e profundas transformações sociais que vivemos colocam os problemas de Saúde Mental como a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades (OE, 2008). Torna-se por isso essencial a implementação de medidas que contribuam para proteger e promover a saúde mental, assegurando o desenvolvimento de boas práticas do sector, de forma a garantir a ligação entre as políticas, as práticas e a investigação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) a saúde mental, embora seja um conceito difícil de definir, representa um bem-estar subjetivo, sentimento de autoeficácia, autonomia, competência, renovação do potencial emocional e cognitivo. Dado tratar-se de um conceito profundamente influenciado pelos valores próprios de cada cultura, o mesmo não pode ser definido numa perspetiva transcultural.

A Ordem dos Enfermeiros definiu que a enfermagem especializada em saúde mental é dirigida aos projetos de saúde do indivíduo a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, evidenciando uma grande abrangência em termos de contexto de aplicabilidade (OE, 2009).

Com o intuito de dar cumprimento aos objetivos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, foram desenvolvidas intervenções que se coadunam com a prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Esta foi desenvolvida no âmbito dos diversos ensinos clínicos e decorreu inicialmente no serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém (ensino clínico de enfermagem psiquiátrica, em contexto de

internamento). Neste contexto foi possível o desenvolvimento de aptidões e respetiva intervenção, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados utilizando metodologia científica, ao indivíduo, família e comunidade, em situação de doença, visando a satisfação das necessidades e o bem-estar.

Seguiu-se o ensino clínico de enfermagem de saúde mental (em contexto comunitário) na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, com o intuito de desenvolver aptidões que permitam um intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica, em contexto comunitário de forma a dar resposta às competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE SANTARÉM

O serviço de Psiquiatria do Hospital de Santarém é constituído pelo Serviço de Internamento, pelo Hospital de dia, Urgência psiquiátrica, Pedopsiquiatria e Consulta Externa.

O Hospital de Santarém abrange todo o distrito de Santarém nomeadamente os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém, equivalente a uma população de cerca de 250 mil pessoas (INE, 2011). Apesar de não existirem dados específicos em relação à prevalência de doença mental nesta região, pode-se extrapolar os dados nacionais, retirados de um estudo conduzido por Caldas de Almeida, citado por Gomes (2012), que em Portugal a prevalência anual de uma perturbação psiquiátrica de algum grau de gravidade é de 22,9% da população ou seja neste caso serão cerca de 57.250 pessoas por ano.

De acordo com os dados disponíveis, referentes ao ano de 2010, fornecidos pela Direção do Departamento de Psiquiatria existiram um total de 487 internamentos no serviço, dos quais 88 foram reinternamentos. Destes internamentos, 298 (61%) utentes internados foram do sexo feminino e 189 (39%) do sexo masculino. A duração média do internamento foi de 11,6 dias, com o máximo de 79 dias. Relativamente aos diagnósticos apurados a Perturbação Bipolar foi aquele que apresentou uma maior

prevalência (28%), seguida da Depressão Major (20%) e esquizofrenia (18%). (Departamento de Psiquiatria, 2014).

O serviço de internamento de psiquiatria situa-se no primeiro piso do hospital e apenas os funcionários do serviço têm acesso ao código de segurança que permite a entrada. As restantes pessoas, como outros funcionários do hospital e as visitas dos utentes, necessitam de tocar à campainha que se encontra junto da porta de entrada. Desta forma, existe um maior controlo das pessoas que entram no serviço bem como facilita à organização dinamizadora do mesmo.

À entrada do serviço existe um espaço onde os utentes realizam todas as refeições, bem como as atividades orientadas pela terapeuta ocupacional e alunos de enfermagem, como por exemplo, jogos, puzzles, cartas, atividades de pintura, artes plásticas e desenho. Próximo deste espaço, existe uma pequena sala, anteriormente utilizada como um salão de cabeleireiro, que é da responsabilidade da terapeuta ocupacional do serviço onde se podem desenvolver outras atividades relacionadas com a promoção da auto-imagem dos utentes. Ao lado desta sala, encontra-se um espaço com sofás, televisão, revistas, matraquilhos e que torna possível o convívio entre os utentes. Existe ainda perto desta sala, um gabinete médico para uso do psiquiatra de serviço. A copa é utilizada sobretudo para as refeições dos profissionais e equipa multidisciplinar.

Neste serviço existem sete enfermarias, com capacidade para vinte utentes. À saída de cada quarto encontram-se as casas de banho, que são trancadas após os horários dos cuidados de higiene e conforto estipulados pelo serviço.

Existe ainda uma casa de banho para a equipa, um vestiário com cacifos para os funcionários do serviço e uma sala de reuniões, onde se realizam as entrevistas e as sessões de formação em serviço. Também existe uma sala de tratamentos, onde está a terapêutica, que só se encontra aberta aquando da prestação de cuidados de enfermagem, onde é preparada a medicação, avaliados os sinais vitais e realizados tratamentos necessários enquanto se estabelece uma relação terapêutica com o utente. Nesta sala é também guardado dinheiro e bens dos utentes que são geridos pelo utente, com supervisão do enfermeiro. Ao lado desta, situa-se a sala de enfermagem onde estão os processos clínicos e de enfermagem de cada utente, normas, protocolos do serviço bem como dois computadores para realização dos registos de enfermagem. É nesta sala

que é realizada a passagem de turno. Existe ainda neste serviço, um pátio onde os utentes podem fumar após as refeições e conviver por alguns períodos podendo contactar com o exterior.

No corredor de acesso exterior à entrada do internamento do serviço, existem gabinetes da secretária de unidade, da enfermeira chefe, dos psicólogos e uma biblioteca utilizada para reuniões.

À entrada do hospital, do lado do ambulatório, encontra-se o ginásio do serviço de internamento, frequentemente utilizado pela terapeuta ocupacional.

Os utentes podem ser encaminhados para a admissão no serviço de internamento de psiquiatria pelos psiquiatras da consulta externa, da urgência psiquiátrica, ou da urgência geral. A maioria dos internamentos são voluntários e apenas uma pequena parte são compulsivos ou involuntários após ordem do tribunal.

A equipa multidisciplinar deste serviço, é constituída por catorze enfermeiros, nove dos quais com o título de especialista em enfermagem de saúde mental; uma terapeuta ocupacional; uma secretária de unidade; duas assistentes sociais; uma psicóloga, duas psiquiatras e oito assistentes operacionais.

O horário das visitas é entre as 17.00 e as 18.30 horas, no espaço de convívio, duas pessoas por utente internado. Se a situação clínica do utente permitir, a visita de crianças com idade inferior a 12 anos será das 19.00 às 19.30 horas. É distribuído aquando da admissão do utente, um panfleto com informações para o mesmo e familiares acerca de regras e princípios organizacionais e de funcionamento do serviço.

O referido serviço encontrava-se em processo de Acreditação de Qualidade em Saúde baseado no modelo da Agência de Qualidade para a Saúde da Andaluzia “AGENCIA DA CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA”, entidade referenciada pela Direcção-Geral da Saúde, tendo sido posteriormente atribuído, a 11 de Março de 2013, a Acreditação de Qualidade em Saúde, com o nível avançado.

A criação de sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária nos serviços de saúde. As associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico e em cada uma das profissões envolvidas. Pretende-se sempre uma evolução no sentido da melhoria

contínua da qualidade do exercício profissional, neste caso, dos enfermeiros. A qualidade exige reflexão sobre a prática, por forma a definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados (OE, 2001).

O objetivo principal deste ensino clínico foi o planeamento das atividades que permitissem desenvolver aptidões, na prestação de cuidados de enfermagem especializados de acordo com as competências definidas pela OMS e regulamentadas em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (regulamento 122/ 2011 de 18 de Fevereiro e regulamento 129/ 2011 de 18 de Fevereiro).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM

A UCC (Unidade de Cuidados Continuados) de Ourém presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis socialmente, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC de Ourém tem assim como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção. Pretende dar respostas a todos os utentes inscritos no Centro de Saúde de Ourém e suas extensões, nomeadamente:

- A todas as pessoas com inscrição esporádica, qualquer que seja o motivo da inscrição;
- Crianças, alunos que frequentam escolas da área de influência da UCC de Ourém;
- Pessoas que trabalham em serviços, empresa e indústria, entre outros, na área de influência da UCC de Ourém;
- Pessoas que residam em instituições da área de influência da UCC de Ourém.

A Área Geográfica de atuação é de cerca de 345,21Km², sendo a população residente de 36.982 habitantes.

A freguesia com maior densidade populacional é a freguesia de N^a.S^a. da Piedade, onde fica situada a cidade de Ourém, com 324,9 hab./ km² seguida de Gondemaria com 148,8 hab./km² e de Fátima com 145,0 hab./km². A freguesia menos populosa é a de Formigais, seguida de Casal dos Bernardos, Ribeira de Fárrio e Urqueira.

No que se refere à Estrutura Etária da População Residente, e se considerarmos três grupos etários, 0-14 anos, 15-64 anos e superior a 65 anos, verificamos que o grupo etário mais jovem, dos 0-14 anos, tem vindo a diminuir continuamente nestas últimas quatro décadas, e que o grupo dos 65 e mais anos tem vindo a aumentar progressivamente.

A UCC de Ourém é constituída por uma equipa multiprofissional destinada a intervir na comunidade, tanto a nível individual ou da família e ainda numa perspetiva comunitária, destacando-se:

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

Destinada a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas não possam deslocar-se do domicílio.

- Programa Nacional de Saúde Escolar;

Projeto específico da UCC da responsabilidade do sector de Enfermagem que investe essencialmente no processo de aquisição e manutenção de estilos de vida saudáveis na comunidade educativa, promovendo assim o desenvolvimento de comportamentos e atitudes voltadas para a proteção da saúde.

- Intervenção em Famílias de Risco;

Projeto desenvolvido pela UCC com o objetivo de conhecer o ambiente socio-familiar-cultural, melhorar a qualidade de vida do individuo e da família e contribuir para a reabilitação do individuo no seio familiar e social.

- Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (PROJECTO NACJR);

Projeto que tem por finalidade enquadrar os profissionais num modelo de funcionamento que permita aos serviços de saúde dar respostas mais adequadas e concertadas ao problema dos maus tratos em crianças e jovens.

- Prevenção e Promoção de Estilos de Vida Saudáveis,

Prevenção das Doenças Cardiovasculares, Prevenção do Tabagismo, Prevenção da Obesidade e Prevenção da Diabetes

- Prevenção das Toxicodependências,

Desenvolvimento de um conjunto de estratégias, metodologias e técnicas que visam conduzir a tomadas de decisão mais conscientes, que protejam as pessoas do uso, abuso, ou uso indevido das drogas, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida das populações.

- Promoção de Saúde Mental, através da realização da consulta de saúde mental, na qual eram desenvolvidas intervenções de proteção/promoção de saúde mental e prevenção da doença mental.

As consultas de enfermagem realizadas permitem ao enfermeiro, inserido num contexto de atuação multiprofissional destacar-se na realização de intervenções independentes/autónomas que muito beneficiam a comunidade, sendo que as mesmas são valorizadas pela população e as entidades locais que valorizam e percecionam a sua necessidade e os seus benefícios.

Segundo Jesus (2006), citando o Ministério da Saúde (1999), a Consulta de enfermagem consiste numa atividade autónoma baseada em metodologia científica, que possibilita ao enfermeiro enunciar um diagnóstico de enfermagem com base na identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar um plano de cuidados segundo o grau de dependência dos utentes, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem.

- Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis,

- Prevenção de acidentes nos idosos,

- Saúde da mãe e recém-nascido.

A equipa é composta por Enfermeiros, Médicos, Higienista-oral, Cardiopneumologista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Técnica Serviço Social, Assistente Técnico e Assistente Operacional.

O horário de funcionamento da UCC de Ourém é de 2ª a 6ª feira das 8h – 20h. Sábado, Domingo e feriados das 9h às 17h.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES

O REPE (1996) refere que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem com a finalidade de ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Para melhor poder corresponder à constante mudança que se verifica nos diferentes contextos de prática, torna-se fundamental que os enfermeiros atualizem sistematicamente os seus conhecimentos de modo a acompanhar a transformação existente, dando assim resposta à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente (Jesus et. al, 2011).

O REPE (1996), no artigo 4 refere que ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida “a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”, neste caso, a área de saúde mental. Assim, “os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

Neste contexto pretende-se uma análise crítica e reflexiva acerca das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, analisando as atividades desenvolvidas durante o percurso no ensino clínico e o seu contributo para o processo na prática especializada.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro no artigo 3.º refere que as competências comuns do enfermeiro especialista 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 de

cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

O artigo 4.º do REPE (1996) define Enfermeiro Especialista como:

“O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade”.

Num futuro próximo prevê-se que a atribuição dos títulos profissionais de Enfermeiro e Enfermeiro Especialista decorrerá de um processo de certificação de competências, cujo modelo é o de supervisão clínica em prática profissional tutelada, assegurando-se assim que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do cliente e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2009).

Desta forma é possível promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população, que se pretendem diferenciados, centrados nas necessidades da pessoa/ família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.

As competências comuns partilhadas pelos Enfermeiros Especialistas, também designadas por domínio das competências comuns são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2009). De seguida, irão ser analisadas e exploradas as atividades desenvolvidas, no sentido de uma análise crítica e reflexiva por domínio de competência.

2.1.1. Eixo A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, as competências específicas para este domínio são:

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem serve de alicerce axiológico fundamental para a elaboração do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que fornece as diretrizes que obrigam os enfermeiros a agir tendo por base um conjunto de normas e regras, os chamados deveres profissionais. Segundo o mesmo, no quarto artigo, os princípios de enfermagem assentam no respeito pela vida, pela dignidade humana e nos direitos humanos, em todas as dimensões (OE, 2009), baseando a sua prática numa reflexão constante nas questões éticas, legais e deontológicas.

Os valores universais que devem estar sempre presentes na relação profissional são a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional (REPE, 1996). Para além destes aspetos, há ainda a referir os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como a responsabilidade social da enfermagem como co-responsável pela promoção da saúde da população; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, nos quais foi desenvolvida a prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, tanto ao nível do serviço de internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém, como ao nível da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, o respeito pela pessoa cuidada, pelo grupo ou comunidade foi uma constante e um aspeto que não foi descurado, sendo este fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica significativa, garantindo a ausência de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, salvaguardando ainda os direitos da pessoa, no sentido do autocuidado, com o objetivo

de melhorar a sua qualidade de vida, indo assim ao encontro das diretrizes que constam no Código deontológico do Enfermeiro (OE, 2009).

De referir que a complexidade das situações vividas pelos enfermeiros na sua prática diária faz com que estes tenham que tomar decisões ponderadas e refletidas, podendo as mesmas ser influenciadas pelas experiências de vida, os valores, as crenças, entre outros.

No entanto, o comportamento moral do enfermeiro, como refere Pappas (2006), citado por Townsend (2011), é uma conduta que resulta de um pensamento crítico sério sobre como os indivíduos se devem tratar uns aos outros refletindo o modo como uma pessoa interpreta o respeito básico por outras, respeitando a autonomia, a liberdade, a justiça, a honestidade e a confidencialidade pelo cliente. Desta forma e ainda de acordo com o mesmo autor, os princípios éticos fundamentais que regem a conduta do enfermeiro são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a verdade e a justiça.

Durante todo o percurso do ensino clínico, nomeadamente no serviço de internamento de Psiquiatria, bem como na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, o respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do cliente estiveram sempre presentes no desenvolvimento de atividades com o mesmo. Respeitar um ser humano é acreditar profundamente na sua unicidade e que só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória (Lazure, 1994). Segundo esta autora para se poder ajudar de forma adequada o cliente, o enfermeiro deve saber acreditar que o mesmo é o único detentor dos recursos básicos para resolver o seu problema de saúde. Assim, a intervenção do enfermeiro baseia-se em oferecer ao cliente, sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como entender, para resolver o seu problema. O papel do enfermeiro é de orientação não tomando quaisquer tipo de decisões nem substituindo o cliente na sua ação, respeitando assim o princípio ético da autonomia. Ao longo do ensino clínico realizado em contexto de internamento de Psiquiatria no HDS, bem como na UCC de Ourém foram realizadas diferentes entrevistas de enfermagem, nas quais procurei traçar uma linha orientadora em relação aos problemas dos utentes, ajudando-os a identificar as possíveis causas; respeitando sempre as suas dúvidas, receios bem como a sua autonomia enquanto pessoa, tentando evidenciar as suas próprias

capacidades e atributos/recursos que permitiam ao utente a resolução dos seus problemas.

As estratégias para a resolução de problemas dos clientes foram sempre traçadas em conjunto com os mesmos ou com a participação de familiares ou pessoas significativas que estivessem presentes no processo. A honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões foram sempre aspetos presentes. Neste sentido, a abordagem inicial ao utente consistia numa apresentação pessoal enquanto enfermeiro, ao que se seguia um pedido de consentimento e posterior autorização para desenvolvimento das intervenções realizadas.

Com o intuito de obter mais informações acerca da história clínica do utente, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, motivo de internamento e hábitos de vida, é feita a anamnese, sendo a mesma posteriormente completada através de dados obtidos, por meio de entrevista formal com os familiares do utente.

Ainda relacionado com a autonomia do doente, e a sua tomada de decisão, é importante abordar o consentimento informado, que segundo a OE (2007) representa a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem.

O consentimento informado decorre assim do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa estando assim ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal (Almeida, 2007).

Assim, na prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria todas as atividades desenvolvidas com os clientes tiveram como base a informação transparente e o consentimento informado por parte dos mesmos.

Contudo, nem sempre é fácil garantir que o princípio da autonomia é aplicado na prática. Um exemplo disso diz respeito aos internamentos compulsivos. Estas situações foram vividas durante o ensino clínico realizado no internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém, sendo que neste serviço, os internamentos compulsivos ocorrem com alguma regularidade.

O internamento compulsivo é regulado pela Lei nº 36/98 de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental, que determina os pressupostos que ditam o internamento compulsivo. Desta forma, o mesmo só pode ser determinado quando “O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” e ainda “pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado” (Lei nº 36/98 de 24 de Julho). Este tipo de internamento deve cessar assim que findem os fundamentos que lhe deram causa. Os utentes internados em regime compulsivo, durante o ensino clínico, enquadravam-se nestes parâmetros regulados pela referida Lei; no entanto é de ressaltar que o princípio da autonomia é afetado, neste tipo de casos, pelos motivos anteriormente justificados.

Ainda neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e tendo como premissa as práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, o combate ao estigma da doença mental na sociedade surge então como uma área de intervenção fundamental para o enfermeiro especialista em Saúde Mental.

A doença mental, ou loucura, foi percecionada e interpretada de formas muito diversas ao longo da história sendo descrita desde os primórdios da Humanidade. Durante muito tempo foi explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos, mas o resultado sempre foi, e ainda é, a segregação e afastamento da sociedade (Spadini; Souza, 2006). Este estigma provém diretamente do desconhecimento que as pessoas têm da mente humana, considerando a doença humana como uma transgressão às regras sociais que deve ser afastada para não perturbar o normal funcionamento da sociedade.

Em relação à saúde mental em geral e à doença mental em particular, o estigma associado a estas pessoas impede-as, muitas vezes, de ter uma vida social e laboral normal. Segundo a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB, 2013) este tipo de estigma leva as pessoas portadoras de uma doença mental a isolarem-se da sociedade, promovendo o seu autoestigma, encarando-se como diferentes das

restantes. Estas pessoas têm uma grande necessidade de se esconder que resulta de um receio fundado de se ser rejeitado e desvalorizado (ADEB, 2013).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria tem um papel fundamental no que diz respeito à desmistificação da doença mental, utilizando Psicoeducação, promovendo a educação das pessoas em geral nestes termos, e como tal promovendo a aceitação da pessoa com doença mental, assim como, potenciando a saúde mental. Este foi um aspeto relevante durante a prática especializada, durante a qual se procurou em equipa trabalhar a igualdade, quer entre os enfermeiros, quer com as pessoas doentes, que muitas vezes se estigmatizam umas às outras.

No ensino clínico referente ao internamento de psiquiatria do HDS e durante algumas das intervenções realizadas, nomeadamente, as intervenções socioterapêuticas, entre as quais o treino de competências sociais (ida ao jardim interior do hospital, ida ao bar, promoção da interação entre os utentes e desenvolvimento de atividades de grupo), procurou-se dissipar o estigma que muitas vezes existia entre os doentes internados. Foram desmistificados algumas ideias relativas à doença mental, promovendo a aceitação das diferenças e evitando a exclusão e a discriminação.

2.1.2. Eixo B – Competências do domínio da melhoria da qualidade

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, as competências específicas associadas a este domínio são:

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

Atualmente a necessidade de implementar sistemas de qualidade na prestação de serviços de saúde torna-se extremamente importante, sendo assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde, ou o Conselho Internacional de Enfermeiros, como uma ação prioritária em saúde (OE, 2001).

Também em Portugal, a necessidade da criação de sistemas de qualidade está assumida, com a criação de instâncias organizacionais como o Conselho Nacional da Qualidade ou o Instituto da Qualidade em Saúde (OE, 2001).

Podemos definir qualidade como o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade (Decreto-Lei n.º 140/2004 de 8 de Junho).

A qualidade em Saúde abrange diversas vertentes da prática profissional quotidiana, desde o respeito pelo outro (utentes e profissionais) até à segurança do utente, passando pela gestão adequada de recursos (DGS, 2004).

As associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. Neste contexto o Conselho de Enfermagem (CE) da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Após a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é preciso garantir que os mesmos sejam assumidos e adotados pelos enfermeiros durante a sua prática clínica e de igual forma que sejam uteis às instituições prestadoras de cuidados de saúde. Os padrões de qualidade deverão tornar-se num instrumento que contribua para a busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem e para atingir o objetivo de excelência do serviço que as instituições de cuidados de saúde prestam aos cidadãos (OE, 2001).

Desta forma, os enfermeiros, como membros ativos dos cuidados de saúde prestados às populações, têm o dever deontológico de garantir a qualidade dos cuidados que prestam, tal como o respeito pela pessoa humana (OE, 2009). Os enfermeiros especialistas, pelos conhecimentos e competências acrescidas que possuem, têm um papel fulcral na dinamização de projetos que visam a qualidade na Saúde, em geral, e dos cuidados de Enfermagem, em particular.

Durante o ensino clínico realizado no serviço de internamento de Psiquiatria do Hospital de Santarém tive a oportunidade de participar ativamente na elaboração de um instrumento para a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a padronização dos cuidados de enfermagem inerentes à técnica de *ElectroConvulsivoTerapia* (ECT), uma

vez que foi verificada a ausência de um sistema padronizado que permitisse a monitorização das intervenções de enfermagem na realização da mesma. Considerando que um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem refere-se à organização dos cuidados de enfermagem e que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2009: p. 15) foi elaborada a respetiva padronização tendo como referencial este enunciado (Anexo I).

No âmbito da técnica de ECT foi ainda elaborada uma *check list* dos cuidados de enfermagem inerentes à realização da técnica para que fosse possível realizar e registar adequadamente as intervenções de enfermagem realizadas. Dado que a técnica de ECT não era realizada na instituição, nesta *check list* eram registadas as intervenções de enfermagem referentes ao pré e pós ECT (Anexo II). Esta *check list* de Cuidados de Enfermagem aborda aspetos relevantes no sentido de uma melhoria na qualidade dos cuidados. A mesma demonstra se as intervenções de enfermagem pré e pós ECT's foram ou não realizadas.

Ainda no âmbito da qualidade e com o propósito de avaliar a satisfação dos profissionais de saúde, foi elaborado um questionário destinado a obter dados para avaliar o grau de satisfação em relação ao trabalho, dos profissionais de saúde do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém. É do conhecimento geral que a melhoria da produtividade na área da saúde é reflexo de profissionais de saúde satisfeitos e motivados.

Para Locke (s/d), citado por Marques (2007), a satisfação com o trabalho é um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das existências proporcionadas pelo trabalho.

A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes. Assim, a satisfação dos profissionais está diretamente associada à produtividade e à realização pessoal dos referidos profissionais de saúde. O que vai de encontro ao referido por Mezomo (2001), citado por Moura (2012), toda a organização que possui profissionais satisfeitos, tem vantagens e potencial acrescido, atraindo os

melhores, reduzindo a rotatividade de pessoal e conseqüentemente aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade.

Estas atividades desenvolvidas enquadram-se no processo de aquisição de idoneidade formativa a decorrer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este processo de certificação, e de acordo com o regulamento nº 167/2011 de 8 de Março, estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do Supervisor Clínico em Prática Tutelada em Enfermagem (PTE), no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros, independentemente de se estar no Exercício Profissional Tutelado (EPT) ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). Neste contexto a existência do Desenvolvimento Profissional Tutelado torna-se uma mais-valia na medida em que diminui a possibilidade de ocorrência de incidentes, traduzindo-se numa prática de cuidados de enfermagem segura no exercício profissional o que se coaduna com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda relacionado com a melhoria da qualidade, pode-se englobar a formação em serviço, (Anexo III) que foi realizada no serviço de internamento de psiquiatria e que contou com a presença dos profissionais de enfermagem deste serviço, onde foi apresentada a sistematização dos cuidados de enfermagem inerentes à técnica de ECT, e apresentada a *chek list* com os cuidados a ter nas intervenções de Enfermagem no pré e pós ECT. Posteriormente foi ainda aberto um *brainstorming* sobre as referidas práticas com os enfermeiros presentes na formação. Com a realização desta formação foram partilhadas opiniões e trocadas experiências acerca desta temática. Foram identificadas lacunas neste âmbito e referidos possíveis aspetos a melhorar. Desta forma a elaboração da *chek list* e a formação desenvolvida contribuíram para colmatar as falhas existentes a este nível no sentido de uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes deste serviço.

Na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem, no serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE, foram consultadas normas e procedimentos existentes no mesmo, bem como realizada pesquisa bibliográfica que desse suporte a essa mesma melhoria. Durante o período decorrido do ensino clínico foi possível aceder e consultar vários processos clínicos de utentes internados neste serviço, proporcionando assim uma

melhoria de conhecimentos e domínio das diferentes patologias existentes; o que possibilitou de uma forma mais rápida e eficaz, identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade.

Os registos de enfermagem são realizados informaticamente (em suporte SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), recorrendo à CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, versão 2). Através desta classificação é possível estruturar o processo de comunicação e utilizar uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial (CIPE[®]2, 2011).

Esta ferramenta é mais simples de consultar e facilita quer na identificação dos problemas, quer nas intervenções a realizar ou nos resultados obtidos.

A CIPE promoveu a criação do aplicativo informático SAPE, sendo a sua aplicabilidade estendida à área da saúde mental e psiquiatria. A CIPE permite ao enfermeiro a conceção de dois tipos de intervenções (intervenções interdependentes e intervenções autónomas), estas últimas da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, dando assim oportunidade a que o enfermeiro avalie uma determinada pessoa ou grupo num contexto específico, observando um conjunto de dados, que lhe permitem ajuizar e atribuir um diagnóstico, bem como prescrever intervenções em função desse diagnóstico, realizando posteriormente a respetiva avaliação.

Ao longo do ensino clínico realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, as intervenções foram desenvolvidas tendo em conta a melhoria da qualidade, satisfazendo desta forma o eixo B das competências comuns do enfermeiro especialista.

Neste sentido, durante uma entrevista de enfermagem realizada com uma cuidadora informal de uma doente idosa dependente (a sua mãe), foi possível verificar a existência de uma sobrecarga desta cuidadora, que nos últimos tempos tinha alterado as suas rotinas diárias para cuidar da sua mãe. Esta situação foi verificada através da aplicação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal.

Com a evolução científica e tecnológica que temos vindo a assistir na área da saúde, e conseqüentemente com o aumento da esperança média de vida e aumento da população com 65 ou mais anos (DGS, 2004), a problemática da sobrecarga do familiar cuidador, é uma realidade cada vez mais visível nos dias de hoje. Esta problemática coloca desafios

para os familiares destes doentes, que têm a sua vida programada em função da sua atividade profissional e do seu núcleo familiar, não dispendo na maior parte das vezes disponibilidade financeira e de tempo para o acompanhamento dos seus progenitores.

Foi assim possível identificar um caso de sobrecarga do familiar cuidador, a quem foi aplicado o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, elaborado por Martins et al. (2003).

Através da aplicação de instrumentos de colheita de dados (como a escala anteriormente referida) podem-se identificar casos de sobrecarga e planejar estratégias de intervenção junto dos familiares cuidadores, no sentido de os ajudar a maximizar as suas habilidades e competências, minimizando assim as implicações e repercussões negativas sob o ponto de vista físico, emocional e social que acarreta a prestação de cuidados informais.

A entrevista permite compreender as estratégias adotadas, a organização e dinâmica familiar e avaliar possíveis sinais e sintomas patológicos do familiar cuidador. Nesta situação específica o questionário aplicado teve um resultado que demonstrou a existência da sobrecarga do cuidador, tendo sido encaminhado para o clínico responsável.

Assim o enfermeiro tem um papel preponderante, e como referem Admi e Moshe-Eilon (2010), o enfermeiro deve utilizar as competências de gestão e experiência clínica e de especialização de modo a estar disponível e desperto para as alterações que ocorrem nas pessoas, para além de servir de modelo.

2.1.3. Eixo C – Competências do domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, as competências específicas associadas a este domínio são:

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Segundo os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem divulgados pela Ordem dos Enfermeiros (2001) os cuidados de enfermagem têm como principal alvo, o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital, com a finalidade de prevenir a doença e promover os processos de readaptação, com vista à satisfação das necessidades humanas fundamentais e garantindo ainda a máxima autonomia na realização das atividades de vida diárias. Os cuidados de enfermagem devem assumir um papel de destaque na equipa de saúde, devendo ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. Por forma a potenciar as intervenções de enfermagem, é favorável que a família seja envolvida em todo o processo do cuidar, sobretudo quando as intervenções de enfermagem visem a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Ainda segundo os Padrões de Qualidade e em contexto profissional, as intervenções de enfermagem podem distinguir-se em dois tipos: as iniciadas por outros técnicos de equipa, habitualmente designadas por intervenções interdependentes, e aquelas que são iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) (OE, 2001).

As intervenções de enfermagem visam essencialmente a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Através da participação em reuniões de equipa tanto no internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém, como na UCC de Ourém, foi possível disponibilizar assessoria aos enfermeiros e restante equipa, colaborando e participando ativamente nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo para o aumento e melhoria da informação essencial no processo do cuidar, nos diagnósticos, na sugestão de soluções eficazes a realizar e na avaliação do processo do cuidar. Desta forma foi possível, ter um papel ativo através da partilha da informação obtida durante as entrevistas aos utentes e respetivos familiares, contribuindo para facilitar a prestação de cuidados.

Segundo Potter e Perry (2006), este processo – Processo de enfermagem – constitui a base científica que dá sustento às ações de enfermagem sendo constituído por cinco fases/etapas relacionadas entre si, visando essencialmente a planificação de cuidados personalizados. As etapas são: apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Ainda segundo o mesmo autor, a utilização do processo de enfermagem promove cuidados de enfermagem individualizados e ajuda

o enfermeiro a dar respostas às necessidades do utente, de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do utente.

Segundo Aquino (2004) a sua implementação tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistémica, elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com a restante equipa e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada.

Durante o ensino clínico, foram realizadas entrevistas de acolhimento tendo como objetivo a recolha sistemática de dados que é fundamental no processo anteriormente referido. Para complementar a entrevista, e sempre que possível era pedida a presença do familiar de referência. A informação obtida durante a entrevista era cruzada com os dados provenientes de outras fontes, como por exemplo, consultas com outros profissionais, leituras de registos anteriores do utente, caso existissem, e também através do exame físico de enfermagem.

Para a avaliação inicial do doente, encontra-se já disponível em ambos os serviços onde foi desenvolvida a prática especializada, a grelha de exame mental devidamente estruturada. Realiza-se o genograma familiar e o ecomapa e posteriormente iniciam-se os diagnósticos de enfermagem, com base na CIPE® 2, estabelecida no programa informático SAPE.

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, assegurando ainda um registo sistemático e objetivo desta informação.

O exame mental deve ser realizado posteriormente ao exame físico do cliente e aborda os seguintes pontos: apresentação, motricidade, postura, expressão facial, contato, humor, linguagem, pensamento, perceção, consciência e orientação, memória e funções biológicas vitais.

A estes dados recolhidos através do exame mental, é adicionada a informação obtida pelo exame físico, resultados de exames laboratoriais, história do cliente, e informações

recolhidas com a família, com os responsáveis pelos cuidados e com outros profissionais de saúde de forma a ser possível ao enfermeiro formular diagnósticos de enfermagem e planear a assistência ao cliente (Stuart; Laraia, 2001). Esta ferramenta permite ao enfermeiro gerir de forma adequada os cuidados aos utentes, planeando as intervenções de enfermagem de forma mais eficaz.

As formações em serviço foram adequadas às necessidades sentidas em ambos os campos de estágio. No serviço de internamento de Psiquiatria do HDS, foi identificada a necessidade de elaborar um instrumento para a padronização dos cuidados de enfermagem relacionados com a técnica de ECT, assim e de acordo com a referida necessidade, foi elaborado o mesmo e a formação em serviço decorreu com recurso a técnicas expositivas, e discussão final do mesmo sempre numa perspetiva de melhoria contínua.

A formação em serviço realizada na UCC de Ourém consistiu numa sessão sobre a comunicação, abordando de forma particular a análise transacional no processo de comunicação. A habilidade comunicativa é essencial para a gestão de um bom desempenho individual ou organizacional, tendo esta formação tido uma utilidade bastante prática para os membros da UCC que assistiram à mesma.

2.1.4. Eixo D – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio específico de competências, o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, define como competências específicas:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Atualmente os enfermeiros representam uma comunidade profissional e científica com grande destaque no funcionamento do sistema de saúde, o que implica que estes profissionais desenvolvam intervenções baseadas em sólidos padrões de conhecimento (científico, ético, estético, e pessoal) atuais e pertinentes, assumindo-se como

facilitadores nos processos de aprendizagem e agentes ativos no campo de investigação (OE, 2010).

Neste contexto, os ensinamentos clínicos ao longo do primeiro ano do mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria foram realizados em instituições de saúde que possibilitaram aos estudantes de mestrado o desenvolvimento de competências especializadas, baseadas numa prática autónoma, com espírito crítico e reflexivo, que respeitem a pessoa e a família em todo o processo de cuidados, participem na inovação e desenvolvimento da prática de enfermagem com recurso a metodologias de investigação e tomem decisões ético-legais com base nos valores da profissão (Gomes, 2013).

A reflexão destas competências adquiridas durante a elaboração do portfólio e agora deste relatório permitiram o crescimento pessoal e profissional traduzindo-se numa análise de auto-desenvolvimento. Estabelecem pontes entre a formação inicial, a experiência profissional e a formação avançada, algo que imprimimos em todas as nossas intervenções. Foram assim promovidos o autoconhecimento, a auto-reflexão e análise, sendo esta outra mais-valia deste processo formativo.

Para todas as intervenções realizadas, quer no serviço de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém, quer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, foi realizada pesquisa bibliográfica que fundamentasse as referidas intervenções e aprofundasse o conhecimento sobre as mesmas aplicando assim, na prática, a evidência científica.

Assim, durante todo o percurso do ensino clínico a reflexão foi um instrumento utilizado frequentemente, quer para reflexão da prática especializada quer para o crescimento pessoal e individual. Através da autoanálise foi possível realizar reflexões sobre a prática clínica e consequente desempenho enquanto futuro enfermeiro especialista em Saúde mental.

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade correspondem a duas das competências comuns dos enfermeiros especialistas, no domínio das aprendizagens profissionais conforme Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º122/2011). Em especial, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria espera-se que este profissional tenha competências acrescidas ao nível das

relações interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interação com os outros (Teixeira; Meireles; Carvalho, 2010).

A assertividade assenta na adoção de um papel ativo, é caracterizada por uma atitude positiva, tendo por base o cuidar e não julgar os outros, salvaguardando os seus direitos e os dos outros, comunicando o que se pretende de forma clara e direta (Scott, 1996, citado por Riley, 2004). Assim, ser assertivo significa expressar por palavras o que se quer, sente e pensa, de forma adequada, com crítica para a situação, com argumentos válidos, tendo em conta o contexto e deixando espaço ao outro para fazer o mesmo.

Castanyer (2004) acrescenta ainda que o sucesso de uma interação depende essencialmente do facto de nos sentirmos valorizados e respeitados, sendo que tal facto não depende tanto dos outros, mas do facto de possuímos uma série de competências para corresponder corretamente e uma série de convicções que nos façam sentir bem connosco próprios.

Ainda segundo o mesmo autor a assertividade encontra-se diretamente relacionada com a autoestima na medida em que quanto maior for o valor, o respeito e o carinho que temos por nós próprios mais simples é a relação com os outros, estando assim associada a um desempenho social bem-sucedido.

Para além dos ensinamentos clínicos onde o estágio foi desenvolvido, mas também durante a prática profissional, no local de trabalho, foi possível um desenvolvimento adequado de competências sociais e emocionais, através do contacto com a equipa multidisciplinar e com os utentes, estabelecendo relacionamentos interpessoais, com consequências positivas ao nível da saúde mental.

Ao longo de cada ensino clínico foram elaborados estudos de caso na área de intervenção especializada em Saúde Mental, utilizando linguagem CIPE, e garantindo a avaliação das intervenções e dos potenciais ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental (Gomes, 2013). Ao elaborar-se um estudo de caso, é possível extrair a complexidade do mesmo, explorando-o detalhadamente, sendo possível uma análise ao mesmo de uma forma holística. Neste caso o principal interesse é o estudo de caso em si ao invés das técnicas metodológicas utilizadas (Johansson, 2003). Também neste caso, e para que o mesmo tenha validade científica não pode ser descurada uma pesquisa teórica forte, rigorosa e completa, que considere

diversos autores e teorias, pois é a análise do caso através destas diferentes abordagens que oferece a maior riqueza deste tipo de metodologia (Johansson, 2003). Os estudos de caso realizados permitiram então a integração da investigação em Enfermagem nos cuidados prestados, analisando a prática real de forma crítica, possibilitando assim a melhoria gradual dos cuidados de Enfermagem prestados, tal como a evolução profissional da Enfermagem. Para além disto, permitiram a reflexão acerca dos cuidados prestados e da postura como enfermeiro especialista possibilitando algumas correções e adequações a situações idênticas no futuro.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

De acordo com o Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro (pág. 1) o enfermeiro especialista em Saúde Mental é o profissional de saúde que se “foca na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.”

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria para além da mobilização de si próprio como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Competências estas, desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e que irão ser seguidamente abordadas.

2.2.1. Eixo F – Competências do domínio das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria

A Ordem dos Enfermeiros (2009) neste domínio de competências define como competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria:

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

profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

As diferentes atividades consideradas específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental desenvolvidas ao longo do ensino clínico serão apresentadas de acordo com este grupo de competências que integram o domínio/eixo de competências definido pela OE para o enfermeiro especialista em Saúde Mental.

O uso de teorias na Enfermagem permite orientar a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo os fenómenos. As teorias de enfermagem inter-relacionam os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem: a pessoa, o ambiente/sociedade, a saúde e a enfermagem. Estas constituem uma base de conhecimentos exclusiva, que nos últimos tempos tem sido reconhecida, definida e desenvolvida. As teorias passaram a ser encaradas como o instrumento adequado para direcionar a enfermagem na busca dos seus limites de atuação em relação a outros profissionais (George, 2000).

Uma das teorias considerada como referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para o processo de comunicação em enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teórica visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal uma vez que envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta em comum, isto é, com o mesmo objetivo. Neste processo terapêutico a enfermeira e o paciente respeitam-se mutuamente como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como resultado dessa interação (George, 2000).

Peplau encarava a enfermagem como uma “força de amadurecimento e um instrumento educativo”. Considerava assim que a enfermagem constituía uma experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na relação interpessoal (Bondan, 2006: 39).

Segundo Marriner, 1989, citado por Simões, (2008: 44), Peplau destacou-se na área da psiquiatria, sendo considerada “a mãe da enfermagem psiquiátrica”. Por estas razões será abordada em várias situações na justificação das competências adquiridas como enfermeiro especialista em saúde mental.

F1 *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa, enfermeiro, mercê de vivências e processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”*

Intervir em Saúde Mental implica ao profissional conhecer-se profundamente a si próprio, mobilizando-se a si mesmo enquanto instrumento terapêutico durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro). Desta forma o Enfermeiro especialista em Saúde Mental consegue assim ter a perceção da forma como os outros o observam enquanto intervêm. O enfermeiro utiliza-se como instrumento na atenção prestada ao paciente, necessitando para isso de preparação e maturidade emocional, aspetos esses, que podem ser trabalhados durante o processo de formação (Taylor, 1992).

A autoconsciência constitui um processo imprescindível para o desenvolvimento humano implicando a compreensão e a aceitação de si mesmo, possibilitando ao cuidador reconhecer as diferenças e a singularidade daquele que é cuidado (Stuart; Laraia, 2001). Keltner, Schwecke e Bostrom (2007) referem que o autoconhecimento é o processo que permite ao próprio conhecer as suas próprias crenças, pensamentos, motivações, preconceitos e limitações, e a forma como tudo isto influencia os outros.

Assim sendo, a Ordem dos Enfermeiros, através do regulamento n.º 129/2011 define que a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional é crucial para a prática de enfermagem de saúde mental, na medida em que condiciona diretamente na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver as intervenções especializadas. Sem este processo é impossível ao enfermeiro especialista em saúde mental manter uma relação terapêutica com os utentes, sendo os exercícios de autoanálise uma atividade fundamental para estes profissionais.

Ainda segundo Keltner, Schwecke e Bostrom (2007), um exercício de autoanálise leva sempre a alguma ansiedade provocando também um certo desconforto para o próprio,

contudo os resultados provenientes deste tipo de exercício são fundamentais para a prática de enfermagem especializada em saúde mental. Um exercício de autoanálise deve envolver uma reflexão profunda por parte do próprio e devem ser tidos em conta os seguintes aspetos: autoconsciência, esclarecimento de valores, exploração de sentimentos, capacidade de servir como exemplo e sentido de ética e responsabilidade.

Para o desenvolvimento do autoconhecimento podem ser utilizados diferentes instrumentos, sendo um deles, a janela de Johari, que para Fritzen (1992), citado por Bachion et al. (1996) constitui um processo de dar e receber feedback, ou seja informações acerca de si mesmo e sobre os outros, e que é essencial ao processo de autoconsciência.

Através deste instrumento que compreende a aplicação de um pequeno questionário é então possível formar uma ideia objetiva de nós próprios e dos nossos comportamentos, sendo possível avaliar a forma como nos colocamos em relação aos outros (Fritzen, 1978). O objetivo principal é explicar algumas diferenças nas áreas da personalidade levando a uma procura de alteração de comportamentos de forma a melhorar as relações interpessoais (Fritzen, 1978).

A Análise Transaccional constitui também um possível instrumento no desenvolvimento do autoconhecimento, baseando-se na teoria de que as vivências da infância, coexistem na idade adulta, como estados do Eu (ego) completos. Segundo Fachada (2010) para compreender melhor o homem podemos dividir a sua personalidade em três partes denominadas Estados do Eu. Estes são sistemas de pensamentos, de comportamentos e de emoções, em interação com o meio (indivíduo, família, grupo, escola, empresa, etc.). A avaliação da realidade é função dos diversos estados do Eu que integram a personalidade.

Os instrumentos referidos anteriormente foram utilizados durante o percurso no primeiro semestre do curso de mestrado o que permitiu um conhecimento mais aprofundado de nós próprios enquanto pessoas e enquanto profissionais, o que vai ao encontro dos objetivos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, em que o enfermeiro especialista em saúde mental deve demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções especializadas.

Existem, então, algumas qualidades essenciais para que seja possível ajudar os outros. Essas qualidades dão características necessárias para todos os enfermeiros que desejam ter uma função terapêutica.

Durante a prática especializada nos diferentes contextos (Serviço de internamento de psiquiatria e UCC de Ourém), os exercícios de autoanálise foram uma prática constante tendo sido aplicados nas reflexões semanais que foram desenvolvidas em cada um dos ensinamentos clínicos. Nestas reflexões pretendia-se analisar os pontos fortes e fracos da aprendizagem, mas também realizar uma análise dos pensamentos e sentimentos que foram surgindo ao longo do tempo. Por fim a realização do portfólio, no final da prática especializada constituiu um instrumento criativo e dinâmico que contribuiu para a descoberta individual e simultaneamente servir de ferramenta que proporcionou a junção do conhecimento pessoal ao suporte científico através das pesquisas para a realização das diferentes atividades/intervenções.

É, então, a pensar criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (Freire, 2005).

F2 *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”*

A promoção da saúde mental esforça-se por encontrar e valorizar factores que protegem a saúde mental e por reduzir factores prejudiciais em termos de saúde mental.

As funções do enfermeiro especialista em saúde mental estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, na ajuda ao cliente para enfrentar as pressões na doença mental e na capacidade de assistir o indivíduo, família ou comunidade (Villela; Scatena, 2004), ajudando-os a encontrar o sentido da otimização da sua saúde mental.

Segundo o regulamento n.º 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em Saúde Mental é aquele que compreende o estado de saúde dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção de perturbação mental, através da abrangência das determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, reforçando os fatores protetores (por exemplo, resiliência) e diminuindo os fatores de risco.

A promoção de saúde mental é algo que deve ser cultivado ao longo de todo o ciclo vital das pessoas, passando por uma otimização da saúde mental na infância, nas escolas, na vida laboral e na velhice (Lehtinen et al., 2008). Assim, escolas e os locais de trabalho, onde as pessoas passam muito do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação.

Em crianças na primeira infância é fundamental desenvolver programas que envolvam a formação parental, assim como em crianças em idade escolar, devem ser desenvolvidos programas de educação sobre saúde mental que incluam a prevenção da violência juvenil e prevenção do abuso de drogas, entre outras (DGS, 2008).

Segundo Lehtinen, (2008), a primeira fase de socialização no desenvolvimento da criança acontece, geralmente, na família próxima. Estudos comprovam a importância da promoção de Saúde Mental nas crianças, o mais precocemente possível. No entanto, é dispensada muito pouca atenção a esta (Barnes; Muller, 1998). A promoção de saúde mental desde a primeira infância irá originar adultos mais saudáveis e capazes para viver em sociedade. Neste sentido, os pesquisadores têm apontado os acidentes como passíveis de serem controlados e evitados através de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, colocando em discussão a “acidentalidade” dessas ocorrências, e destacando a necessidade de prevenção.

Segundo Martins (2006), além dos custos sociais, económicos e emocionais, os acidentes na infância são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por traumatismos não fatais, como encefalopatia, anoxia por quase afogamento, cicatrizes e desfiguração devido a queimaduras, bem como défices neurológicos persistentes devidos a traumatismos cranianos, que exercem um grande impacto a longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando as crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento.

Neste sentido foi elaborado, ao longo do ensino clínico da comunidade duas sessões a crianças do jardim-de-infância do concelho de Ourém com o intuito de promover a segurança infantil, evitar acidentes nesta faixa etária ensinando procedimentos a adotar por parte das crianças para reduzir o risco de acidentes (Anexo IV).

Segundo a DGS (2008), também ao nível dos adolescentes e jovens em idade escolar, deve ser promovida a saúde mental e prevenida a doença mental sobretudo através da

formação, desenvolvendo mecanismos de detecção precoce de situações, formando profissionais de diferentes sectores sobre a importância da temática, na área da saúde e da educação aos adolescentes, desenvolvendo programas de prevenção do abuso, intimidação e violência (*bullying*) para com os jovens, assim como da sua exposição ao risco de exclusão social. É igualmente importante promover a participação dos jovens na educação, cultura, desporto e trabalho, capacitando-os, e aumentando a resiliência dos adolescentes.

Ainda segundo o mesmo documento: “Mais de 50% das doenças mentais têm o seu início durante a adolescência. Os problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos jovens, com taxas mais altas nos grupos mais desfavorecidos da população”. Em todo o mundo, cerca de 20% das crianças e adolescentes sofrem de problemas de saúde mental incapacitante (DGS, 2008: 5).

O *bullying* representa na atualidade um problema comum na maioria das escolas nacionais que pode originar consequências bastante graves no futuro, que vão desde o isolamento social ao suicídio. O *Bullying* pode ser definido como uma forma de violência entre os adolescentes distinguindo-se da agressão ocasional não só pela sua persistência no tempo, como pela desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor e vítima), baseando-se por isso, numa relação de poder assimétrica (Olweus, 2000, citado por ACES Serra D’Aire, 2010).

Habitualmente os agressores utilizam a força e poder para alcançar e marcar os seus objetivos. Possuem uma atitude positiva em relação à agressividade (Bojrkqvist, Ekman, Lagrespetz, 1982; Olweus, 1994, Pellegrini, Bartini, Brooks, 1999 citados por ACES Serra D’Aire, 2010), parecem sentir prazer no sofrimento e controlo dos outros, são também muito dominantes e impulsivos, tal como carecem de empatia e de capacidade para compreender o sofrimento dos outros. Associado a estes comportamentos apresentam ainda um maior risco de comportamentos de risco para a saúde, pouca satisfação na escola, maior distância emocional da família e baixo controlo parental e nível de disciplina (Serra D’Aire, 2010).

O *Bullying* nas escolas é um dos maiores fatores de risco para um baixo nível de Saúde Mental nos jovens, tanto nos anos de escola como mais tarde na sua vida (Lehtinen, 2008). Os jovens vítimas de *Bullying* ao longo das suas vidas podem desenvolver baixa

autoestima e falta de confiança como consequência dos maus tratos, sendo que no caso dos agressores, estes também necessitam de ser protegidos dos seus comportamentos violentos na sua vida futura (Lehtinen, 2008).

Outra problemática que pode ser abordada nas escolas diz respeito ao abuso de substâncias na juventude, constituindo uma prioridade na intervenção em Saúde Mental (OMS, 2001). Segundo Gonçalves (1998), citado por Alves e outros (2008:557), “droga é toda substância que, ao ser introduzida, inalada, ingerida ou injetada, provoca alterações no funcionamento do organismo, modificando suas funções”.

Segundo Alves et al. (2008), o consumo de álcool em excesso pelo adolescente traz graves consequências para a saúde, sendo contudo a droga socialmente mais aceita, constituindo muitas vezes a porta de entrada para o consumo e o vício de outras drogas, ditas ilícitas.

Estudos recentes indicam que o consumo de álcool entre adolescentes acontece, em média, aos 11 anos de idade, e que é comum o primeiro contato acontecer na presença da família, o que traz responsabilidades para esta, como a orientação e educação para a saúde dos seus filhos, enfatizando os riscos e perdas decorrentes do consumo de bebidas espirituosas. A família, assim como o relacionamento familiar, deve ser uma prioridade para a área da enfermagem, devendo contribuir para orientar os pais no sentido de promover um acompanhamento efetivo na educação dos filhos, estabelecendo uma relação baseada na confiança e o exemplo, com uma conduta, em relação ao álcool, de serenidade e equilíbrio. Tudo isso contribui para a proteção de seus filhos no que se refere ao uso de álcool e outras drogas, prevenindo consequências destruidoras para a sua saúde e colaborando para uma qualidade de vida cada vez melhor (Alves et al., 2008).

A escola desempenha assim um papel fundamental na promoção de saúde mental, emocional, social, de formação cívica, transmitindo a importância do desenvolvimento de atitudes, competências, comportamentos e valores adequados em prol de um mundo com menos injustiças, discriminação, mas com mais interajuda e compreensão (Stakes, 2008).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2004) preconiza a sensibilização dos professores, educadores, o envolvimento de toda a comunidade escolar, alunos e pais no

sentido de agirem proactivamente na promoção da saúde na escola. Neste contexto foram realizadas diversas intervenções como resposta ao referido plano.

Uma das intervenções realizada foi desenvolvida em parceria com colegas do ensino clínico comunitário e consistiu na realização de dois *peddy-papers* com o objetivo de abordar e desmistificar alguns dos mitos ligados aos temas do álcool, drogas, *bullying*, sexualidade e tomada de decisões na adolescência. Com esta atividade foi ainda possível dar a conhecer às crianças os comportamentos de risco na idade atual e adolescência, fazendo-o de uma forma dinâmica, através do *peddy-paper*, o que possibilitou a promoção do trabalho em grupo e fomentar o espírito de ajuda.

F3 *“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”*

Segundo o regulamento n.º 129/2011, o enfermeiro especialista em saúde mental deve prescrever os cuidados a prestar baseados na evidência científica mais recente, com o intuito de promover e proteger a saúde mental, prevenindo a perturbação mental, minimizando o desenvolvimento de complicações, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrado nas respostas do utente a problemas de saúde reais e potenciais.

Assim, segundo Amaral (2010), a atuação do enfermeiro é baseada na prescrição de intervenções de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes/familiares e restantes elementos da equipa e sociedade em geral, através das mais variadas interações e transações que, diariamente desenvolvem nas suas atividades.

Segundo o mesmo autor, a atitude do enfermeiro, perante o cliente, consiste em observar, analisar e sintetizar de forma a poder programar, executar e avaliar as prescrições de enfermagem assumindo assim uma atitude profissional.

Durante a prática especializada, foram identificadas necessidades do cliente quer fosse ele o indivíduo, a família, o cuidador, o grupo ou até mesmo a comunidade, no âmbito da saúde mental. Compete, ao enfermeiro especialista elaborar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao utente e família, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem e resultados esperados com as intervenções.

Os estudos de caso realizados nos diferentes contextos da prática especializada são o reflexo deste trabalho do enfermeiro especialista. Como refere Ventura (2007) o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa e é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais.

A concretização de um estudo de caso permite a fundamentação teórica de determinada patologia, uma assistência individual e personalizada do doente e família, facilita a comunicação multidisciplinar, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, contribuindo ainda para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem (Heidgerken, 1963, citada por Galdeano *et al.*, 2003).

Durante os ensinamentos clínicos foram realizados dois estudos de caso nos quais se procurou identificar as necessidades e os resultados esperados, estabelecer o diagnóstico de saúde mental do cliente, e realizar e implementar o plano de cuidados em saúde mental individualizado com o objetivo de recuperar ou melhorar o nível de saúde mental do mesmo.

Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o sistema de taxionomia estandardizado, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a CIPE® 2, a qual promove a utilização de uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação no ponto de prestação de cuidados.

A CIPE já se encontra implementada no serviço de psiquiatria do HDS por intermédio da utilização do programa informático SAPE, permitindo a elaboração de registos de enfermagem e consequentemente a continuidade dos cuidados ao cliente.

No serviço de internamento de psiquiatria do HDS, EPE foi possível atuar ao nível da intervenção em situações de emergência/urgência psiquiátrica em colaboração com a equipa multidisciplinar determinando o nível de risco para o próprio e para os outros clientes ou profissionais, monitorizando sempre a segurança do meio ambiente.

Foi possível, durante o percurso neste serviço gerir o regime medicamentoso dos clientes. Desde a preparação da terapêutica até à vigilância durante a toma da terapêutica por parte dos doentes. O papel do enfermeiro é de extrema importância, não terminando com a administração propriamente dita. A observação de sinais e sintomas

relativos à administração de terapêutica psiquiátrica, e possíveis complicações e reações à mesma, deve fazer parte do quotidiano do prestador de cuidados.

Neste contexto foram realizadas sessões de Psicoeducação (Anexo V) sobre a adesão ao regime terapêutico, para que o doente tome a medicação não só durante o período de tempo do internamento, mas também após a alta, já em contexto de domicílio.

F4 *“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”*

Segundo o Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, com o objetivo de obter ganhos em saúde. Neste contexto, o Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico intervindo em diferentes domínios (biológico, social e psicológico) (Keltner; Schwecke; Bostrom, 2007).

Na sua base de atuação procura implementar as intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o utente a alcançar o melhor nível de saúde possível mobilizando para isso cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional (Regulamento n.º 129/2011).

Ainda segundo o mesmo autor, esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas, capacitando-o no sentido de este encontrar novas vias de resolução.

A Psicoeducação pode ser definida como o conjunto de abordagens (estratégias educacionais) com o propósito de ensinar aos utentes as competências que lhes faltam devido a alguma situação de saúde/doença. É um processo contínuo de apoio, colocação de objetivos, e desenvolvimento de atividades de aprendizagem, avaliando a mudança do pensamento e comportamento. Pretende-se com a Psicoeducação uma mudança cognitiva e do comportamento (Vieta et al.,1998).

Assim, no serviço de internamento de psiquiatria do Hospital de Santarém foram realizadas duas sessões de Psicoeducação enquanto estratégias complementares ao tratamento farmacológico, resultando em benefícios para o portador de transtorno psíquico e seus familiares, já que auxilia na adesão ao tratamento proposto, no aumento do conhecimento dos sintomas prévios, na diminuição da sobrecarga e do stresse na relação familiar, contribuindo ainda para a redução das recaídas e dos reinternamentos.

Uma das sessões de Psicoeducação foi realizada ao utente portador de distúrbio bipolar e sobre o qual recaiu o estudo de caso, sendo abordada a temática da “Adesão ao Regime Terapêutico”, com o objetivos de treinar competências de gestão de regime terapêutico de modo a controlar a doença, evitar recaídas, promover uma melhor qualidade de vida, dando assim a conhecer as consequências da má adesão ao regime terapêutico.

A adesão ao regime terapêutico, de acordo com Haynes, McDonald, Garg, & Montague (2003) citados por Machado (2009), define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. Segundo a CIPE adesão terapêutica é definida por: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (International Council of Nurses, 2001: 38).

A falta de adesão ao tratamento prescrito é citada com frequência como um comportamento das pessoas com doenças mentais sérias, sendo uma causa muito comum de reinternamentos (Stuart; Laraia, 2001).

Desta forma a transmissão de informação acerca dos medicamentos (efeito, dose, efeitos secundários), podem marcar a diferença entre uma boa e uma má adesão ao regime terapêutico, sendo que deve recorrer-se ao uso de técnicas interativas, promovendo a participação ativa da pessoa durante a sessão de Psicoeducação ao invés de uma simples palestra e exposição de informação (Keltner, Schwecke; Bostrom, 2007).

Ao longo do ensino clínico realizado no internamento de psiquiatria do HDS foi ainda realizada uma sessão de Psicoeducação que consistiu numa automassagem com o

objetivo de capacitar o doente de realizar uma massagem a si mesmo, e agir em benefício próprio. Assim, pretendeu-se divulgar uma técnica com o intuito do doente durante o internamento e após o mesmo ter a possibilidade de reduzir os níveis de stresse e ansiedade, promovendo desta forma o relaxamento.

Os benefícios da massagem estão diretamente relacionados com a melhoria do estado de espírito. O corpo humano é constituído por diferentes sistemas, podemos destacar o muscular, o nervoso, o esquelético, o linfático, o cardiovascular e o digestivo. Após uma massagem os músculos ficam mais relaxados, os sentidos apurados, o sistema esquelético realinhado, o sistema linfático purificado, a circulação melhorada e o sistema digestivo a funcionar melhor, disfunções como a obstipação podem ser aliviadas através da massagem. Os níveis de ansiedade também diminuem e dorme-se melhor. Assim, uma pessoa descansada sofre menos de exaustão e de fadiga e lida melhor com o stresse, a capacidade de concentração aumenta e as dores de cabeça de tensão desaparecem (Costa, 2004).

Para além desta intervenção e como já foi referido anteriormente ao nível UCC de Ourém foram realizadas seis intervenções de Psicoeducação, duas das quais destinada a crianças de dois jardins-de-infância do concelho de Ourém, no sentido de promover a segurança infantil e ensinar procedimentos a adotar por parte das crianças para reduzir o risco de acidentes.

Foi ainda realizada uma intervenção que consistiu num *peddy-paper* aos alunos do 5º e 6º ano com o objetivo de abordar e desmistificar alguns dos mitos ligados aos temas do álcool, drogas, *bullying*, sexualidade e tomada de decisões na adolescência.

Ainda no estágio realizado na UCC foi realizada uma sessão de Psicoeducação com o tema Comunicação e Análise Transacional destinada aos alunos da Universidade sénior. Foi abordado o conceito de comunicação e a sua importância na nossa sociedade, bem como outros temas relacionados, como a escuta ativa, as diferentes formas de comunicar e a comunicação não-verbal, entre outros.

De referir que na Universidade Sénior de Ourém (USO) são lecionados diversos cursos sobre diferentes temas, sendo destinado a alunos com mais de 50 anos, com o objetivo de defender e promover os valores culturais, sociais e humanos dos Ourienses, contribuindo assim para a estimulação cognitiva, física e social destas pessoas.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos foram também realizadas sessões de terapia individual, três das quais orientadas para a pessoa com esquizofrenia. Segundo Townsend (2011) este tipo de abordagem é particularmente importante para diminuir a ansiedade e aumentar a confiança. Assim, a psicoterapia individual, bem como a maioria das psicoterapias, foca-se na componente comunicacional, sendo esta a forma de se chegar ao outro de forma mais efetiva. É também através desta componente que a pessoa doente consegue reconhecer as suas fragilidades, e encontrar estratégias para as ultrapassar. A psicoterapia constitui assim um conjunto de intervenções estruturadas para promover ou reforçar um funcionamento cognitivo mais desejável.

Desta forma, após a realização das entrevistas em enfermagem e respetivo exame mental são elaborados os diagnósticos de enfermagem. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental procura ajudar a pessoa a consciencializar-se a si própria, reconhecendo a diferença entre a realidade e o que é a atividade delirante, e deste modo estabelecer confiança com a pessoa doente. Ainda segundo o mesmo autor a psicoterapia exige paciência e dedicação por parte do prestador de cuidados, assim como a capacidade de aceitar que muitas alterações podem não ocorrer; contudo o trabalho conjunto desenvolvido com a pessoa doente é um caminho a percorrer, para que a pessoa construa o seu próprio caminho da forma mais autónoma possível, e com o mínimo de sofrimento.

Como refere Afonso (2002), as pessoas doentes com esquizofrenia apresentam uma série de défices cognitivos, afetando essencialmente a memória, a capacidade de concentração, entre outros, acrescentando ainda que embora as alterações cognitivas não façam parte dos critérios de diagnóstico, estas encontram-se habitualmente presentes durante o curso da doença. Vários estudos mostram que essas alterações cognitivas têm impacto no quotidiano desses pacientes.

Os défices cognitivos interferem ainda com a perceção da realidade. Essa monitorização da realidade é a capacidade de distinguir a fonte de experiências internas da realidade exterior (Nunes; Pais, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, pequenas melhorias, ou mesmo a estabilização das funções cognitivas podem ser consideradas ganhos de saúde significativos. Como tal, é importante que a Estimulação Cognitiva seja incluída nos programas de cuidados a este

tipo de doentes, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência; além de contribuir ainda para melhorar o desempenho da memória, e melhorar o humor da pessoa com esquizofrenia.

Deste modo, na UCC de Ourém foram realizadas três sessões de psicoterapia individual para estimulação de memória, ao doente do estudo de caso, uma vez que as mesmas estimulam a memorização e posterior relembrar desses aspetos. Segundo Nunes e Pais (2007), os exercícios de estimulação de memória devem ir aumentando o seu grau de dificuldade e complexidade à medida que o doente vai superando os exercícios anteriores, aspeto que foi tido em conta nas sessões realizadas.

Ainda durante o internamento de psiquiatria do HDS foi realizada uma sessão de Terapia Cognitiva da depressão a uma doente que se encontrava internada neste serviço.

Segundo Caballo (2003:34), a depressão constitui um problema humano bastante frequente em diferentes culturas, tendo por isso sido denominada por “o resfriado comum dos transtornos emocionais”. A resposta depressiva pode constituir uma reação perante um estímulo stressante externo (p. ex., uma perda) ou ser mais característica do padrão de respostas de uma pessoa frente ao mundo. Poderia acontecer como episódio único ou ser parte de uma série recorrente de episódios, ocorrendo com diferentes níveis de gravidade. Entretanto quando surge, pode contribuir para problemas que vão desde a disforia ou o mal-estar, que deterioram o funcionamento de um indivíduo, até desejos e ações que têm como objetivo final a morte causada pelo próprio indivíduo.

Ainda segundo o mesmo autor, a terapia cognitiva de Beck foi desenvolvida especificamente em resposta à necessidade de tratamento da depressão; desta forma, a eficácia da terapia cognitiva tem sido muito estudada nas suas aplicações à depressão.

O enfoque cognitivo da conceitualização e tratamento da depressão começa com a observação e avaliação dos pensamentos automáticos (produtos cognitivos); avaliação dos erros cognitivos (processos cognitivos) e avaliação das atitudes disfuncionais (estruturas cognitivas), que parecem mediar e moderar todos os casos de depressão.

Assim, segundo Beck e Clark (1988), citados por Gonçalves (1994), na caracterização diferencial da disfunção psicopatológica da depressão, as *estruturas cognitivas*

caracterizam-se por negatividade face a si próprio, ao mundo e ao futuro e perda no domínio pessoal. Os *processos cognitivos* caracterizam-se por seletividade no processamento de informação negativa auto-referente e minimização do material positivo; avaliação negativa penetrante, global e exclusiva absoluta e conclusiva; os acontecimentos negativos são orientados para o passado e vistos como pré-determinados; atenção autofocalizada e redução da responsividade aos estímulos externos.

Por último, os *produtos cognitivos* caracterizam-se pela existência de um pensamento envolvendo perda e fracasso. Os pensamentos automáticos tomam habitualmente a forma de autoverbalizações negativas.

Estes pensamentos automáticos advêm dos erros cognitivos, sendo estes últimos resultantes da ativação de determinados esquemas cognitivos, isto é, de organizações estruturais cognitivas mais profundas, estáveis e mesmo inconscientes.

Como afirmam Weishaar e Beck (1986), citados por Gonçalves (1994:132): “As cognições (pensamentos ou imagens) acerca de um acontecimento baseiam-se nas atitudes ou suposições (esquemas) derivados da experiência prévia e que são usados para classificar, interpretar, avaliar e atribuir significado a um determinado acontecimento”.

A Socioterapia é uma das possíveis intervenções a serem utilizadas pelo enfermeiro especialista em saúde mental. Permite o desenvolvimento de autoconhecimento, mudança de comportamentos e o ultrapassar de sentimentos e pensamentos indesejáveis (Keltner; Schwecke; Bostrom, 2007), sendo a intervenção que permite que as pessoas troquem feedback na interação entre os diferentes elementos do grupo (Stuart; Laraia, 2001).

As redes sociais reportam-se ao conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam o indivíduo a outros indivíduos. O grupo percebe o poder e a vantagem da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns, gera solidariedade, parceria e mudança. Neste sentido, enfatiza-se a rede natural de pertença do indivíduo, onde a capacidade autocrítica e autorreflexiva são desenvolvidas em interação (Sluzki, 1996; Dabas, 1993; Sudbrack, 2006, citados por Fleury, 2009).

No serviço de internamento de Psiquiatria do HDS, EPE foi realizada uma intervenção socioterapêutica, com oito utentes internados neste serviço que foram previamente selecionados, conforme possuíssem capacidade de interação em atividades de grupo. A atividade foi realizada no jardim interior do HDS, EPE.

A atividade intitulada: “Círculos Brilhantes” teve como objetivos conhecer os participantes na atividade, estabelecendo contacto e interação com os mesmos; proporcionar o desenvolvimento da inclusão e sensibilidade entre o grupo; desenvolver o espírito de cooperação, união e trabalho em equipa e sensibilizar e consciencializar para a importância da troca e da solidariedade.

As dificuldades sentidas prenderam-se mais com a escolha de uma atividade que desenvolvesse a sociabilização de participantes que se conhecem pouco tendo apenas contacto entre si em contexto de internamento. No início da sessão foi importante a apresentação dos participantes, sendo que a técnica de “Auto apresentação” tem como objetivo o conhecimento mútuo de todos os elementos. Neste jogo, o terapeuta deve ser o primeiro a apresentar-se convidando os participantes a fazer o mesmo (Manes, 2009). Desta forma foi pedido aos participantes que referissem o seu nome e há quantos dias estavam internados no serviço de psiquiatria.

De referir que foi evidente uma profunda alteração na forma de interação dos participantes no percurso de ida para o jardim e no percurso de regresso ao serviço de internamento. Assim, no final da atividade quando os participantes regressaram ao serviço apresentavam-se muito mais interativos que aquando a ida para o jardim.

Segundo Townsend (2011), um grupo pode ser definido como um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns. A associação a um grupo pode ocorrer por acaso (nasceu no grupo), por opção própria (filiação voluntária) ou por circunstância (o resultado de acontecimentos do ciclo de vida sobre os quais um indivíduo pode ou não ter controle).

De acordo com o mesmo autor a terapia de grupo é uma forma de tratamento psicossocial no qual os clientes se encontram com um terapeuta com o propósito de partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de *coping* interpessoais.

Os grupos psicoterapêuticos centram-se nos problemas emocionais dos utentes, ajudando-os a lidar com as situações da sua vida. Estes grupos dão oportunidade aos seus elementos de ponderarem e resolverem os seus problemas psicológicos, aproveitando a interação entre os elementos do grupo como fonte de mudança de comportamentos. O grupo age assim como um sistema de apoio para o utente, promovendo a discussão e os comportamentos adequados (Stuart; Laraia, 2001). A sua existência é ainda útil para o desenvolvimento de habilidades sociais (Yalom, 2008).

Relativamente à intervenção psicossocial, a mesma consistiu numa Reunião Comunitária realizada durante a prática especializada na UCC de Ourém, em colaboração com a enfermeira orientadora do ensino clínico.

A Reunião Comunitária (Anexo VI) foi realizada com um grupo de puérperas a frequentar o projeto “Sarilho de fraldas”, grupo este previamente estabelecido, tendo esta sessão o objetivo de identificar casos de puérperas em risco de depressão pós-parto; dissipar dúvidas/medos comuns nesta nova etapa de vida; e tendo em conta que a sessão foi realizada em contexto grupal, demonstrar que grande parte das dúvidas/preocupações existentes nesta fase são comuns à maioria das mães. A sessão teve lugar no ginásio da UCC de Ourém, o que promoveu um ambiente calmo e seguro para as participantes.

Em forma de conclusão relativamente a este capítulo, considero que foram desenvolvidas de forma visível, as competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental tendo em conta a forma como foram descritas e analisadas as atividades desenvolvidas durante a prática especializada em enfermagem de saúde mental.

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro que regula as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria preconiza que devido ao avanço sistemático do conhecimento, o enfermeiro especialista na área domine as novas descobertas da investigação no seu exercício, por forma a desenvolver assim uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; contribuindo ainda em projetos de investigação que aumentem o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Neste contexto surge o presente relatório de estágio baseado no estudo de caso realizado no serviço de internamento de psiquiatria do HDS (Prática Clínica em Unidade de Cuidados Diferenciados), sob o tema “Intervenção Psicoeducativa no tratamento da doença bipolar”, tendo como base a realização de uma pesquisa bibliográfica para o seu enquadramento teórico e para a seleção de intervenções com evidência científica efetivas no restabelecimento da saúde mental de um pessoa com transtorno bipolar.

Segundo o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (Ministério da Saúde, 2008) a doença bipolar representa uma das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Ao longo do internamento foram realizadas diferentes intervenções de enfermagem, de acordo com os diagnósticos formulados, não esquecendo a avaliação dos resultados (Processo de Enfermagem), garantindo cuidados de enfermagem individualizados, de acordo com as necessidades de cada doente, e melhorar assim o nível de saúde do utente.

3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a American Psychiatric Association (2000), o transtorno bipolar pode ser definido como uma patologia episódica, crónica, incapacitante e de carácter variável, tendo consequências negativas no ponto de vista da interação no meio psicossocial, caracterizada por visíveis alterações do humor acompanhadas de modificações de punho fisiológico e comportamentais.

Feldman (2001:554), define Perturbação Bipolar como “a perturbação na qual a pessoa alterna entre sentimentos eufóricos de mania e ataques de depressão”. A mania representa um estado prolongado de euforia intensa e de exaltação. As pessoas que experienciam a mania sentem felicidade intensa, poder, invulnerabilidade e energia.

Segundo Lara (2009) o transtorno bipolar, antigamente designado por psicose maníaco-depressivo, sendo caracterizado pelas oscilações da fase maníaca e depressiva e vice-versa, deixou de ser classificado como uma perturbação psicótica, passando a ser considerado uma perturbação afetiva.

O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica relativamente frequente, com prevalência na população entre 1% e 2%. Os sintomas podem aparecer em qualquer idade, sendo mais frequente o aparecimento entre o início da segunda e o meio da terceira década de vida.

Santin et al. (2005) afirmam que o transtorno bipolar representa um sério problema de saúde pública, estando associadas ao mesmo, altas taxas de mortalidade por suicídio com prevalência de 1,5% em associação ao alto risco de mortalidade dos pacientes que tentam o suicídio com 25% em alguma fase da vida.

Segundo Figueiredo et al. (2009) e Baratto et al. (2008) atualmente, para o tratamento do transtorno bipolar é usada terapia farmacológica, sendo utilizados agentes farmacológicos como o uso do lítio, bem como o uso de terapias com antipsicóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

No entanto, e segundo Baratto et al. (2008), as recaídas por não adesão ao regime terapêutico são bastante frequentes, com taxas a rondar os 47% nalgumas fases do tratamento. Assim, na presença deste problema, o domínio psicossocial é uma nova forma de intervenção ao transtorno bipolar, com a combinação da terapia farmacológica.

É nesta perspectiva que a Psicoeducação se insere, possibilitando que o utente tenha os conhecimentos para compreender a sua doença (transtorno bipolar) e sobre as consequências da má adesão ao regime terapêutico.

Colom et. al (2004) definem Psicoeducação como uma intervenção que se caracteriza por informar e esclarecer o paciente sobre o seu diagnóstico, incluindo a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outros.

Callaham e Bauer (1999) referem que a psicoeducação pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações entre o terapeuta e o utente, e vice-versa.

Assim no âmbito do transtorno bipolar Figueiredo et al. (2009) referem que a psicoeducação pode ser vista como uma modalidade de intervenção que tem como principal meta a adesão ao tratamento psicofarmacológico. Esta intervenção possibilita ainda melhorar a compreensão do utente sobre a doença, reduzir o número de episódios maníacos, reduzir o número de recaídas e consequentemente de internamentos hospitalares, aumentar o relacionamento social do utente e resolver possíveis situações de crise e sentimentos de culpa. Para a realização da Psicoeducação deve ser utilizada uma metodologia baseada numa abordagem teórico-prática, por meio de diferentes recursos, tais como: audiovisuais, filmes, livros que sejam de fácil compreensão para a população leiga, esclarecimento por parte de palestras, entre outros. Pretende-se assim, que esta diversidade de recursos possa ajudar o paciente a conhecer melhor a sua doença e a lidar melhor com a mesma.

O papel da psicoeducação é praticamente educativo desde o início até ao final do tratamento, com sessões de esclarecimento (individuais ou em grupo) centradas na dúvida do indivíduo ou grupo, sendo que a função do profissional de saúde é educar e familiarizar o paciente relativamente aos problemas, implicações e consequências da patologia (Colom et. al, 2004).

Para Justo e Calil (2004) a psicoeducação vai além do esclarecimento de dúvidas, tendo também como objetivo implicar o utente no tratamento, tornando-o elemento ativo na sua reabilitação, aumentando assim a eficácia e os resultados do tratamento.

3.2 ASPETOS METODOLÓGICOS

O presente estudo de caso surge em contexto de ensino clínico em Unidade de Cuidados Diferenciados. Procurou-se descrever as intervenções realizadas, expondo todos os

aspectos relacionados com as mesmas, a forma como decorreu e finalmente os resultados obtidos.

Importa referir que no decurso da fase metodológica pretende-se determinar os métodos utilizados para obter resposta à questão de investigação. É definida a população e escolhidos os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados (Fortin, 2003).

3.2.1 Tipo de Estudo

Segundo Fortin (2003) o estudo de caso enquadra-se nos estudos descritivos. Por norma este tipo de estudo limita-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa. Tem como principal objetivo discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.

Ao elaborar-se um estudo de caso, é possível extrair a complexidade do mesmo, explorando-o detalhadamente, sendo possível uma análise ao mesmo de uma forma holística. Neste caso o principal interesse é o estudo de caso em si ao invés das técnicas metodológicas utilizadas (Johansson, 2003). Também neste caso, e para que o mesmo tenha validade científica não pode ser descurada uma pesquisa teórica forte, rigorosa e completa, que considere diversos autores e teorias, pois é a análise do caso através destas diferentes abordagens que oferece a maior riqueza deste tipo de metodologia (Johansson, 2003). Ao elaborar o presente estudo de caso foi possível assim a integração da investigação em Enfermagem nos cuidados prestados, analisando a prática real de forma crítica, possibilitando assim a melhoria gradual dos cuidados de enfermagem prestados, tal como a evolução profissional da Enfermagem. Para além disto, permitiram a reflexão acerca dos cuidados prestados e da postura como enfermeiro especialista possibilitando algumas correções e adequações a situações idênticas no futuro.

Segundo Yin (2010) o estudo de caso consiste numa abordagem metodológica de investigação especialmente utilizada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores.

Assim, segundo o mesmo autor os estudos de caso enquadram-se numa abordagem qualitativa, constituindo uma estratégia de pesquisa utilizada nas Ciências Sociais, com bastante regularidade. Por norma, é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê?”, quando o controlo dos acontecimentos reais por parte do investigador é escasso ou mesmo inexistente, e quando o campo de investigação se concentra num fenómeno natural dentro de um contexto da vida real.

Por outro lado Bell (1989) define o estudo de caso como um conjunto de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre factores e eventos. Fidel (1992) refere que o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa por parte do investigador.

Ponte (2006: 2) define ainda estudo de caso como:

“Uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”

O grande objetivo dos estudos de caso é, segundo Fidel (1992), compreender o evento em estudo e simultaneamente desenvolver teorias mais genéricas a respeito do fenómeno observado. Para Yin (2010) e como foi anteriormente referido o objetivo do estudo de caso é explorar, descrever ou explicar e segundo Guba e Lincoln (1994) o objetivo consiste em relatar os factos como aconteceram, descrever situações ou factos, proporcionar conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso.

Gomez, Flores e Jimenez (1996) referem ainda que o objetivo geral de um estudo de caso é explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar.

No que diz respeito às críticas e limitações dos estudos de caso, e segundo Yin (2010), o mesmo enquanto plano de investigação, apresenta falta de rigor, salvaguardando no entanto que existem formas de evidenciar a validade e confiabilidade do estudo. Outra crítica baseia-se no facto do investigador poder “contaminar” o estudo através de falsas evidências ou visões distorcidas da realidade que se observa. Para além disso vários

autores alertam para o facto do estudo de caso fornecer uma base muito limitada de generalizações, não sendo extensível a toda a população as conclusões obtidas, pelo que são pouco adequados para formular explicações ou descrições de tipo geral.

Yin (2010) refere ainda que planos de investigação como o Estudo de Caso são muito extensos e demoram muito tempo a serem concluídos.

Por último, Hamel et al. (1993) realçam os problemas de escrita quando se recorre ao Estudo de Caso. Desta forma, ao usar materiais de diferentes origens e dada a análise em profundidade que o processo implica, o estudo de caso apresenta claramente problemas na literatura e de uma forma mais geral na linguagem.

Quanto à principal vantagem do estudo de caso podemos considerar a sua relativa simplicidade e os baixos custos para se obter o estudo, já que podem ser realizados por um único investigador ou por um grupo pequeno, e além disso não requer o uso de técnicas maciças de recolha de dados, como as constantes nos métodos de investigação.

Assim, a utilidade do estudo de caso é maior quando se trata de realizar investigações exploratórias. São muito flexíveis e adequados para as fases iniciais de uma investigação de temas complexos, para formular hipóteses de trabalho ou reconhecer quais as principais variáveis de uma situação.

No que concerne ao processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação. A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação (Brunheira, s/d).

3.2.2 Questão de Investigação

Neste estudo de investigação foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Qual o impacto da intervenção psicoeducativa na adesão ao regime terapêutico de um utente com diagnóstico de transtorno bipolar?

3.2.3 População e amostra

A população alvo do estudo compreende todos os utentes internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria do HDS.

Desta forma, a amostra foi não probabilística/intencional, sendo constituída por apenas um elemento, e que possuía os seguintes critérios de inclusão: ser adulto, estar internado no serviço de psiquiatria, apresentar diagnóstico de doença bipolar e má adesão ao regime terapêutico, e ter condição cognitiva para participar nas intervenções.

3.2.4. Instrumentos

Neste estudo de investigação foi utilizada uma grelha de exame mental de forma a registar e a estruturar os dados obtidos durante o exame mental. A grelha de exame mental tinha sido previamente elaborada no primeiro semestre da especialidade, no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica II (Anexo VII), e permite uma avaliação do funcionamento mental do paciente, no momento do exame.

A grelha de exame mental foi construída de forma a ser aplicada por qualquer enfermeiro generalista sendo complementada por um glossário dos termos utilizados que auxilia todos os enfermeiros a utilizar corretamente esta grelha, permitindo posteriormente a construção de um plano de cuidados de enfermagem mais adequado às verdadeiras necessidades das pessoas.

Foram ainda realizadas, ao longo do internamento, entrevistas semi-estruturadas, que permitiram aferir os conhecimentos e a perceção que o utente tinha em relação à sua doença e à importância da adesão à terapêutica.

Segundo Yin, (2010) a entrevista constitui uma das fontes mais importantes para o estudo de caso, representando a interação entre enfermeiro-utente e que dá a possibilidade ao enfermeiro de recolher qualquer informação relevante do individuo (Neeb, 1997). A entrevista ao utente é segundo Anderson (1990), citado por Neeb (1997), o método principal de colheita de dados, sendo o que se utiliza com mais frequência na área dos cuidados de saúde. É importante que a colheita de dados se dirija

à pessoa como um todo. Estes dados recolhidos, através da interação enfermeiro-utente, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico.

Desta forma, segundo Loureiro e Zuardi (1996), através da entrevista psiquiátrica são recolhidos os dados necessários para obtenção da História Clínica Psiquiátrica e do Exame do Estado Mental. Contudo é importante ter em conta que existem diferentes variáveis que podem influenciar este processo como sendo as características do entrevistador, como as suas crenças, valores, sensibilidade, estado emocional no momento da entrevista; as características do entrevistado como por exemplo a sua motivação em relação ao exame, bem como a interação entre eles e o ambiente onde o exame está a ser realizado.

Ainda segundo o mesmo autor, a avaliação psiquiátrica começa antes mesmo do início da entrevista, com a observação da expressão facial do utente, a forma como está vestido e maneira de se apresentar, movimentos, etc. Inclui a observação do seu comportamento e a sua descrição de uma forma objetiva e sem críticas (Stuart; Laraia, 2001).

Na entrevista, segundo Loureiro e Zuardi (1996), o entrevistador deve procurar cativar a atenção do utente estabelecendo um contacto privilegiado com o mesmo, e de forma a permitir que este se sinta à vontade e exponha as suas dificuldades. Esta colaboração é essencial para a obtenção dos dados. O início da entrevista deve ser pouco diretiva, dando alguma liberdade de expressão ao utente, sendo que após esta técnica de *rapport* o profissional de saúde deve adotar um papel mais ativo, guiando a entrevista, e garantindo a resposta a todos os aspetos da anamnese. É importante salientar que o entrevistador deve adaptar a sua entrevista ao utente e não forçar o utente a adaptar-se à entrevista. No decorrer da entrevista, para além do que é dito pelo utente, o profissional de saúde deve estar atento à forma como este se expressa e ao que faz enquanto fala. Na parte final da entrevista o profissional de saúde pode fazer perguntas mais diretas para esclarecer os pontos em falta e desta forma completar a história psiquiátrica ou o exame do estado mental. Quando necessário, devem ser realizadas entrevistas adicionais e consultadas outras fontes de informação, tais como, familiares ou pessoas amigas, sempre com o prévio conhecimento e autorização do utente (Loureiro e Zuardi, 1996).

Ainda no âmbito do presente estudo de caso foi realizado um Genograma e um Ecomapa, instrumentos que auxiliam a compreensão de processos familiares e os processos de interação existentes entre os vários elementos que constituem a família.

Para Nascimento et al., (2005:280)

“O genograma consiste na representação gráfica de informações sobre a família, e à medida que vai sendo construído, evidência a dinâmica familiar e as relações entre os seus membros. É um instrumento padronizado, no qual, símbolos e códigos podem ser interpretados como uma linguagem comum aos interessados em visualizar e acompanhar a história familiar e os relacionamentos entre os membros”.

Ainda segundo o mesmo autor existem algumas semelhanças entre genograma e a árvore geneológica; contudo o genograma acaba por ser mais complexo, uma vez que vai além da representação visual da origem dos indivíduos. Esta ferramenta de levantamento de dados possibilita colher informações qualitativas sobre as dimensões da dinâmica familiar, como processos de comunicação, relações estabelecidas e o próprio equilíbrio/desequilíbrio familiar. A construção do genograma deve ser iniciada no primeiro contacto com os membros da família. As informações vão sendo colhidas conforme o significado que elas têm para cada um. A família ao ser envolvida na construção e representação do seu próprio genograma promove a promoção da saúde familiar, ensino, consciencialização dos membros familiares do conjunto que representam e das possibilidades de medidas que favoreçam a saúde e o bem-estar dos mesmos. Promove o empoderamento da família, permitindo aos indivíduos falar sobre a sua própria história de saúde, utilizando um instrumento de carácter menos ameaçador que a conversa face a face.

Relativamente ao Ecomapa, Nascimento et al. (2005:280), definem-no como:

“diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente, um diagrama dos contactos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas”.

No presente estudo de caso, a construção simultânea do genograma e do ecomapa proporcionaram uma visão mais ampla das relações familiares e fortaleceu o vínculo e a confiança entre o profissional de saúde (entrevistador) e os familiares. Procurou-se neste

caso e, numa fase inicial estabelecer uma entrevista informal, mais descontraída, sem o carácter de perguntas e respostas. Desta forma, conhecendo a estrutura familiar, a sua composição, função, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, foi essencial para se compreender melhor a relação entre os membros.

3.2.5 Apresentação do Caso Clínico

O Sr. Francisco (nome fictício), sexo masculino, 43 anos de idade, solteiro, natural de Alcanhões, deu entrada no Serviço de Internamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém com o diagnóstico provisório de Doença Bipolar tipo I (episódio Maníaco), sendo proveniente do Serviço de Urgência do mesmo hospital.

Doente sem antecedentes psiquiátricos tendo desenvolvido nos últimos meses, com agravamento progressivo, quadro caracterizado por delírios de grandeza, agitação psicomotora, elação do humor, taquipsiquia, insónia total e heteroagressividade dirigida aos familiares. Na sequência das alterações do comportamento ter-se-á envolvido com situações de prodigalidade com dinheiro que não possui, situação que está a criar conflito com os familiares próximos.

Inicialmente o Sr. Francisco foi internado voluntariamente, contudo devido à sua falta de *insight* para a situação, a não adesão ao regime terapêutico, e a recusa posterior na continuação do internamento, mantendo alguns períodos de agressividade, foi necessário recorrer ao internamento compulsivo por haver riscos para si e para terceiros.

Na entrevista que realizei com o doente, o Sr. Francisco refere que neste momento se encontra desempregado, tendo trabalhado até Julho de 2012 como carpinteiro, profissão esta que deixou de exercer devido a problemas osteoarticulares que apresenta com alguma frequência. Apresenta artrose inflamatória do ombro direito, e claudicação na marcha que segundo o mesmo é reduzida quando toma glucosamina, sentindo alívio das dores.

O Sr. Francisco é solteiro, morando atualmente com os pais. Tem 2 irmãos (1 mais velho atualmente com 47 anos a trabalhar em Angola como torneiro mecânico e um irmão mais novo com 30 anos a viver em Portugal que monta Painéis de rede). Tem antecedentes de consumo de haxixe, que diz ser esporádico: “fumo esporadicamente

com os amigos, não sinto necessidade de consumir diariamente”; “A coca e a erva causam mais dependência.” - “Apenas experimentei coca uma vez quando tinha 26 anos – nunca mais tomei”. “Contudo tenho no quintal de um amigo à sociedade 10 árvores de *AMS* e uma de *critical*. – Aquilo dá dinheiro - 3000€/Kg”. Refere ainda consumir álcool frequentemente e fumar cerca de 2 maços de tabaco por dia.

No que diz respeito ao motivo do internamento referiu: “O meu irmão tem culpa no cartório” – (referia-se ao irmão mais velho); ainda que também reconheça que abusei um bocadinho. Gastei-lhe muito dinheiro, fazendo levantamentos com o cartão de crédito que ele me emprestou”. “No entanto o meu irmão já fez muita porcaria: já tentou matar o meu pai, estampou o carro, pondo-o na sucata...”

O Sr. Francisco falou ainda dos diversos projetos que tenciona fazer, no curto prazo como uma empresa de produção de eventos, explorar um bar no Bairro Alto e no Centro de Santarém recuperar o Central (café com grande tradição na cidade): - “É uma casa que merece respeito e deve ser recuperada”, “eu estar aqui só estou a perder tempo, tenho que estar ativo”.

Da entrevista com o Sr. Francisco foi possível apurar segundo o doente que fez um contrato por 4000€ para alugar um palco gigante durante o mês de Abril para criar um festival no dia 6 de Abril com os The Gift e com o João Pedro Pais no dia 30 de Abril, sendo que para contratar cada um deles necessitava de 18.000€. O espetáculo seria realizado no CNEMA (espaço com capacidade para 10.000 pessoas, onde se realiza a feira da agricultura em Santarém), considerando um ótimo espaço para este tipo de eventos, sendo de lamentar o facto de este espaço estar a ser desaproveitado, tendo em conta a manutenção que necessita. Para além dos artistas acima referenciados pensa ainda convidar para mais dois dias os artistas *Macaco* (banda espanhola), *Buena Vista Social Club* (banda cubana), e a fechar, o *Pedro Aburinhosa*. Tenho ainda pensado mais dois dias no CNEMA com *Cuca Ruzeta*, *Virgem Suta* e os *Vaya con Dios* (Belgas).

“Vou também entrar em contacto com a agente da Paula Fernandes... Adoro esta artista brasileira, tem músicas lindíssimas” – “ para um espetáculo no CNEMA, sendo que ao realizar o espetáculo neste espaço, para além de ser um ótimo lugar para o efeito, também é uma forma de divulgar aqui a região de Santarém”.

De referir que é visível alguma ansiedade verbalizada pelo próprio doente ao longo do internamento, por se manter internado e não estar a realizar os projetos que tinha planeado.

Os dados recolhidos foram obtidos através de uma entrevista formal realizada com o utente, após o seu consentimento. O utente demonstrou-se desde logo receptivo na realização da mesma.

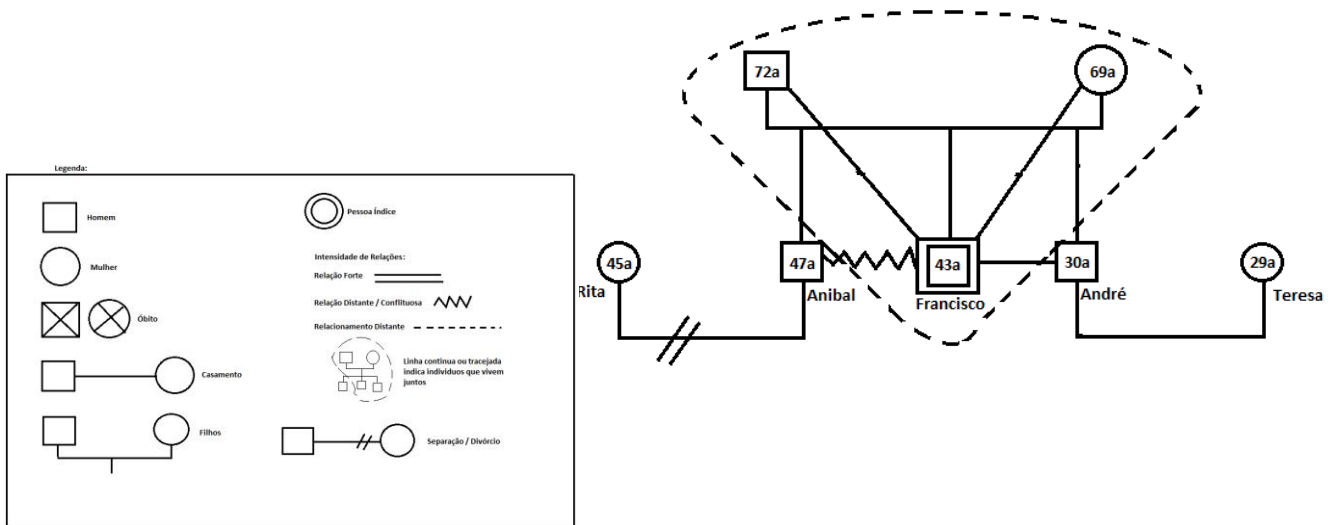


Figura 1 – Representação Gráfica do Genograma

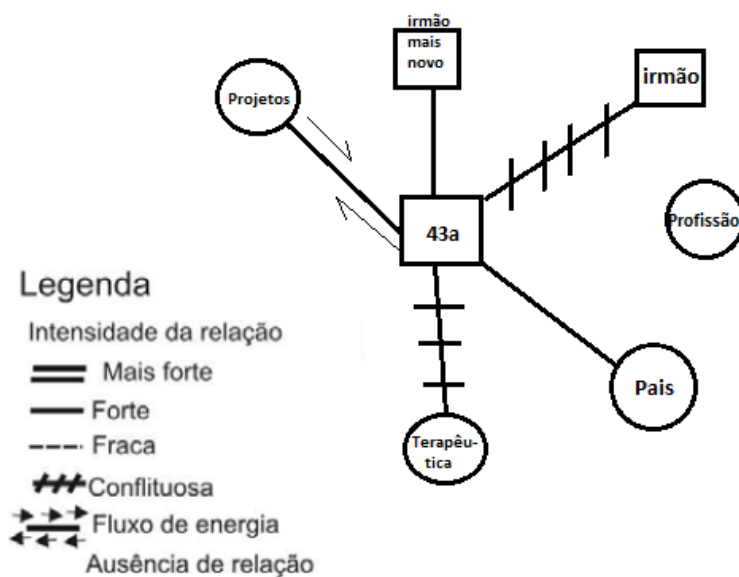


Figura 2 – Representação Gráfica do Ecomapa

Os instrumentos de colheita de dados anteriormente referidos e que permitiram realizar a história clínica psiquiátrica do utente foram obtidos ao longo do internamento do utente, tendo para isso sido feita uma abordagem emocionalmente refletida e cientificamente adequada ao contexto social e familiar. Ao longo da interação que foi estabelecida com o utente houve a preocupação de serem sempre respeitadas as suas crenças e valores pessoais. Esta interação foi realizada usando as técnicas conhecidas das relações interpessoais e demonstrando ao utente disponibilidade durante a relação terapêutica e consideração pelos problemas do utente. Esta disponibilidade era já em 1952 valorizada por Peplau citada por Almeida et al. (2005:207) quando dizia que: “em sua opinião toda a enfermeira deveria, sempre que possível, buscar uma cadeira, sentar com os pacientes e dizer: - fale-me de você-”. Por norma e durante a prática clínica, muitas vezes os profissionais de saúde estabelecem um contacto superficial com os utentes, deixando passar os acontecimentos interpessoais importantes como despercebidos.

3.2.6. Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem é descrito na literatura como um método para sistematizar os cuidados de enfermagem (Guimarães et al., 2006).

O conceito é relativamente recente, tendo sido utilizado pela primeira vez por Lídia Hall em 1955, nos Estados Unidos. Segundo Kozier et al. (1991) até o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, a prática de enfermagem era baseada nas instruções e condutas médicas, focadas na doença, e por isso não centradas no modelo holístico. As práticas de enfermagem realizadas independentemente dos diagnósticos médicos eram orientadas pela intuição e pelo senso comum, sem qualquer fundamentação no método científico.

Atualmente, o Processo de Enfermagem também conhecido por processo de cuidar, compreende cinco etapas interrelacionadas (investigação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação) de forma sistemática e dinâmica para promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado a resultados (Kozier et al, 1991).

O Processo de Enfermagem é vantajoso tanto para o paciente como para o profissional, pois permite a individualização do cuidado.

Ao longo do ensino clínico e por forma a poder fundamentar a prática clínica foi utilizado o modelo teórico de Peplau.

Na conceção de Peplau, a enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa que está a necessitar de cuidados de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Almeida et. al, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, Peplau introduziu o conceito de “enfermeira psicóloga”, ou seja, que seja capaz de provocar pequenas mudanças psicológicas nos clientes em alguns minutos de interação enfermeira-cliente. Não sugere uma mudança de personalidade instantânea mas sim a utilização das oportunidades disponíveis por meio de aplicação da teoria e técnicas conhecidas das relações interpessoais.

A autora usou o termo “enfermagem psicodinâmica” para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e paciente; considerando que a postura da enfermeira interfere diretamente no que o cliente vai aprender durante o processo de cuidado e que o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais do quotidiano (Almeida et. al, 2005).

3.2.7. Diagnósticos de Enfermagem

Como já foi referido, cada vez mais é importante a enfermagem adquirir uma identidade e autonomia própria, que permita aos profissionais de saúde tomarem decisões autónomas. A identificação dos focos de atenção, a formulação dos diagnósticos de enfermagem e consequentes intervenções autónomas, são uma das ferramentas mais importantes para a enfermagem enquanto profissão (Carvalho, 2012).

Ainda segundo o mesmo autor, as atividades de diagnóstico podem ser definidas como as ações realizadas pelos enfermeiros com o intuito de obter os dados necessários que lhe permitam perceber se existe ou há a possibilidade de vir a ocorrer um determinado

problema, ou seja, que possa ser traduzido num diagnóstico de enfermagem (real ou potencial).

Para Kozier et al. (1991), nesta segunda fase – **diagnóstico** - os dados recolhidos durante a fase de investigação/colheita de dados são analisados e identificados os problemas de saúde existentes, os problemas potenciais encontrados na presença dos fatores de risco e os pontos fortes. O processo para estabelecimento dos diagnósticos é o julgamento clínico.

Segundo a CIPE[®] o diagnóstico pode ser definido como: “atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem” e à intervenção “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (ICN, 2011: 16).

Foco: “Área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo, dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento).” (ICN, 2011: 35).

Associados à atividade diagnóstica, obtém-se um conjunto de dados que é necessário organizar, sistematizar e atribuir significado, ou seja, emitir um juízo, (Carvalho, 2012).

Juízo: “Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo, nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal)” (ICN, 2011: 81).

Neste sentido, foram levantados 6 focos de enfermagem, segundo a CIPE versão 2, contudo por forma a responder à questão de investigação do presente relatório de estágio apenas será alvo de estudo o diagnóstico referente à adesão ao regime terapêutico, sendo que os restantes diagnósticos podem ser consultados no anexo VIII.

Diagnóstico: Adesão ao Regime medicamentoso comprometido

Foco: Adesão: “Acção auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de

peessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente.” (ICN, 2011: 67).

3.2.8. Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem dizem respeito às ações realizadas por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem anteriormente formulado e que tem potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia numa situação de saúde/doença, quer seja pela via da diminuição dos sinais/sintomas, quer através da capacitação da pessoa para lidar com a situação (Carvalho, 2012).

Durante a prática clínica em enfermagem, surgem fundamentalmente dois tipos de intervenções a realizar: as autónomas e as interdependentes. As autónomas são da responsabilidade do enfermeiro, devendo ser prescritas com base numa abordagem holística do indivíduo ou grupo e com o intuito de detetar precocemente problemas, sejam estes reais ou potenciais, resolver ou minimizar problemas identificados e evitar riscos acrescidos, pretendendo que os cuidados de enfermagem possibilitem às pessoas a obtenção de experiências promotoras de saúde (Sequeira, 2006).

As intervenções interdependentes são as ações realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de um plano de ação previamente definido pelas equipas.

No decorrer do ensino clínico foram realizados os dois tipos de intervenção, com especial destaque para as intervenções autónomas. Apesar das intervenções interdependentes não exigirem tanta iniciativa ou criatividade, por parte do enfermeiro, uma vez que representam o cumprimento de ordens / prescrições, de quem está no comando da situação; as intervenções autónomas permitem ao enfermeiro ser realmente criativo e ter iniciativa para ajudar o utente a desenvolver as suas potencialidades enquanto ser humano.

Assim o enfermeiro perante a ansiedade do utente, promove e oferece uma escuta ativa, tentando compreender os motivos e as causas associados a essa ansiedade, encorajando o utente a verbalizar os seus sentimentos, perceções e medos. Posteriormente estimula e

ensina a Técnica de relaxamento, ou, por exemplo quando perante a dor e sofrimento do utente o enfermeiro aplica o toque terapêutico, para ajudar a equilibrar e estabilizar energeticamente o paciente e quando o ensina a canalizar as suas energias de forma a manter ou restabelecer o equilíbrio está a desenvolver por excelência o papel próprio de enfermeiro.

No utente identificado do estudo de caso, começou-se por fazer uma primeira entrevista psiquiátrica, com o objetivo de recolher os dados necessários para a construção da História clínica psiquiátrica e do exame do estado mental, sendo que este último culminou com o preenchimento da grelha de exame mental (Anexo III).

Durante esta primeira abordagem foi possível conhecer um pouco melhor o utente e estabelecer um contacto privilegiado, dando oportunidade para que expressasse os seus sentimentos, preocupações e ansiedade, por estar internado. Só assim, ganhando um pouco mais da sua confiança e demonstrando preocupação com os seus “problemas” é possível cativar a sua atenção para as intervenções que se pretendem realizar e estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

Perante o diagnóstico levantado (Adesão ao regime medicamentoso comprometido), foram desenvolvidas intervenções terapêuticas, nomeadamente sessões de Psicoeducação com o intuito de promover a adesão ao regime terapêutico.

Através da realização do exame do estado mental, anteriormente referido foi possível perceber que o utente tem capacidade cognitiva para a realização das sessões de Psicoeducação que se pretendem aplicar.

Segundo Haynes, McDonald, Garg e Montague (2003) citados por Machado (2009), a adesão ao regime terapêutico define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto.

A falta de adesão ao tratamento prescrito é citada com frequência como um comportamento das pessoas com doenças mentais sérias (Stuart; Laraia, 2001). Aliás, o fracasso na adesão ao tratamento prescrito é uma causa muito comum de reinternamentos (Stuart; Laraia, 2001). Como o tratamento terapêutico das doenças mentais é, geralmente a longo termo, visto estas serem doenças crónicas, a adaptação

das pessoas a este tratamento é bem mais difícil de conseguir do que em situações de tratamento de curto prazo (OMS, 2001). No entanto, Stuart e Laraia (2001) referem que as pessoas podem até desejar cumprir o regime terapêutico, no entanto, quer por falta de meios para o acompanhamento em consultas, quer por receio dos efeitos indesejáveis, quer por terem pouca confiança para referir ao médico os seus desconfortos, acabam por deixar o tratamento, terminando quase sempre num reinternamento, traduzindo-se habitualmente numa espiral em que existe pouco controlo.

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).

Na primeira sessão realizada, que teve lugar na sala de reuniões do serviço, por ser um local sossegado, e sem grandes interrupções por parte de outros utentes internados ou restante equipa de profissionais do serviço, promoveu-se uma sessão de Psicoeducação dando a conhecer a doença bipolar, melhorando a compreensão e o entendimento do utente sobre a sua doença. Foi realizada uma descrição clínica da doença bipolar, epidemiologia e etiologia e a sua evolução, sendo também abordados os sintomas e sinais de crise, que podem ajudar na identificação precoce dos surtos maníaco-depressivos.

Na segunda sessão foi realizada uma pequena revisão do que tinha sido abordado na primeira sessão e falou-se da importância da adesão ao regime terapêutico, explicando a razão pela qual o utente deveria cumprir a prescrição médica, tal como lhe tinha sido receitado. Foi ainda transmitida a ideia da necessidade de tomar a medicação mesmo que se sentisse bem, sendo que em contexto de domicílio, deveria manter o esquema terapêutico instituído, sendo ainda explicado que muitos dos utentes que são reinternados no serviço de psiquiatria se deve ao facto de se sentirem melhores e por isso deixarem de tomar a medicação. A presente sessão contou também com uma breve explicação sobre a função de cada medicamento, indicação terapêutica, bem como possíveis efeitos secundários.

Foi ainda realizada uma sessão com os familiares do utente (os seus pais), no sentido de estes compreenderem a doença, e participarem ativamente no tratamento, assim como reconhecerem os sinais sugestivos de uma possível recaída. Foi também abordada a

questão da manutenção da terapêutica, mesmo que o utente, se encontrasse estável e referisse sentir-se bem, ou, por oposição quando é visível alguma perda de energia e produtividade em situações/estados hipomaníacos.

Na terceira sessão realizada com o doente procurou-se identificar as dúvidas, receios e preocupações relativas à doença mental, como por exemplo, uma questão colocada pelo utente: “se teria que tomar esta medicação para o resto da vida”. Foi ainda abordado o estigma em relação à doença mental, e foi projetado um vídeo sobre a adesão ao regime terapêutico.

Na quarta sessão, mais breve que as anteriores, procurou-se dar a conhecer os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool. Foi ainda dado ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, com particular destaque para os hábitos de sono.

No final do internamento houve lugar ainda para a realização de uma intervenção em grupo destinada aos utentes internados no serviço que apresentavam má adesão ao regime terapêutico e que simultaneamente apresentassem capacidade cognitiva que lhes permitisse compreender o que era transmitido ao longo da sessão. Procurou-se deste modo treinar as competências de gestão do regime terapêutico de modo a controlar a doença e a evitar recaídas; fomentar a necessidade da terapêutica individual, de modo a promover a qualidade de vida; explicar a importância da toma da medicação conforme a prescrição médica; dar a conhecer as consequências da má adesão ao regime terapêutico e desmistificar alguns mitos referentes à medicação de psiquiatria. No final da sessão houve ainda espaço para a realização de um *brainstorming*, e discussão das ideias apreendidas ao longo da referida intervenção.

A realização de intervenções em grupo, “grupos de medicação”, nos quais é transmitida informação acerca dos medicamentos (efeito, dose, efeitos secundários), entre outros aspetos relacionados, potencia uma adequada adaptação ao regime terapêutico, e consequente redução dos reinternamentos e aumento do bem-estar (Keltner; Schwecke; Bostrom, 2007). Ainda segundo Colom et al. (2004), pesquisas anteriores demonstraram a eficácia da Psicoeducação em grupo na prevenção de episódios maníacos e consequentemente o aumento do tempo de uma nova recidiva para dois anos.

3.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A evolução observada no utente relativamente aos conhecimentos da sua doença, etiologia e evolução, sinais e sintomas associados foi notória. É de realçar a relação de empatia e confiança que foi estabelecida e construída em cada sessão realizada entre enfermeiro e utente, revelando-se bastante proveitosa para ambas as partes.

Também durante as sessões de Psicoeducação sobre a adesão ao regime terapêutico, o fato das mesmas terem sido desenvolvidas interactivamente entre paciente e profissional de saúde, sobretudo na sessão realizada em grupo facilitou o processo de apreensão de conhecimentos. As dúvidas ficaram dissipadas, sendo que nesta última sessão (sessão em grupo) o utente identificado no estudo de caso participou ativamente na mesma, demonstrando ter conhecimentos bastantes satisfatórios sobre a importância da adesão ao regime terapêutico, respondendo inclusive a duas perguntas colocadas por outros utentes internados no serviço de psiquiatria, durante a fase de *brainstorming* e esclarecimento de dúvidas decorrida no final da sessão de grupo.

Após a realização das intervenções de Psicoeducação foi possível verificar uma melhoria por parte do utente do estudo de caso relativamente ao *insight* sobre a doença, uma vez que no final das intervenções o utente aceitava melhor a sua doença e os cuidados relacionados com a mesma.

A eficiência da intervenção psicoeducativa foi também visível num episódio decorrido no serviço de internamento; no qual durante a administração da terapêutica à hora de almoço, em que um utente internado há menos tempo que se encontrava renitente na adesão à terapêutica, foi abordado pelo utente referenciado no estudo de caso, interagindo com este e explicando que deveria tomar a medicação, “para ficares melhor”, referindo ainda, “quando fores para tua casa deves continuar a tomar aquilo que o teu médico te diz, para não voltares a ser internado”.

Através deste episódio é possível verificar que a psicoeducação foi eficaz para o utente perceber a importância da adesão à terapêutica. Revelou ainda que esta problemática da não adesão ao regime terapêutico é bastante frequente nas pessoas com doença mental e que são internados no serviço de psiquiatria, sendo que uma vez mais foi comprovada a eficácia da Psicoeducação na alteração de atitudes, conhecimentos e comportamentos destes utentes.

3.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES DO ESTUDO

Após análise qualitativa dos resultados obtidos com este estudo de caso, pode-se concluir que existem diferenças consideráveis entre o início e o final das intervenções psicoeducativas realizadas.

Segundo Mueser e colaboradores (2002) a não adesão à medicação constitui uma das principais causas de reinternamento hospitalar, sendo que muitas das vezes esta não adesão se deve à falha de compreensão da profilaxia e da necessidade da toma da medicação mesmo quando o utente em contexto de domicílio se sente bem.

Adicionalmente, Basco e Rush (2005), citado por Figueiredo et al. (2009) referem que a grande maioria dos utentes a quem é diagnosticada a doença bipolar, por vezes não compreendem a sua doença, nem as forma como podem viver com a mesma no seu quotidiano. A ausência de informação sobre a doença muitas das vezes deve-se ao facto dos profissionais de saúde pensarem que o utente não tem capacidades cognitivas para entender a sua doença, por considerarem que o utente se encontra desinteressado em relação à sua doença, ou por acharem que a informação já foi dada anteriormente. O que é certo porém, é que se esta informação não for dada, também não será assimilada ou armazenada pelo utente.

Contudo, e para aumentar a eficácia da Psicoeducação realizada houve a preocupação da mesma não ter sido realizada logo nos primeiros dias de internamento em que o Sr. Francisco se encontrava em fase maníaca. Assim, segundo Colom et al. (2004), para garantirmos a eficácia da Psicoeducação, esta deve ser realizada numa fase em que o doente se encontra no estado Eutímio, uma vez que os pacientes maníacos apresentam maior distratibilidade, condicionando desta forma a absorção da informação que é transmitida.

A abordagem sobre o estigma em relação à doença mental, realizado na sessão em grupo constituiu também uma mais-valia. A intervenção em grupo permitiu aos utentes internados perceberem que tal como eles também outras pessoas partilham das mesmas dúvidas e sentimentos. Assim torna-se importante que estes utentes saibam lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença, que estes utentes não podem discutir facilmente com os restantes amigos fora do internamento.

É de realçar ainda os ensinamentos referentes à detecção dos sinais e sintomas que antecedem a fase maníaca, podendo nestes casos evitar um novo reinternamento. Assim segundo Colom et al. (2005), utentes que são submetidos a sessões de Psicoeducação aprendem a identificar facilmente sinais comuns de recaídas relacionadas com a fase maníaca, constituindo assim um primeiro passo para a detecção precoce. Também os familiares e amigos, têm aqui um papel preponderante, se tiverem os conhecimentos e o treino necessário para detetar os sinais e sintomas que antecedem uma nova crise. Juntamente com o utente podem ser identificados e definidos os sinais mais comuns e específicos do utente; estando os mesmos dependentes da sua personalidade e temperamento. O doente deve também saber identificar os sinais mais comuns antes da crise, como uma pequena alteração no seu comportamento (mudança na preferência de leitura, músicas ou roupa usada); sensações corporais repentinas, ou novos interesses. No caso do utente identificado no estudo de caso, podemos considerar os gastos excessivos e desmedidos, e a mudança do género de gosto musical (Colom et al, 2005).

Perante a evidência aqui demonstrada, é fundamental que a Psicoeducação passe a ser uma intervenção de uso diário com pacientes bipolares, dado os benefícios inquestionáveis que apresenta quer pela diminuição do número de recaídas e consequentemente do número de internamentos, quer por se tratar de uma técnica eficaz com um custo muito baixo.

A Psicoeducação revelou-se um potente instrumento não só para melhorar a compreensão do utente em relação à sua doença, mas também para o ajudar na gestão do seu desespero, medos, estigma e baixa autoestima por vezes associada, sendo que quando associada à questão da terapêutica, ela otimiza a sua eficácia.

Além disso, a Psicoeducação constitui um elemento fundamental para uma boa prática médica, garantindo um direito fundamental dos utentes que cuidamos: “o direito à informação sobre a sua doença” (Colom et al, 2004).

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho permitiu desenvolver uma reflexão crítica importante e essencial na concretização dos objetivos inicialmente definidos. A procura do saber é constante, portanto com o decorrer do tempo muitas outras dúvidas e questões podem ser colocadas, contudo, estas foram consideradas as mais relevantes e com maior necessidade de ver exploradas as suas respostas.

Por seu turno, a bibliografia procurou atender a aspetos referentes à atualidade, considerados cruciais para que posteriormente se pudesse justificar a necessidade de implementar determinadas intervenções na área da promoção/proteção da saúde mental e da prevenção da doença mental. Desta forma foram abordadas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria indo de encontro aos objetivos propostos pela Prática Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No terceiro capítulo foi realizado um estudo descritivo (estudo de caso), tendo sido utilizada a metodologia científica para responder à questão de investigação formulada, e comprovada a importância do uso da Psicoeducação em utentes com doença bipolar, com especial destaque para o seu contributo quando associada ao tratamento farmacológico. Desta forma foi possível demonstrar que embora a Psicoeducação não substituía o tratamento farmacológico, a mesma revela-se efetiva na otimização significativa dos efeitos dos tratamentos farmacológicos e dos seus resultados, além de constituir uma mais-valia na prevenção de recaídas, bem como para a saúde mental dos familiares.

É importante ainda referir que esta reflexão procurou realizar uma aproximação às necessidades e possibilidades de aplicação prática para a resolução de problemas relacionados com a saúde mental e com a atualidade vivida, permitindo ainda desenvolver uma análise profunda das vivências, experiências, facilidades, dificuldades, momentos de maior emoção e refletir nas qualidades e fragilidades enquanto pessoa e enfermeiro. Surge desta forma, como contributo na análise do desempenho, de capacidades, competências, assim como do crescimento a nível de conhecimentos como de potencialidades enquanto pessoa.

As questões abordadas evidenciam que saúde mental é transversal a qualquer área, e uma realidade a ser levada em consideração na sociedade atual para os indivíduos, famílias e comunidades ao longo de todo o ciclo vital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Admi, H., Moshe-Eilon, Y. (2010). Stress among charge nurses: Tool development and stress measurement. *Nursing economics*. 28 (3), 151-158
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a doença* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Agrupamento de Centros de Saúde Serra D’Aire (2010). *Plano de Ação da UCC do Entroncamento*. Entroncamento: Centro de Saúde do Entroncamento.
- Almeida, O., M., O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 17 de Fevereiro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Almeida, V., C., F.; Lopes, M., V., O.; Damasceno, M., M., C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. *Revista Escola Enfermagem USP*; 39(2), 202-10
- Alves, M.D.S; Barroso, M.G.T. e Cavalcante, M.B.P.T (2008). Adolescência, Álcool e Drogas; Uma Revisão na Perspetiva da Promoção da Saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12:555-9
- Amaral, A., C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4.ª edição). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aquino, D., R. (2004). *Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI*. Rio Grande: Fundação Universal Federal do Rio Grande

- Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (2013). Doença Bipolar, estigma e psicoeducação. *Revista da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares Saúde Mental e Estigma*. Lisboa: ADEB.
- Bachion, M., M., Carvalho, E., C., Oliveira, E., R., A. (1996). Aplicação da janela de johari em uma interação. *Revista latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 4, nº especial, p. 113-25.
- Barnes, J., Muller, Leopold (1998)- *Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental*. Psychology, Health & Medicine, Vol. 3, N.º 1. Acedido em 24 de Março de 2014. Disponível em: http://www.saude-mental.net/pdf/vol2_rev5_artigo2.pdf
- Barrato, L.; Winter, E.; Falkenberg. (2008). *Avaliação da adesão a farmacoterapia com lítio e da percepção do tratamento medicamentoso entre pacientes bipolares do hospital universitário de Florianópolis, Brasil*. Lat. Am. J. Pharm. 27 (6): 820-5.
- Bell, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. Milton Keynes, England: Open University Press, pp. 145
- Bondan, R., M., M (2006). *Consulta de Enfermagem em Saúde Mental. Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau*. Dissertação de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande
- Brunheira, L. (s/d). *O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática*. Acedido em 03 de Maio de 2014 em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/>
- Caballo, V. E. (2003). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos* (1.ª edição). São Paulo: Livraria Santos Editora
- Carvalho, J., C. (2012). Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 52-57.
- Castanyer, O. (2004). *A assertividade, expressão de uma auto-estima saudável*. (3ª Ed.). Coimbra: Edições Tenacitas

- CIPE[®] Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO - Estatuto Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto - Lei nº 93/98, de 21 de Abril (com alterações introduzidas pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., et al. (2004). *Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders*. *Bipolar Disorders*, 6, 294–8.
- Colom, F. & Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-64
- Costa, L. (2004). *Massagem Mente e Corpo*. Porto: Civilização Editores.
- Decreto-Lei nº 140/2004, de 8 de junho, Ministério da Economia – IPQ.
- Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE, (2014). Dados epidemiológicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, EPE. Santarém
- Direção-Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: DGS.
- Fachada, M. (2010). *Psicologia das relações interpessoais* (1.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Feldman, R., S. (2001). *Compreender a psicologia*. (5.ª edição). Amadora: McGraw-Hill
- Fidel, R. (1992). *The case study method: a case study*, In: GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238p. p.37-50.

- Figueiredo, A., L.; Souza, L.; Dell' Aglio JR, J. C.; Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, Campinas-SP, Vol. XI, nº 1, 15-24.
- Fleury, H.; Marra M.; Knobel, A. M. (2009). *Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado*. 17th International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes. Roma. Acedido em 12 de Abril de 2014 em http://api.ning.com/files/6jaOpKJ4NdBxldHL*VXV1mEEVASyhIIgOmk6dfFkJgkG1PQRD*BkmgClbzZhpeL4JyamablDkyHz1syXTky0vVm62EExAjTt/Artigocientfico484Intervenenascomunidadesocioterapiaeredessociaiscomoferramentadocuidado.pdf
- Fortin, M., F. (2003). *O Processo de investigação: Da concepção à realização* (3.^a edição). Loures: Lusociência
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (31.^a edição). São Paulo: Paz e Terra
- Fritzen, S. (1978). *Janela de Johari*. (17.^a edição). Petrópolis: Editora Vozes
- Galdeano, L., E.; Rossi, L., A.; Zago, M., M., F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol. 11, nº 3, Ribeirão Preto, Maio/Junho,. Acedido em 24 de Março de 2014 em:
http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional* (4.^a edição). Porto Alegre: Artmed Editora
- Gomes, J. (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. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

- Gomes, J. (2013). *Planeamento descritivo do 2º semestre*. Leiria: IPL.
- Gomez, G. R.; Flores, J.; Jimenez, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*, Malaga: Ediciones Aljibe, pp. 378
- Gonçalves, O., F. (1994). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (5.ª edição). Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento
- Guba, E.; Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research* In DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Ed) (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, pp. 105-117
- Guimarães, H., C., Q., C., P.; Noronha, V., C., F.; Oda, R., M. (2006). O Processo de Enfermagem: Uma revisão bibliográfica. *Ver Inst Ciênc Saúde*. Out-Dez; 24(4):263-70
- Hamel, J.; Dufour, S. & Fortin, D. (1993). *Case Study Methods*. Sage publications
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Santarém: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 10 de Março de 2014 em <http://www.ine.pt>
- International Council of Nurses (2001). *International Classification for Nursing Practice – Version 2*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Jesus, É., H. (2006). *Consulta de Enfermagem*. Acedido em 17 de fevereiro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Jesus, M., Cristina, P., et al. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Revista da escola de enfermagem USP* . , vol.45, n.5, pp. 1229-1236. ISSN 0080-6234.
- Johansson, R. (2003). *Case Study Methodology*. Estocolmo: Royal Institute of Technology.
- Justo, L., P.; Calil, H., M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Rev. de Psiquiatria Clínica*, 31, (2), 91-9.
- Keltner, N. & Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

- Kozier, B.; Erb, G.; Olivieri, R. (1991). *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. (4th ed.) Califórnia: Addisson-Wesley.
- Lara, D. (2009). *Temperamento forte e Bipolaridade: Dominando os altos e baixos*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Lazure, H (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- Lei 36/98 de 24 de julho (1998). *Lei de Saúde Mental*. Diário da Republica. I Série – A. N° 169 (24/07/1998).
- Lehtinen, V. & Lavikaine, J. & Fryers, T. (2006). *Improving Mental Health Information in Europe – Proposal of the MINDFUL project*. Helsinquia: Edita.
- Lehtinen. (2008). *Building up good mental health – Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Loureiro S., R. & Zuardi, A., W. (1996). *Psychiatric semiology*. Medicina, Ribeirão Preto, 29:44-53, Jan/Mar.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Manes, S. (2009). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos (9ª edição)*. Lisboa: Paulus Editora.
- Marques, A., T. (2007). *Factores de (in)satisfação docente na escola de hoje: um estudo com professores do 1.º ciclo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Portucalense, Porto.
- Martins, C. B.G. (2006). Acidentes na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 344-347
- Ministério da Saúde (2008). *Conferência Europeia de Alto Nível: Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar. Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar*. Bruxelas.
- Moura, S., C., M. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Bragança

- Muser, K., T.; Corrigan, P., W.; Hilton, W., D.; Tanzman, B.; Schaub, A.; Gingerich, S.; et al. (2002). Illness Management and Recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-84
- Nascimento, L., C.; Rocha, S., M., M. & Hayes, V., E. (2005). *Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica*. Vol.14, n.2, pp. 280-286. ISSN 0104-0707. Acedido em 24 de Março de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>
- Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência
- Nunes, B., & Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação – Memória, praxias e funções executivas*. Lisboa: Lidel.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Suíça
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Consentimento Informado para intervenções de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos enfermeiros (2008). *Dia Mundial da Saúde Mental - Integrar e incluir as pessoas com problemas de Saúde Mental - Texto da CEESMP* acedido em 17 de fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialdaSaudeMental2008.aspx
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2005). *Revista Ordem dos Enfermeiros – Segurança do Doente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ponte, J., P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Quadrante, 3(1), pp3-18.
- Potter, P.A. e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da Republica, 2ª série – Nº 35 (18-02-2011).
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da Republica, 2ª série – Nº 35 (18-02-2011).
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março (2011). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Diário da Republica, 2ª série – Nº 47 (8/03/2011).
- REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) - Estatuto Ordem dos Enfermeiros (1996). Decreto - Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de abril).
- Riley, J., B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4.ª edição). Loures: Lusociência
- Santi, A.; Ceresér, K.; Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica* 32, supl. 1; 105 – 109.
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática de enfermagem. (1.ª edição). Coimbra: Quarteto Editora
- Simões, R., M., P., (2008). *Competências de Relação de Ajuda no Desempenho dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Spadini, L. & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(1), 123-127.
- Stakes (2008). *Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing Knowledge*. Finland. ISBN 978-951-33-2248-9.


- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática* (6ª Ed.), Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Taylor, C., M., (1992). *Fundamento de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*, (13ª Ed.) Porto Alegre: Artes Médicas
- Teixeira, J., C., A.; Meireles, J. P. C. & Carvalho, J. C. (2010). A teoria das transições em Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental* 4, 45-52.
- Townsend, M., C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª edição). Loures: Lusociência
- Ventura, M.M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*.
Acedido em 24/03/2014 em
http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
- Vieta, E., Colom, F., Martinez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. (1998). Interesse da Psicoeducação na abordagem das perturbações bipolares. *Revista de psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. 11 (Suplemento 1), 71-83
- Villela, S. C.; Scatena, M. C. M. (2004). A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Acedido em 03/03/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>
- Yalom, I., D. (2008). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática*. (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Yin, R., K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4ª edição). Porto Alegre: Bookman

ANEXOS

ANEXO I

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Manual de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

	PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM Um instrumento para a melhoria contínua da qualidade
	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ÂMBITO: Projecto de implementação de sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no âmbito dos enunciados descritivos da excelência da prática de enfermagem.

PROBLEMA: Ausência de sistema padronizado que permita a monitorização e optimização da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

OBJECTIVOS: Implementar, desenvolver e consolidar um projecto de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

1 – DIMENSÃO: EFICÁCIA

a) Problema: Necessidade de construir uma base estrutural padronizada para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional definindo-se guias (*guidelines*) orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica e científica.

b) Enunciado descritivo: Organização dos serviços de enfermagem.

c) Norma: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

d) Elemento do enunciado descritivo: A existência de um sistema de melhoria contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

2 – ESTRUTURA E RESPONSABILIDADE

O Manual de Boas Práticas está estruturado em 4 níveis e enquanto documento de referência pretende descrever de forma estruturada, a organização e o sistema de prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Internamento do DPSM. Deverá ser aprovado e promulgado pela gestão de topo e inclui entre outros itens as responsabilidades e respectivas ligações funcionais.

Fazem parte do Manual, os procedimentos de actuação, as instruções de trabalho e os respectivos registos.

3 – DEFINIÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS

As Boas Práticas usam os “domínios da prática” de BENNER (1984) como grelha conceptual subjacente (Austin, Gallop, Harris & Spencer, 1996).

A descrição das Boas Práticas que constituem o Manual inclui boas práticas relacionadas com:

- O próprio enfermeiro enquanto pessoa (competências pessoais) centrando-se na relação terapêutica;
- O processo de diagnóstico (capacidade de avaliar, sistematizar, documentar e diagnosticar);
- As intervenções (execução e monitorização) enfatizando-se situações específicas no âmbito da psiquiatria;
- O ensino/treino de competências (ênfase na qualidade, forma e conteúdo da informação a transmitir).

4 – MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Estabeleceram-se procedimentos de actuação para monitorizar e medir, periodicamente (semestralmente) o desempenho de forma a verificar a sua adequação com os requisitos e objectivos estabelecidos, bem como a sua correcta e eficaz implementação.

Os resultados são documentados e constituem elementos de apoio para a revisão dos documentos que compõem o Manual.

5 – ELABORAÇÃO, APROVAÇÃO, REVISÃO E EDIÇÃO

Os capítulos do Manual de Boas Práticas são elaborados pelo gestor do Manual e aprovadas pela Direcção do Departamento.

São revistos de forma a manterem-se actualizados e com o propósito da melhoria contínua.

Todas as edições e/ou revisões são registados em tabela própria.

ANEXO II

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

ECT'S – Check-List de Cuidados de Enfermagem



ECT'S – Check-List de Cuidados de Enfermagem

Colar a etiqueta do doente

Assinale as intervenções de Enfermagem com:

- Intervenções realizadas
- Intervenções não realizadas

Pré-Operatório Remoto

Avaliar a prescrição médica e a data da marcação do exame	
Instruir o utente e a família sobre o tratamento (no que consiste, deslocação, procedimentos, efeitos terapêuticos e efeitos adversos, etc.)	
Instruir sobre o consentimento informado a ser assinado pelo utente ou por um familiar, caso o doente não se encontre capaz acerca do mesmo;	
Instruir o utente ou o familiar sobre a pré-avaliação anestésica, psiquiátrica e neuropsicológica;	
Organizar o processo do doente com os exames complementares de diagnóstico (ECG; Raio x tórax, análises clínicas, nomeadamente, hemograma, estudo da coagulação, ureia, creatinina e ionograma), necessários para a consulta pré-anestésica no Hospital Júlio de Matos;	
Gerir terapêutica:	
Interromper a administração de fármacos antiepiléticos (à excepção dos doentes com epilepsia) 7 a 10 dias antes de cada sessão de ECT, exceptuando as sessões de ECT de manutenção, em que estes fármacos devem ser restringidos 24 horas antes de cada sessão e retomados após a mesma (à excepção dos doentes com epilepsia)	
Interromper a administração de fármacos de anticolinérgicos nos 7 dias antes de cada sessão de ECT	
Diminuir a dose de carbonato de lítio, através da interrupção da toma do jantar e do pequeno-almoço anteriores a cada sessão de ECT;	
Explicar ao doente que deve retirar as suas jóias e/ou adornos, bem como próteses (dentárias, auditivas, oculares, etc.) caso existam;	
Instruir acerca da higiene da cabeça (pele seca, cabelo sem laca ou cremes);	
Restringir a ingestão de líquidos ou de comida 6 a 8 horas antes de cada sessão de ECT;	
Providenciar ao utente uma roupa cómoda, que não seja apertada;	
Calendarizar o transporte do utente para o hospital de referência, que se deve fazer acompanhar do seu processo clínico.	

Observações

Depois da ECT (pós-operatório):

Monitorizar parâmetros vitais;	
Monitorizar parâmetros vitais;	
Orientar espaço-temporalmente o utente	
Gerir ambiente seguro	
Assistir o utente nas actividades de vida diária;	
Gerir analgesia prescrita (no caso de cefaleias);	
Executar a técnica do levante progressivo	
Iniciar a alimentação do utente de forma progressiva (água, dieta líquida, dieta 0.1, dieta 0.0)	
Remover cateter venoso periférico;	
Vigiar a resposta do utente à ECT;	

Observações

ANEXO III

Plano da Sessão de Formação em Serviço

Padrão de Qualidade dos cuidados de enfermagem



HOSPITAL DE SANTARÉM

Departamento de Psiquiatria



Plano da Sessão de Formação em Serviço – Padrão de Qualidade dos cuidados de enfermagem

Serviço de Internamento de Psiquiatria – Ensino Clínico II - MESMP

Destinatários/Grupo Alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santarém

Data: 19/04/2013 **Horário:** 14h00 às 15h00 **Duração:** 60'' **LOCAL:** Sala de reuniões

Moderadores/Dinamizadores: Enf^a Ana Paula Brás, Enf^o Emanuel Rainho, Enf^a Tânia Cruz

Tema	Padrão de Qualidade dos cuidados de enfermagem – Técnica de ECT's
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">- Padronizar os cuidados de enfermagem relativamente ao pré e pós ECT;- Elucidar sobre os cuidados de enfermagem inerentes ao pré e pós ECT;- Esclarecer dúvidas sobre as práticas
Estratégia Método	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação em power point
Material	<ul style="list-style-type: none">- Sala de reuniões com cadeiras- Portátil- Retroprojektor
Bibliografia	Ordem dos Enfermeiros (2007). <i>Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde</i> . Acedido em 10 de Abril de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

ANEXO IV

Plano da Sessão Intervenção Psicoeducativa - Promoção da Segurança Infantil

Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida no Jardim de Infância sobre Prevenção de Acidentes

Plano da Sessão – Intervenção Psicoeducativa – Promoção da Segurança Infantil (I)

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém – Ensino Clínico I - MESMP

Destinatários/ Grupo Alvo: Crianças do Jardim de Infância de Formigais

Data: 25/06/2013 **Horário:** 13h30 às 14h30 **Duração:** 60min **LOCAL:** Sala de aula do Jardim de Infância

Moderadores/Dinamizadores: Enf^o Emanuel Rainho e Enf^a Raquel Marques

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a segurança infantil das crianças do Jardim Infantil; - Evitar os acidentes causadores de morbilidade e mortalidade nas crianças com 4/5 anos; - Ensinar procedimentos a ter em conta por parte das crianças para reduzir o risco de acidentes nesta faixa etária.
Atividade	As crianças do Jardim de Infância são convidadas a participarem numa sessão relacionada com a prevenção de acidentes e promoção da segurança infantil. É realizada uma sessão dinâmica com a intervenção das crianças sobre os procedimentos a ter em conta para evitar os acidentes, bem como as consequências dos mesmos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de aula do Jardim de Infância; - Cadeiras; - Computador; - Retroprojektor.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir às crianças que identifiquem nas imagens as situações incorretas e expliquem os perigos e consequências associados às imagens. - Incentivar as crianças a contarem um episódio prático em que ocorreu uma situação semelhante à apresentada nas imagens exibidas.

Justificação

Os acidentes, classificados atualmente como causas externas são definidos, culturalmente, como situações inevitáveis.

No entanto, um novo conceito tem considerado o acidente como um evento previsível, resultando numa transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro ocasionando danos e até a morte (OMS, 2000).

Neste sentido, os pesquisadores têm apontado os acidentes como passíveis de serem controlados e evitados através de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, colocando em discussão a “acidentalidade” dessas ocorrências e destacando a necessidade de prevenção.

Num relatório apresentado pela UNICEF, em 2001, os países com menor taxa de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos são a Suécia e Itália, com taxas de 5,2 e 6,1 por cem mil crianças, respetivamente. A Dinamarca, com coeficiente de 8,1 (por 100.000 crianças), a Alemanha, com coeficiente igual a 8,3, e o Japão, com coeficiente de 8,4, são considerados países com taxas intermediárias.

A França, com coeficiente de 9,1 (por 100.000 crianças), a Bélgica (coeficiente de 9,2), a Áustria (coeficiente igual a 9,3) e o Canadá, com coeficiente de 9,7, são considerados países com taxas altas de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos. São países com taxas muito altas de óbitos por acidentes em menores de 15 anos, os Estados Unidos da América (14,1 por 100.000 crianças), Portugal (17,8 por 100.000 crianças), México (19,8 por 100.000 crianças) e Coreia com 25,6 óbitos por 100.000 crianças (UNICEF, 2001).

Segundo Martins (2006), além dos custos sociais, económicos e emocionais, os acidentes na infância são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por traumatismos não fatais, como encefalopatia, anoxia por quase afogamento, cicatrizes e desfiguração devido a queimaduras, bem como défices neurológicos persistentes devidos a traumatismos cranianos, que exercem um grande impacto a longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando as crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento.

Assim, a literatura aponta para a abrangência e magnitude dos acidentes infantis, havendo necessidade de ações preventivas junto aos profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral, no sentido de alertar para os riscos e para a necessidade de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico e à fase de desenvolvimento da criança. Pode-se compreender que a prevenção é o caminho mais eficaz para reduzir os altos índices de acidente na infância. Por isso, é necessário que se desenvolva programas educacionais desde a pré-escola e junto à

	<p>comunidade, além do cumprimento de normas e medidas de proteção junto à indústria farmacêutica e engenharia civil.</p> <p>Por fim, é importante que todos nós compreendamos a relevância de se abordar o tema a fim de que todos possam exercer a sua co-participação na preservação da saúde das crianças, que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento (Botte, 2010).</p>
Bibliografia	<ul style="list-style-type: none">◆ Botte, H.S., Ferreira, R., Nascimento, S. (2010) Vale a pena crescer em Segurança. Evitar os acidentes dos 4 aos 6 anos. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (1ª Edição). ◆ Martins, C. B.G. (2006). Acidentes na infância e adolescência. Revista Brasileira de Enfermagem. 344-347 ◆ Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000. ◆ UNICEF. A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card Nº 2. Florence: UNICEF. Innocent Research Centre; 2001. [acedido em: 28 de Julho de 2013]. Disponível em: URL: www.unicef-icdc.org

RELATÓRIO DA ATIVIDADE DE GRUPO DESENVOLVIDA NO JARDIM DE INFÂNCIA SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

1. Preparação da sessão e acolhimento das crianças na sala de aula do Jardim

infantil: As crianças do Jardim Infantil foram convidadas a participar numa sessão para a promoção da Segurança Infantil, ensinando as mesmas sobre como evitar os acidentes. A sessão teve início por volta das 13h30. As crianças sentaram-se de frente para o projector, onde foram visualizadas e explicadas algumas imagens e procedimentos, sobre como evitar os acidentes. Realizada a apresentação dos formadores e foi explicada a importância da sessão às crianças.

2. Projeção de Imagens relativas a procedimentos relacionados com a Promoção da Segurança Infantil:

Visualização de imagens sobre procedimentos corretos e que devem ser adotados no dia-a-dia pelas crianças, e os procedimentos incorretos a serem evitados por forma a evitar acidentes. Ao longo da exposição foi pedido frequentemente e por forma a tornar a sessão mais dinâmica e interativa, que as crianças fossem dando a sua opinião sobre as imagens e os procedimentos que viam, comentando quais os procedimentos corretos e incorretos e as consequências destes últimos.

Ao longo da sessão foram abordadas quais as divisões da casa mais propícias para as crianças brincarem, como a sala e o quarto, e as divisões potencialmente mais perigosas como a cozinha ou a garagem. Nestas últimas foram explicados os perigos que podem existir nestas divisões.

Ao longo da sessão, foram ainda explicados os riscos associados à electricidade, aos tóxicos, aos líquidos quentes, alertando para as consequências dos acidentes. Foram ainda abordados temas como as queimaduras, cortes, quedas, engasgamentos e intoxicações. Dado a estação do ano que atravessamos atualmente (Verão), foi ainda dado destaque ao perigo de afogamento e queimaduras solares.

A temática da prevenção rodoviária também foi abordada, tendo sido abordadas os possíveis acidentes que podem acontecer com crianças enquanto peões, condutoras de bicicleta e passageiras de automóveis.

3. Despedida:

Foi reforçada às crianças a importância de cumprirem aquilo que aprenderam ao longo da sessão, por forma a evitar os acidentes e a magoarem-se.

ANEXO V

Plano da Sessão – Gestão da Terapêutica

Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida na sessão de Adesão ao Regime Terapêutico



HOSPITAL DE SANTARÉM

Departamento de Psiquiatria



Plano da Sessão – Gestão da Terapêutica

Serviço de Internamento de Psiquiatria – Ensino Clínico II - MESMP

Destinatários/Grupo Alvo: Doentes Internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria do HDS, que apresentem má adesão ao regime terapêutico

Data: 21/04/2013 **Horário:** 18h40 às 19h20 **Duração:** 40'' **LOCAL:** Sala de reuniões

Moderadores/Dinamizadores: Enf^o Emanuel Raínho

Objectivos	Treinar as competências de gestão do regime terapêutico dos utentes; de modo a controlar a doença e a evitar as recaídas; Fomentar a necessidade da terapêutica individual, de modo a promover a qualidade de vida; Explicar a importância da toma da medicação conforme a prescrição médica; Dar a conhecer as consequências da má adesão ao regime terapêutico; Desmistificar alguns mitos referentes à medicação de psiquiatria.
Actividade	Actividade “Gestão da terapêutica” Realização de brainstorming, discutindo a importância da toma da medicação conforme prescrição médica e a identificação das causas da falta de adesão ao regime terapêutico No final da sessão, em grupo, discutir as ideias retidas pelos diferentes intervenientes
Recursos	Sala, Cadeiras, Mesa, computador e retroprojektor
Justificação	O enfermeiro especialista em Saúde Mental “promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais” (OE, 2010). A psicoeducação serve como base para a reabilitação psicossocial (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007). A reabilitação psicossocial é um processo que oferece às pessoas com dificuldades ou

deficiências provocadas por uma doença mental, a oportunidade de atingir o seu máximo nível de independência e funcionalidade na comunidade (OMS, 2001).

A adesão ao regime terapêutico, de acordo com Haynes, McDonald, Garg, & Montague (2003) citados por Machado (2009), define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. Segundo a CIPE beta 2 adesão terapêutica é definida por: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (International Council of Nurses, 2002).

A falta de adesão ao tratamento prescrito é citada com frequência como um comportamento das pessoas com doenças mentais sérias (Stuart e Laraia, 2001). Aliás, o fracasso na adesão ao tratamento prescrito é uma causa muito comum de reinternamentos (Stuart e Laraia, 2001). Como o tratamento terapêutico das doenças mentais é, geralmente, a longo termo visto estas serem doenças crónicas, a adaptação das pessoas a este tratamento é bem mais difícil de conseguir do que em situações de tratamento de curto prazo. (OMS, 2001). No entanto, Stuart e Laraia (2001) referem que as pessoas podem até desejar cumprir o regime terapêutico, no entanto, quer por falta de meios para o acompanhamento em consultas, quer por receio dos efeitos indesejáveis, quer por terem pouca confiança para referir ao médico os seus desconfortos acabam por deixar o tratamento, terminado quase sempre num reinternamento, sendo isto habitualmente uma espiral em que existe pouco controlo.

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). Um grupo psicoeducativo inclui diversas tarefas que visam o desenvolvimento de actividades específicas, como por exemplo, a gerir a terapêutica (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007). Este mesmo autor (2007) inscreve os “grupos de medicação” nas intervenções mais comuns em grupo do enfermeiro especialista em Saúde Mental. Nestes grupos os enfermeiros geralmente inserem tanto a transmissão de informação acerca dos medicamentos (efeito, dose, efeitos secundários, por exemplo), como em alguns temas associados aos medicamentos (ajustamento aos efeitos secundários e ao estilo de vida, por exemplo) (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007). A OMS (2001)

	<p>refere que mais tempo e energia despendidos junto dos utentes de forma a permitir a sua adaptação ao regime terapêutico (trabalhando o objectivo do regime terapêutico e as consequências de uma boa adesão e uma má adesão a este) é um factor altamente potenciador de uma adequada adaptação ao regime terapêutico, e consequente redução dos reinternamentos e aumento do bem-estar.</p> <p>Intervir de forma a aumentar a adesão terapêutica das pessoas é muito mais eficaz recorrendo a técnicas interactivas que integrem a pessoa no problema do que a simples palestra e exposição de informação (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007).</p>
Avaliação Final	Discussão informal da relevância desta actividade.

RELATÓRIO DA ATIVIDADE DE GRUPO DESENVOLVIDA NA SESSÃO DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

- 1. Preparação da sessão e acolhimento na sala de atividades:** Os participantes foram convidados a participar na sessão referente à Gestão da Terapêutica, realizada na sala de reuniões do Serviço de Internamento de Psiquiatria, que teve início por volta das 18h40m. Após terem sido cumprimentados foram convidados a entrar e sentarem-se ao acaso nas cadeiras que estavam dispostas em forma de U, junto à mesa central, por forma a visualizarem o que era projectado através do Data Show.
- 2. Apresentação / Quebra-Gelo / Técnica de apresentação Nome e local de residência:** Para promover o conhecimento e coesão do grupo, foi pedido que cada elemento do grupo de apresentasse, dizendo o respectivo nome e a sua localidade de residência.
 - a. Desenvolvimento da atividade:** Todo o grupo participou e cada elemento referiu o seu nome e de onde vinha; respeitando a oportunidade concedida aos outros elementos, permanecendo em silêncio, sem fazer comentários sobre o que era verbalizado pelos outros elementos.
- 3. Brainstorming sobre a Gestão do Regime Terapêutico:** Realizada uma breve introdução sobre o que é a Gestão do Regime Terapêutico e a importância da adesão do mesmo, iniciando-se de seguida um Brainstorming com base nas questões: “Quais as causas da falta de adesão ao tratamento” – (ou seja, o que os leva a não tomar a medicação?). Os utentes identificaram as principais causas que levam à não adesão ao regime terapêutico. A senhora B referiu as dificuldades financeiras como um obstáculo que sentia, situação que inicialmente não me lembrei de considerar, sendo que lhe foi explicado que nesses casos deveria procurar falar com o médico sem receio, expondo essa mesma situação, uma vez que o médico teria em conta esse facto e caso fosse possível tentava prescrever um medicamento semelhante, e com o mesmo efeito terapêutico.

Após terem sido dissipadas todas as dúvidas/razões da não adesão ao tratamento e continuando com o brainstorming, foi colocada a segunda questão: “O que é que vocês entendem por falta de adesão ao tratamento, ou seja, abandono do tratamento?”. Também neste caso os utentes presentes souberam identificar as situações nas quais existem falta de adesão ao regime terapêutico, sendo que alguns deles referiram mesmo que por vezes não cumprem a medicação que o médico prescreveu. A senhora C disse mesmo: “é por essa razão que eu estou cá internada outra vez...” (sic).

Por fim seguiu-se a última questão, intitulada: “Qual o papel dos medicamentos, no controlo da doença, ou seja, quais os benefícios da medicação?” Nesta 3ª questão procurou-se ainda desmistificar e corrigir alguns estigmas referentes à medicação psiquiátrica.

À medida que os doentes iam partilhando a sua opinião, as ideias-chave eram retidas e escritas em power point que era projetado para todos os presentes irem acompanhando. Dentro do possível recorria-se a exemplos práticos para reforçar a ideia que se estava a apresentar.

- 4. Despedida:** Depois desta última partilha deu-se por encerrada a sessão de adesão ao regime terapêutico, agradecendo a participação de todos.

ANEXO VI

Plano da Sessão – Psicoterapia de Grupo – Projeto “Sarilho das fraldas”

Relatório da Atividade de Grupo Desenvolvida com as puérperas a frequentar o projeto “Sarilho das fraldas”

Plano da Sessão – Psicoterapia de Grupo – Projeto “Sarilho de Fraldas”

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém – Ensino Clínico I - MESMP

Destinatários/ Grupo Alvo: Puérperas a frequentar o projeto “Sarilhos de fraldas”

Data: 07/06/2013 **Horário:** 15h30 às 16h15 **Duração:** 45min **LOCAL:** Ginásio do Centro de Saúde

Moderadores/Dinamizadores: Enf^o Emanuel Rainho e Enf^a Raquel Marques

<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar se existem puérperas em risco de depressão pós-parto; - Dissipar dúvidas/medos que possam existir nas participantes nesta nova fase de vida; - Demonstrar que muitas das dúvidas/preocupações existentes nesta fase são comuns à grande maioria das mães.
<p>Atividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A atividade decorre no ginásio do Centro de Saúde, encontrando-se as puérperas sentadas em semicírculo junto aos dinamizadores; - Foi abordada a temática da depressão e sugeridas algumas estratégias facilitadoras desta nova etapa de vida. - As puérperas selecionaram de um conjunto de imagens que expressavam sentimentos, aquelas que mais representavam o seu estado de espírito nos últimos tempos - Pedido às participantes que expusessem as suas dúvidas/dificuldades nesta nova fase de vida. - Projetado vídeo sobre a depressão Pós-Parto
<p>Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ginásio do Centro de Saúde; - Cadeiras; - Computador; - Retroprojeter;

	- Imagens que expressam sentimentos.
Avaliação	- As puérperas foram participativas, demonstrando atenção ao longo da sessão.
Justificação	<p>O nascimento de um bebê, principalmente quando se trata do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (Klaus et al., 2000; Maldonado, 1990; Szejer & Stewart, 1997, citados por Schwengber, 2003). A depressão associada simultaneamente ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo cerca de 15% das mulheres. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e falta de esperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus et al., 2000, citado por Schwengber, 2003).</p> <p>Os distúrbios do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade (<i>baby blues</i>) e as psicoses puerperais (Souza, Burtet, & Busnello, 1997). O primeiro quadro, que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, porém geralmente tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais frequentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. A incidência desse quadro, de acordo com os autores, é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.</p> <p>Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da depressão pós-parto, podem surgir noutra momento ao longo do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (Beck, 1991; Brown et al., 1994; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman, & Jones, 1995, citados por Schwengber, 2003). Para esses autores, ainda que o quadro evidencie características específicas nas semanas que se seguem ao nascimento da criança, similaridades em relação à incidência, prevalência, características clínicas e fatores associados sugerem pouca distinção entre as depressões que afetam mães de crianças pequenas, independentemente de suas idades (Beeghly, Weinberg, Olson, Kernan, Riley, & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988; Cox, Murray, & Chapman, 1993, citados por Schwengber, 2003).</p> <p>A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido</p>

ressaltada em diversos estudos (Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984, citados por Schwengber, 2003). De acordo com a literatura, há poucas evidências de que a presença da depressão pós-parto esteja associada apenas a mecanismos biológicos, como, por exemplo, a uma diminuição nos níveis hormonais, o que a explicaria como resultado de alterações metabólicas (Carnes, 1983, citado por Schwengber, 2003). Nesse sentido, alguns autores têm enfatizado que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a depressão pós-parto (Cooper & Murray, 1995; Reading & Reynolds, 2001, citados por Schwengber, 2003). De facto, uma série de estudos tem evidenciado uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, o não planejamento da gravidez, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar, e a dificuldades no parto. Além disso, alguns estudos mostram uma associação entre a depressão da mãe e eventos de vida stressantes, como: problemas de saúde da criança; dificuldades relacionadas com o regresso ao trabalho e adversidades socioeconómicas (Kumar & Robson, 1984).

Além dos fatores destacados acima, alguns estudos revelaram que história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe, incluindo a melancolia da maternidade também predisseram a ocorrência posterior de depressão pós-parto. Reforçando esse ponto de vista, Klaus e colaboradores (2000) afirmaram que a ocorrência de história anterior pessoal ou familiar de depressão aumenta a probabilidade da depressão pós-parto, sem desconsiderarem a importância da contribuição de fatores psicossociais atuais. No entanto, também reconhecem que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia preexistente da mãe. Alguns autores ressaltaram o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais após o nascimento de um bebê (Maldonado, 1990; Soifer, 1980, citados por Schwengber, 2003). Nesse sentido, conceberam que tais distúrbios podem ter origem no conflito da mulher em assumir o papel materno, o que tornaria necessário um redimensionamento da própria identidade. Da mesma forma, Stern (1997) afirmou que, com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de uma reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspetos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada por um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos. Embora a experiência da maternidade de mulheres que apresentam sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja

ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas simultaneamente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Hock & DeMeis, 1990; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; McKim, Cramer, Stuart, & O'Connor, 1999; Rutter, 1990, citados por Schwengber, 2003).

Alguns desses estudos mostraram que mães deprimidas definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente relatando menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não-deprimidas. Tendem ainda a descrever os seus bebês como crianças com temperamento difícil (Brown et al., 1994; Campbell & Marcus, 1987; Mebert, 1991; Whiffen, 1990, citados por Schwengber, 2003).

Alguns autores apontaram para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna, mostrando que, diante de um bebê mais difícil, as mães atribuem a si mesmas como responsabilidades compatíveis com uma maternidade mais pobre.

Reforçando essa ideia, Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996), citados por Schwengber, (2003), ao avaliarem o comportamento neonatal de bebês de mães primíparas que na gestação foram avaliadas como tendo risco para o desenvolvimento de depressão após o nascimento do bebê, perceberam que atraso no desenvolvimento motor e alto nível de irritabilidade dos bebês entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estiveram associados ao início da depressão da mãe dois meses depois do parto.

De acordo com os autores, esses resultados indicam que fatores neonatais podem causar um impacto significativo no estado mental da mãe. Contudo, ao avaliarem a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, chamaram a atenção para a necessidade da realização de estudos que avaliassem o comportamento neonatal antes da ocorrência da depressão da mãe. Os autores consideraram que os resultados encontrados por Cutrona e Troutman deveriam ser interpretados com algum cuidado, tendo em vista a possibilidade de que os bebês já sofressem o impacto das alterações do estilo interativo da mãe deprimida, uma vez que estavam com dois meses de idade no momento da investigação.

Em suma, os estudos revisados indicam que a ocorrência da depressão pós-parto está associada a uma série de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que se inter-relacionam. Além disso, a literatura aponta também para o caráter

	<p>conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a depressão da mãe, uma vez que a maternidade implicaria na assunção de novos papéis e em mudanças profundas na identidade da mulher. Os estudos sugerem também que mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas.</p>
<p>Bibliografia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). <i>Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência</i>. Porto Alegre: Artes Médicas. ◆ Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorder in pregnancy and the first postnatal year. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 144, 35-47. ◆ Schwengber, D. D. de Sousa e Piccinini, C. A. (2003). <i>O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê</i>. <i>Estudos de psicologia. (Natal)</i>, vol.8, n.3, pp. 403-411. Acedido em 05 de Julho de 2013 em http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf ◆ Souza, C. A. C., Burtet, C. M., & Busnello, E. A. D. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. <i>Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia</i>, 17(1), 38-47. ◆ Stern, D. N. (1997). <i>A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê</i>. Porto Alegre: Artes Médicas.

RELATÓRIO DA ATIVIDADE DE GRUPO DESENVOLVIDA COM AS PUERPERAS A FREQUENTAR O PROJECTO “SARILHO DAS FRALDAS”

- 1. Preparação da sessão:** As participantes foram cumprimentadas e convidadas a participar numa sessão de psicoterapia de grupo no ginásio do Centro de Saúde. Foram convidadas a sentar-se nas cadeiras dispostas em semicírculo junto dos dinamizadores, seguindo-se uma apresentação informal de todos os participantes.
- 2. Conceito e características da Depressão Pós Parto:** Para introduzir a temática, procurou-se falar um pouco do que a literatura aborda sobre a Depressão Pós Parto; como os factores que desencadeiam a depressão pós-parto, a sua incidência, a importância de evitar a tendência para o isolamento nesta nova fase de vida, e alguns dos mitos que existem sobre esta temática.
 - a. Desenvolvimento da atividade:** O grupo escutou atentamente o que foi transmitido, participando também na partilha de algumas dúvidas/ansiedades sentidas.
- 3. Realização da atividade:** Foram colocadas ao alcance das participantes diversas imagens que representavam diferentes sentimentos, tendo sido pedido que as mães seleccionassem as imagens que de alguma forma pudessem representar o que nos últimos tempos estavam a sentir/viver com esta nova experiência. Após seleccionarem as imagens foi pedido que explicassem o porquê desses sentimentos.
 - a. Desenvolvimento da atividade:** A atividade decorreu como planeado, notou-se uma participação ativa das mães, interagindo e partilhando dúvidas/sentimentos e receios que tinham nesta nova fase de vida.
- 4. Avaliação informal:** As participantes referiram sentir-se mais seguras com a troca de experiências e sentimentos, sendo positivo poderem ter pessoas qualificadas na dissipação das dúvidas existentes.
- 5. Despedida:** Para terminar a sessão foi exibido um pequeno vídeo com cerca de 5 minutos, relacionado com a depressão pós-parto. No final da sessão e após dissipadas as últimas dúvidas colocadas, deu-se por encerrada a sessão de Psicoterapia de grupo, agradecendo a participação de todos.
- 6. Dificuldades sentidas/ pontos positivos:** Para a realização desta atividade efetuei bastante pesquisa bibliográfica, para poder aumentar os meus conhecimentos nesta área.

Ao longo da sessão, foi interessante perceber que a partilha de dúvidas e sentimentos por parte das participantes, permitiu que ambas tomassem consciência que essas dúvidas são naturais nesta nova etapa de vida, e comuns à maioria das mães, por vezes mesmo àquelas que são mães pela 2ª vez. Apesar de ter gostado de realizar esta atividade pela percepção que

tive do contributo positivo que a sessão proporcionou às diferentes participantes e pelos conhecimentos adquiridos, admito que esta não é a área em que me sinto mais à vontade de abordar, até pela falta de experiência pessoal, que neste caso penso ajudar bastante durante este tipo de intervenção.

ANEXO VII

Grelha de Exame Mental

Exame Mental

Nome: F. S.	Data da elaboração do Exame Mental: 14/03/2013 (7 dias após a admissão no serviço)	N.º Processo 12345678
Data de Nascimento 15/05/1969	Idade 43 anos	Sexo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>

Preencha o Exame Mental com base no Guião do Exame Mental

Apresentação Física (Aspecto físico geral do doente)	sim	não
Idade aparente coincide com a cronológica?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O doente apresenta defeitos físicos ou traumáticos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
O vestuário é adequado à condição social ou à época do ano?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O arranjo pessoal e higiene são adequados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consciência e Orientação: Estado de consciência e orientação do doente?	Sem alterações <input type="checkbox"/>
Com alterações <input checked="" type="checkbox"/>	
Vigil <input checked="" type="checkbox"/> Hipervigília <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupuroso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Desorientação autopsíquica <input type="checkbox"/> Desorientação alopsíquica <input type="checkbox"/>	

Expressão Facial: O que transmite o rosto do doente?
Hipernímia <input type="checkbox"/> Hiponímia <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Expressivo <input checked="" type="checkbox"/> Inexpressivo <input type="checkbox"/> Perplexo <input type="checkbox"/> Aterrorizado <input type="checkbox"/> Risos Imotivados <input type="checkbox"/> Outra _____

Contacto: Qual a atitude do doente perante o enfermeiro?
Empático <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Impossível <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Outra: <i>Hostil</i>

Postura: Como se posiciona o doente?
Harmoniosa <input type="checkbox"/> Expansiva <input type="checkbox"/> Retraída <input type="checkbox"/> Tensa <input checked="" type="checkbox"/> Estereotípias motoras <input type="checkbox"/> Defeito neurológico <input type="checkbox"/>

Motricidade: Como se movimenta o doente?
Livre <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Hiperactivo <input type="checkbox"/> Inquieto <input checked="" type="checkbox"/> Lentificado <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Outro _____

Movimentos Dirigidos: Movimentos pouco usuais identificados no doente?
Manuseamentos <input type="checkbox"/> Maneirismos <input type="checkbox"/> Tiques <input type="checkbox"/> Automatismos <input type="checkbox"/> Outro _____

Humor: Qual a disposição / ânimo do doente?
Eutímico <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Irritável <input checked="" type="checkbox"/> Outro _____

Afectos: Como é que o doente exprime os seus sentimentos?
Sintónico <input checked="" type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Restrito <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Ambivalência Afectiva <input type="checkbox"/>

Emoções: Como é que o doente reage aos acontecimentos e às situações?
Alexitimia <input type="checkbox"/> Hipermotividade <input type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Labilidade Emocional <input checked="" type="checkbox"/>

Discurso / Linguagem: O doente apresenta alterações do Discurso/Linguagem?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>
Velocidade do Discurso	Qualidade do Discurso
Bradilália <input type="checkbox"/> Taquilália <input type="checkbox"/> Loquacidade <input type="checkbox"/>	Disartria <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Afonia <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Disfasia <input type="checkbox"/> Verbigerção <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Outro _____

Pensamento: O doente apresenta alterações do Pensamento?	sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		
Curso	Forma	Posse	Conteúdo
Taquipsíquia <input checked="" type="checkbox"/> Bradipsíquia <input type="checkbox"/> Fuga de Ideias <input type="checkbox"/> Outro _____	Circustancial <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Vago <input type="checkbox"/> Preserverante <input checked="" type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Outro _____	Alienação <input type="checkbox"/> Obsessões <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/>	Delírios: Persecutório <input type="checkbox"/> Grandeza <input checked="" type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Místico <input type="checkbox"/> Invenção <input type="checkbox"/> Ruína <input type="checkbox"/> Ciúme <input type="checkbox"/> Outro _____

Percepção: O doente tem uma percepção real do mundo envolvente?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>
Ilusões <input checked="" type="checkbox"/> Alucinações: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Tipo _____ Sensação de Presença <input type="checkbox"/> Alterações da estrutura do Eu-Dissociação <input type="checkbox"/> Despersonalização <input type="checkbox"/> Alteração da Imagem Corporal <input type="checkbox"/> Membro Fantasma <input type="checkbox"/>	

Memória: O doente é capaz de relembrar a informação armazenada no cérebro de forma coerente?	sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Alterações: Amnésia <input type="checkbox"/> Memórias Delirantes <input checked="" type="checkbox"/> Paramnésia <input type="checkbox"/> Falsos reconhecimentos <input type="checkbox"/>	

Funções Biológicas: Como é que o doente lida com o seu corpo?		
Alteração do Instinto de conservação?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>	Ideação Suicida <input type="checkbox"/> Ideais de morte <input type="checkbox"/> Auto-mutilação <input type="checkbox"/>
Alteração do Padrão Alimentar?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/>
Alteração do Padrão de Sono?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>	Insónia <input type="checkbox"/> Hipersónia <input type="checkbox"/> Agitação/Pesadelos <input type="checkbox"/>
Alteração da Libido	sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Aumento <input checked="" type="checkbox"/> Diminuição <input type="checkbox"/> Ins. Sexual <input type="checkbox"/> Impotência/Frigidez <input type="checkbox"/>

Guião para o preenchimento da Grelha para Avaliação do Estado Mental

Instruções de Preenchimento

- ◆ O preenchimento da grelha para Avaliação do Estado Mental deve ser feita na presença do doente, devendo posteriormente ser anexada ao processo do mesmo.
- ◆ Com este procedimento pretende-se:
 - Avaliar o estado mental do doente, através da observação directa;
 - Promover o encaminhamento do doente com necessidades na área de saúde mental e Psiquiatria
- ◆ Todas as informações pertinentes que não sejam avaliadas, nem registadas na grelha, devem ser acrescentadas no verso;
- ◆ O presente guião serve para descrever algumas noções e termos específicos da avaliação mental e psiquiátrica

Apresentação Física

Avaliação da apresentação física:

- Se a idade aparente coincide com a idade real;
- se existem defeitos físicos ou traumáticos facilmente identificáveis;
- se o vestuário é adequado à condição social ou à época do ano;
- se o doente apresenta arranjo pessoal e higiene adequados.

Consciência e Orientação

Vígil – em estado de alerta, desperto.

Hipervigília – estado de vigília aumentado

Sonolento – predisposição anormal para dormir

Letárgico – lentidão funcional

Obnubilado – incapacidade em pensar claramente

Expressão Facial

Hipernímia - aumento de gestos e movimentos faciais

Hiponímia - diminuição de gestos e movimentos faciais

Expressivo - fáceis muito expressivo

Inexpressivo - fáceis pouco expressivo

Perplexo - admirado

Aterrorizado - muito assustado

Risos Imotivados - risos despropositados ou fora de contexto

Contacto

Empático – percepção objectiva dos sentimentos e emoções da outra pessoa

Superficial – contacto evitado pelo cliente

Impossível – o cliente não comunica

Indiferente – relação fria e distante

Agressivo – contacto provocador

Postura

Harmoniosa – disposição coerente dos braços, pernas, tronco e cabeça

Expansiva – movimentos amplos e expressivos

Retraída – movimentos encolhidos e acanhados

Tensa – movimentos rígidos

Estereotípias motoras – movimentos repetidos desprovidos de significado

Defeito neurológico – sequelas de AVC, Parkinson, esclerose múltipla, etc.

Motricidade

Livre – movimentos sem alterações

Agitado – aumento da actividade motora

Hiperactivo – Inicia várias actividades mas não as consegue terminar

Inquieto – não consegue permanecer quieto num local

Lentificado – diminuição da actividade motora

Apático – desinteresse por qualquer estímulo

Movimentos Dirigidos

Manuseamentos – manipulação de tudo o que está ao alcance

Maneirismos – movimentos complexos e posturas adaptativas executadas de forma repetitiva e pouco usual

Tiques – movimentos anormais, súbitos, repetitivos e estereotipados

Automatismos – movimentos não intencionais e fora de contexto

Humor

Eutímico – humor adequado ao contexto

Eufórico – excessivo bem-estar

Lábil – flutua ou alterna rapidamente entre os extremos

Depressivo – tristeza, perda de interesse por quase tudo

Ansioso – sentimento persistente de mal-estar, inquietação

Irritável – mudança brusca de humor

Guião para o preenchimento da Grelha para Avaliação do Estado Mental (cont.)

Afectos	
Sintónico – sem alterações	Superficial – pouco afectuoso
Embotado – não existe afecto	Indiferente – pouco evidente
Restrito – amplitude afectiva limitada ou diminuída	Ambivalência Afectiva – coexistência de sentimentos contraditórios
Inadequado – desadequação entre estímulo e afecto	

Emoções	
Alexitimia – dificuldade em reconhecer as emoções	Ansiedade – sentimento de apreensão, impaciência
Hipermotividade – desadequação entre estímulo e emoção	Labilidade Emocional – oscilações rápidas dos estados emocionais

Discurso / Linguagem		
Velocidade do Discurso	Qualidade do Discurso	
Bradilália – lentificação do discurso	Disartria – alteração na articulação de palavras	Disfasia – incapacidade de atribuir nome ao objecto
Taquilália – linguagem acelerada	Afasia – ausência ou comprometimento da capacidade de comunicação através da fala, escrita ou sinais	Verbigerção – repetição incessante de palavras
Loquacidade – discurso acelerado que não se consegue acompanhar	Afonia – incapacidade de produzir sons	Incoerente – sem coerência
	Distonia – alteração da intensidade dos sons	

Pensamento	
Curso	Forma
Taquipsíquia - Sucessão rápida de pensamentos	Circunstâncial – a ideia é alcançada após ideias secundárias
Bradipsíquia - Sucessão lenta de pensamentos	Incoerente – Inexistência lógica do pensamento
Fuga de Ideias – Mudança de tema sem o concluir	Vago – Pensamento tangencial muito acentuado
	Preserverante – mantém o mesmo tema
	Pobre – diminuição do número de ideias
Posse	Conteúdo
Alienação – sobre o controlo de alguém	<u>Delírios:</u>
Obsessões – pensamentos recorrentes, invasivos e sem sentido	Persecutório – sente-se ameaçado e perseguido por pessoas ou grupos
Fobias – medo persistente e exagerado face ao estímulo	Grandeza – sente-se importante e possuidor de poderes
	Sexual – ser alvo de paixão de alguém
	Místico – convicção de ter uma relação com Deus ou com um Santo
	Invenção – invenção de acontecimentos de acordo com ideia delirante
	Ruina – convicção de que perdeu tudo e todos
	Ciúme – convicção de que se está a ser enganado pelo parceiro

Percepção
Ilusões – falsas percepções produzidas por um estímulo real
Alucinações – percepção sensorial na ausência de estimulação externa do órgão sensorial envolvido
Sensação de Presença – sensação de que alguém está presente sem ver nem ouvir
Alterações da estrutura do Eu - Dissociação
<u>Despersonalização</u> – refere-se à sensação de estranheza, como se o seu corpo, ou partes dele não lhe pertencessem,
<u>Alteração da Imagem Corporal</u> – percepção errada da imagem corporal
<u>Membro Fantasma</u> – sente que um membro que não existe está lá

Memória
Amnésia – perda de memória
Memórias Delirantes – atribuição de um significado delirante a uma recordação correcta
Paramnésia – falsificação da memória pela distorção da recordação
Falsos reconhecimentos – identificar um desconhecido como se fosse seu conhecido

Funções Biológicas	
Alteração do Instinto de conservação?	Ideação Suicida – pensamento/vontade de morrer Ideais de morte – pensamentos relacionados com a morte Auto-mutilação – mutilação voluntária praticada ao próprio
Alteração do Padrão Alimentar?	Anorexia – estado de recusa prolongada de alimentação e perturbação da imagem corporal Hiperfagia – excesso patológico de consumo alimentar Polidipsia – sede excessiva
Alteração do Padrão de Sono?	Insónia – falta ou redução da capacidade para o sono Hipersónia – padrão de sono excessivo
Alteração da Libido	Aumento – interesse sexual aumentado Diminuição – interesse sexual diminuído Impotência/Frigidez – incapacidade para realizar o acto sexual

ANEXO VIII

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico 1: Ansiedade Moderada

Foco: Ansiedade “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”, CIPE versão 2 (ICN, 2011, p.39).

Diagnóstico 2: Abuso do Tabaco

Foco: Abuso do Tabaco “Abuso de substâncias: Uso inadequado do tabaco” (ICN, 2011, p.37).

Diagnóstico 3: Insónia actual

Foco: Insónia “Sono Comprometido: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.” (ICN, 2011, p.60).

Diagnóstico 4: Auto-cuidado: higiene, dependente em grau reduzido

Foco: Auto-cuidado (Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”. (ICN, 2011, p.41).

Diagnóstico 5: Processo de pensamento distorcido

Foco: Pensamento Distorcido: “Cognição Comprometida” (ICN, 2011, p.67).

1.º Diagnóstico de Enfermagem – Ansiedade moderada

Intervenções de Enfermagem:

◆ Oferecer Escuta:

- Ouvir atentamente;
- Usar uma abordagem calma e segura;
- Procurar compreender a perspetiva do cliente sobre uma situação temida;
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos;
- Ajudar o paciente a identificar as situações geradoras de ansiedade;

◆ Ensinar e estimular Técnica de Relaxamento:

- Orientar o cliente quanto ao uso de técnicas de relaxamento;
- Identificar quando o nível de ansiedade se modifica;

◆ Ensinar e estimular Técnica de Distração:

- Oferecer atividades de diversão voltadas para a redução de tensão;
- Controlar os estímulos, conforme apropriado às necessidades do cliente.

◆ Providenciar Apoio Emocional:

- Ajudar a identificar estratégias a adotar face à ansiedade
- Proporcionar conforto

◆ Monitorizar Sinais Vitais

◆ Administrar Medicamento:

- Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, conforme prescrito.

2.º Diagnóstico de Enfermagem – Abuso do Tabaco

Intervenções de Enfermagem:

◆ Rastrear o abuso:

- Identificar a história do consumo;
- Identificar factores que contribuem para a dependência;

◆ Reforçar as capacidades:

- Informar sobre o autocontrolo: tabaco;
- Encorajar o cliente a assumir o controlo do próprio comportamento;
- Identificar metas construtivas com o cliente para oferecer alternativas ao uso de tabaco para reduzir o stress.

◆ Providenciar apoio emocional

◆ Estimular Técnica de Distração:

- Oferecer atividades de ocupação

3.º Diagnóstico de Enfermagem – Insónia

Intervenções de Enfermagem:

- ◆ Avaliar padrão de sono e repouso:
 - Determinar o padrão de sono/atividade do cliente;
 - Monitorizar e registar o padrão de sono do cliente e a quantidade de horas dormidas.
- ◆ Gerir a segurança do Ambiente:
 - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo propício ao sono;
 - Reduzir quanto possível o ruído circundante;
 - Procurar aumentar as medidas de conforto no leito.
- ◆ Facilitar o sono do individuo:
 - Incentivar o cliente a não adormecer durante o dia;
 - Monitorizar a ingestão de alimentos ou líquidos ingeridos antes do horário do sono procurando itens que interfiram no sono;
 - Auxiliar a eliminar situações stressantes antes do horário de dormir;
 - Orientar o cliente quanto á forma de fazer relaxamento muscular progressivo ou outras formas não farmacológicas de indução do sono;
 - Encorajar o cliente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono.
- ◆ Administrar Medicamento:
 - Administrar medicamentos para a indução do sono conforme prescrito.

4.º Diagnóstico de Enfermagem - Auto-cuidado: higiene, dependente em grau reduzido

Intervenções de Enfermagem:

- ◆ Supervisionar o auto-cuidado higiene;

- ◆ Gerir ambiente;
- ◆ Providenciar produtos de higiene/objetos pessoais necessários ao auto-cuidado;
- ◆ Manter presença contínua do Enfermeiro na Higiene;
- ◆ Estimular o doente para o auto-cuidado higiene.

5.º Diagnóstico - Processo de pensamento distorcido

Intervenções de Enfermagem:

- ◆ Avaliar a aceitação do estado de saúde;
- ◆ Avaliar delírio;
- ◆ Avaliar a atitude face à doença;
- ◆ Vigiar comportamento;
- ◆ Planear/oferecer escuta ativa;
- ◆ Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos;
 - Permitir a expressão de perceções, medos e sentimentos ajudando a identificar situações geradoras de ansiedade e incentivando a refletir sobre a compreensão/receção das mensagens.
- ◆ Gerir Comunicação (estabelecer contacto visual, evitar confrontar o doente; tom de voz adequado, postura,...);
- ◆ Gerir ambiente;
 - Reduzir estímulos promovendo ambiente calmo e evitando juízos de valor críticos ou confrontações.
- ◆ Registrar frequência, duração e tema do delírio;
- ◆ Gerir atividade lúdicas;
- ◆ Incentivar participação em atividade de distração;
- ◆ Atenuar delírio;
- ◆ Informar o médico sobre pensamento alterado;
- ◆ Gerir medicação em SOS;

6.º Diagnóstico: Adesão ao regime medicamentoso comprometido

Intervenções de Enfermagem:

- ◆ Avaliar adesão ao regime medicamentoso,
- ◆ Avaliar atitude face à gestão de medicamentos,
- ◆ Vigiar ingestão de medicação,
- ◆ Aumentar conhecimentos sobre o regime medicamentoso:
 - Incentivar doente a cumprir o regime terapêutico,
 - Informar acerca dos efeitos terapêuticos, efeitos adversos e interações medicamentosas.
- ◆ Ensinar o prestador de cuidados sobre o regime medicamentoso:
 - Instruir o doente/prestador de cuidados sobre as complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz.