



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“À descoberta de mim e dos outros...”

Verónica Brites Correia Moita

Leiria, Maio 2014



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“À descoberta de mim e dos outros...”

Verónica Brites Correia Moita, 5120341

Unidade curricular: Relatório de estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Gomes

Professor Co-orientador: Mestre João André Nunes Tomás

Leiria, Maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

*“O esforço é saudável e indispensável, mas
sem os resultados não significam nada”.*

Paulo Coelho

Á minha família por todo o apoio que me deu e pela compreensão pelo meu estado de espírito muitas vezes difícil.

AGRADECIMENTOS

À minha família que foi muito importante ao longo deste meu percurso pois sem eles não teria conseguido.

Ao meu marido Isaías, pela sua compreensão e pela sua disponibilidade em me ajudar em tudo o que eu fui precisando, sendo incansável na ajuda me que deu, no apoio nos momentos em que ia mais abaixo e achava que já não conseguia mais. O seu sentido positivo ajudou-me à minha saúde mental, sendo um dos meus principais pilares.

Ao meu pequeno Daniel pois foi crescendo saudável e, olhar para ele foi-me dando forças para continuar.

Um agradecimento especial também aos meus pais, Joaquim Manuel e Maria Irene por terem ajudado a cuidar do pequeno Daniel enquanto realizava o trabalho, à minha irmã Liliana, ao meu cunhado João e à minha avó Helena, pois também eles foram fundamentais no apoio que me deram.

Um obrigado também à minha amiga mestranda Joana pela paciência, pela partilha, pela disponibilidade, por estar ao meu lado nesta longa caminhada ajudando-me em todos os momentos.

Ao professor José Carlos Gomes também o meu muito obrigado pelos saberes que me transmitiu, pela palavra amiga e de incentivo no momento certo e por toda a sua disponibilidade e ao meu Co- Orientador João Tomás pelo tempo que me disponibilizou e pela partilha de experiências que trocou comigo ajudando-me assim na aquisição das minhas competências.

Um agradecimento também especial a duas pessoas que se cruzaram no meu caminho e me ajudaram a compreender melhor a saúde mental e a doença mental que foram as minhas orientadoras de estágio, especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, Cláudia Basílio em contexto de internamento no Hospital Nossa Senhora da Graça no Hospital de Tomar e Paula Nunes em contexto de Cuidados de Saúde Primários na UCC de Alcanena.

A todos o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde

CAT- Centro de apoio a Toxicodependentes

CBESA- Centro de Bem Estar Social de Alcanena

CHMT- Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DP – Desvio padrão

DSMIV- American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual

DGS- Direção-Geral de Saúde

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

GDS- Geriatric Depression Scale

ICD10- International Classification of Diseases

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPL- Instituto Politécnico de Leiria

M – Média

MARS- Medication Adherence Rating Scale

Md – Mediana

MMS- Mini Mental State Examination

NACJM- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE- Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PEC- Programa de Estimulação Cognitiva

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSI- Rendimento Social de Inserção

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO- World Health Organization

RESUMO

O presente relatório procura transmitir, de uma forma clara e objetiva, o percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos em dois contextos diferentes da prática: comunidade e internamento de Psiquiatria. Para além disso, procura descrever a reflexão feita sobre as intervenções desenvolvidas, contribuindo para um melhor conhecimento e compreensão da saúde e da doença mental e de forma a responder às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

No ensino clínico em contexto de internamento de Psiquiatria o principal objetivo foi o acompanhamento do doente mental, procurando utilizar estratégias que reduzissem o isolamento social, tendo sido este um dos principais focos identificados recorrendo para isso atividades que promovessem a interação grupal, como exercícios para treino de competências sociais e reuniões comunitárias.

No ensino clínico em contexto comunitário as intervenções tiveram como objetivo prioritário a promoção de Saúde Mental tendo como principal grupo alvo os idosos.

Foi desenvolvido um estudo de investigação baseado num programa concebido em contexto comunitário no Centro de Bem Estar Social de Alcanena – Programa *Estimul@r*. Este programa consistiu em, sessões de estimulação cognitiva, psicoterapia de grupo, sessões de Reminiscência, sessões de psicoeducação e sessões socioterapêuticas e psicossociais. O nível de saúde mental dos idosos foi avaliado através do seu funcionamento cognitivo e dos seus níveis de depressão através da aplicação de duas escalas, escala de Avaliação Breve do estado Mental (MMS) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas em ambos os casos, concluindo assim pela eficácia do programa de estimulação cognitiva *Estimul@r*.

Palavras-chave: Saúde Mental, Perturbação depressiva, Idosos, Estimulação Cognitiva

ABSTRACT

This report looks to pass, of a clear and objective way, the path developed in the clinical practices in two different contexts: community and psychiatric ward. Besides this, looks to describe the reflection made about the interventions developed, helping to a better understanding of the mental health and illness, and in a way to reply to general competencies of a specialist nurse, and, in the same way, to the specific ones of mental health nurse, defined by Ordem dos Enfermeiros.

In the clinical practices in psychiatric ward the main objective was follow the mental ill, looking for strategies to minor the social isolation, one of the main identified focus, using activities which promoted the group interaction, like social skills training and community meetings.

At clinical practices in community contexto the interventions had as main objective the mental health promotion, mainly in elders.

Was developed an investigation study based in a program conceived in community context at Centro de Bem Estar Social de Alcanena - *Estimul@r* program. This program consisted in cognitive stimulation, psychotherapeutic, reminiscence, psychoeducational, sociotherapeutic and psicossocial group sessions. The level of mental health of the elders was measured by their cognitive function and by their level of depression, using two scales: Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Scale. Was verified some statistical significant differences on both cases, which demonstrate the effectiveness of this program *Estimul@r*.

Keywords: Mental Health, Depression, Elders, Cognitive Stimulation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 20

- 1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIÁTRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA DE TOMAR 21
- 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALCANENA 27
- 1.3. CENTRO DE BEM ESTAR SOCIAL DE ALCANENA 31

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES 33

2.1. ATIVIDADES COMUNS AOS ENSINOS CLÍNICOS 35

- 2.1.1. Projetos de Aprendizagem 36**
- 2.1.2. Estudos de Caso 36**
- 2.1.3. Planos de Cuidados 37**
- 2.1.4. Registos de Enfermagem 37**
- 2.1.5. Reflexões Semanais 38**
- 2.1.6. Sessões de autoapresentação e autorretrato 39**
- 2.1.7. Sessões de Relaxamento 40**
- 2.1.8. Formação em Serviço 42**
- 2.1.9. Portfólio 44**

2.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO 45

- 2.2.1. Treino de Competências Sociais 46**
- 2.2.2. Reuniões Comunitárias 50**
- 2.2.3. Monitorização das Visitas 52**
- 2.2.4. Atividade Física 54**

2.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO 54

- 2.3.1. Sessões de Estimulação Cognitiva 59**
- 2.3.2. Sessões de Psicoterapia de Grupo 60**
- 2.3.3. Sessões de Psicoeducação 61**
- 2.3.4. Atividades Psicossociais e Socioterapêuticas 63**

2.3.5. Sessões de Reminiscência64

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROGRAMA ESTIMUL@R 67

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 69

3.2. METODOLOGIA 71

3.2.1. Objetivo do estudo, Questão de investigação e Hipóteses 71

3.2.2. Tipo de estudo 72

3.2.3. População e amostra 72

3.2.4. Operacionalização das variáveis 72

3.2.5. Procedimentos 74

3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 75

3.4. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 80

4. CONCLUSÃO 81

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

ANEXOS

ANEXO I – Estudo de Caso da Prática Clínica na Unidade de Cuidados Diferenciados

ANEXO II- Estudo de Caso da Prática Clínica na Unidade de Cuidados na Comunidade

ANEXO III – Guião do Relaxamento Progressivo de Jacobson

ANEXO IV – Formação em serviço: Importância da Comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas

ANEXO V – Folheto de adesão à terapêutica

ANEXO VI – Escala de MARS

ANEXO VII – Pedido de colaboração para realização da escala de MARS

ANEXO VIII – Manual de Atividades para treino de competências sociais

ANEXO IX – Imagens: Fatores Promotores da saúde mental

ANEXO X – Pedido de colaboração para a monitorização das visitas

ANEXO XI – Imagens Reminiscência Infância

ANEXO XII - Imagens Reminiscência Namoro

ANEXO XIII - Imagens Reminiscência Saudade

ANEXO XIV- Artigo para publicação na Revista Referência

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Média do MMS e do GDS antes e após a implementação do Programa *Estimul@r 77*

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1- Resumo do Programa *Estimul@r75*

INDICE DE TABELAS

TABELA 1- Caracterização demográfica da amostra quanto à idade 76

TABELA 2 - Caracterização demográfica da amostra quanto ao sexo 76

TABELA 3- Caracterização da amostra quanto ao funcionamento cognitivo e quanto à sintomatologia depressiva antes e após a implementação do Programa *Estimul@r* 77

TABELA 4- Resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon* no Mini Exame do Estado Mental (MMS) antes e após a implementação do Programa *Estimul@r* 79

TABELA 5- Resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon* na Escala Geriátrica da Depressão (GDS) antes e após a implementação do Programa *Estimul@r* 79

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido na unidade curricular de Relatório de Estágio, do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Este relatório consiste na reflexão crítica das atividades desenvolvidas como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no período de ensino clínico realizado no segundo semestre deste curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, entre os dias 4 de Março e 12 de Julho de 2013.

O Ensino Clínico II, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria do IPL, decorreu no Departamento de Psiquiatria do Hospital de Tomar, com duração de 224 horas.

O ensino clínico I e III, decorreu na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Alcanena, mas decorreu principalmente em contexto de lar, mais precisamente no Centro de Bem Estar Social de Alcanena (CBESA) com a duração de 340 horas.

Estes ensinamentos clínicos tiveram como objetivos principais desenvolver competências no âmbito da enfermagem especializada (Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro) e ainda, e mais especificamente na área da especialidade de saúde mental e psiquiatria (Regulamento n.º129/2011 de 18 de fevereiro) e promover a reflexão sobre as atividades realizadas no sentido de dar resposta a essas mesmas competências.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos de forma a tornar-se mais compreensível para o leitor. O primeiro capítulo consiste na caracterização do contexto da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, descritos anteriormente; o segundo refere-se à reflexão crítica reflexiva das atividades desenvolvidas em cada ensino clínico e as respetivas competências desenvolvidas e o terceiro capítulo aborda a prática baseada na evidência através do Programa *Estimul@r*.

Espero que este relatório consiga ser suficientemente claro e explícito de forma a evidenciar um processo de aprendizagem pessoal ao nível dos conhecimentos e das competências adquiridas, no decorrer dos ensinamentos clínicos do segundo semestre do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

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

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

Para além das competências comuns aos enfermeiros especialistas, foi na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que foram sendo desenvolvidos e aprofundados conhecimentos em contexto de Ensino Clínico de forma a dar resposta às Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria descritos em diário da República no Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011).

A missão do enfermeiro especialista em Saúde Mental descrita pela OE (2011) passa por prestar os cuidados especializados em diferentes contextos profissionais, isto é, quer na comunidade, quer no internamento. Assim sendo, os contextos da prática especializada em enfermagem saúde mental e psiquiatria desenvolveram-se em meio hospitalar (ensino clínico de enfermagem psiquiátrica, em contexto de internamento) nas primeiras sete semanas no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Tomar e em contexto comunitário na UCC (unidade de Cuidados na Comunidade) de Alcanena, mas mais especificamente no CBESA (Centro de Bem Estar Social) da mesma localidade nas restantes onze semanas.

A escolha dos locais deveu-se, para além da localização geográfica ser facilitadora de manter a articulação trabalho, estágio e vida pessoal, ao facto de terem enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria que pudesse contribuir com a sua

experiência para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências nessa área de atuação. De seguida será feita a caracterização de cada um dos contextos de ensinos clínicos.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA DE TOMAR

O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) foi criado em 2001, integrando os três hospitais distritais da região – Abrantes, Tomar e Torres Novas - numa única instituição. Serve uma população de, aproximadamente, 266 mil pessoas distribuída por 15 concelhos (CHMT, 2014).

O serviço de Psiquiatria faz parte do CHMT e está situado na Unidade Hospitalar de Tomar. A sua abertura foi em 2007 com o intuito de dar resposta aos doentes psiquiátricos em situação aguda de doença, que até a esta data eram referenciados para Lisboa (CHMT, 2012).

Consultado o enfermeiro chefe do serviço, os dados colhidos relativamente ao ano de 2013 (contados só a partir do dia 1 de Janeiro, não incluindo os que já se encontravam internados) fazem referência a 546 doentes internados, sendo 289 do sexo feminino e 257 do sexo masculino. Em termos de dias de internamento, a média foi de 5 dias. Outro dos dados aferido pelo enfermeiro chefe foi o número de internamentos compulsivos, registando-se 46 no ano supra citado.

O internamento compulsivo é uma situação especial de internamento prevista na Lei de Saúde Mental para salvaguardar o bem-estar do utente com agudização da patologia psiquiátrica. Segundo a Decreto-lei n.º36/98 de 24 de Julho (artigo 7.º) considera-se Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave. “O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa”. (artigo 8.º). O artigo 12.º diz que “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 recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado”.

Relativamente às patologias mais frequentes que levaram ao internamento, segundo ainda os dados fornecidos pelo Enfermeiro Chefe, estas foram a depressão e a esquizofrenia.

Estes dados vão ao encontro do que é referido no *World Health Organization* (2002):

“A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo” (WHO, 2002, p.12)

Segundo o mesmo relatório, o número de doentes com esquizofrenia apontava para os 24 milhões em todo mundo.

Este serviço tem como missão: “Prestar cuidados de saúde no âmbito de Psiquiatria e Saúde Mental adaptada a realidade sociodemográfica da área de abrangência do CHMT, envolvendo não só os utentes como também as famílias e cuidadores.” (CHMT, 2013b, p. 3).

Os principais objetivos deste departamento são:

- Promover o tratamento de indivíduos adultos portadores de doença mental moderada a grave em fase de descompensação aguda, por período de tempo limitado;
- Promover a reabilitação do doente mental;
- Promover a reintegração do doente mental na comunidade onde reside;
- Proporcionar técnicas de reabilitação e meios terapêuticos adequados; Afastamento das situações ou circunstâncias que funcionaram como desencadeantes e correspondem a fatores de manutenção da doença, nomeadamente, desvantagens económicas que fragilizam o indivíduo, conflitos conjugais e familiares, desemprego, entre outros;
- Elaboração de um conjunto de medidas psicoeducativas e psicoterapêuticas, com vista ao ajuste narcísico da personalidade, ao treino de competências sociais

e estratégias de resolução de problemas, à capacidade de gestão de conflitos, ao desenvolvimento da assertividade e resiliência face aos constrangimentos com que se debate no seu dia-a-dia. (CHMT, 2013b)

O serviço de Psiquiatria é composto por uma equipa multidisciplinar do qual fazem parte: 16 Enfermeiros sendo 8 Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, sendo um deles o Enfermeiro Chefe/Responsável, 6 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 assistente de Trabalho Administrativo, 2 Assistentes Sociais e 12 Assistentes Operacionais.

De acordo com o Regulamento do Serviço (2013b), referido pela OMS (2001) relativamente ao rácio de enfermeiros por número de utentes, são necessários 6 enfermeiros para 50000 utentes. Assim sendo, tendo como população abrangente 266 mil habitantes o Centro Hospitalar do Médio Tejo, seriam necessários 32 enfermeiros, estando pois este número muito abaixo do que se pretende (contabilizando os enfermeiros das outras valências do departamento). De acordo com o (Ministério da Saúde & OE, 2011), um dos aspetos importantes para atingir índices de qualidade de cuidados de saúde é apresentar dotação adequada de enfermeiros. Refere ainda que, para se obter a dotação segura há que ter em conta as horas de cuidados de enfermagem necessários para cada doente através do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (não existindo este sistema de classificação neste serviço de internamento) e o Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), ambos articulados para evidenciar ganhos em saúde. Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011), refere que a organização dos cuidados de enfermagem e mais especificamente a dotação de enfermeiros especialistas em saúde mental face à necessidade de cuidados de enfermagem são essenciais na procura permanente da excelência do exercício profissional, sendo por isso muito importante e urgente a criação de instrumentos de avaliação das necessidades de enfermeiros em saúde mental para se atingir esses cuidados de excelência tanto que tanto se ambiciona. Uma das dimensões do referencial de avaliação de idoneidade formativa é a dotação segura de enfermeiros, sendo um dos critérios a adequação do número de enfermeiros às necessidades dos cuidados de enfermagem através da utilização de um instrumento de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem (Regulamento nº 167/2011).

Em termos de dotações seguras na área da Saúde Mental e Psiquiatria não existem números do Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros no Guia de Recomendações para o cálculo de dotações de enfermeiros.

Um dos modelos teóricos subjacentes à Filosofia do Cuidar em enfermagem do CHMT, (para além do de Orem, Roy, Leininger, Meleis e Casey) é o de Peplau. Neste, o doente é considerado como parceiro no processo de enfermagem e tem como base os seguintes pressupostos:

- a postura adotada pelo enfermeiro interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidados ao longo da sua experiência como doente;
- o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitam e orientam o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianas (CHMT, 2013a, p.6)

O método de distribuição de trabalho de Enfermagem no serviço é, desde o início do corrente ano o método de trabalho por Enfermeiro Responsável, para dar resposta aos critérios de Idoneidade Formativa. Este método é o que permite que os cuidados sejam mais personalizados, e o que permite uma maior autonomia e responsabilidade profissional. Com este método é mais provável que se estabeleça uma relação terapêutica enfermeiro/utente (CHMT, 2013a)

De forma a recolher o maior número de dados possível que permitam conhecer o doente internado, é feito no serviço a avaliação inicial de enfermagem. Esta é feita com o próprio, caso este reúna condições para tal ou com a colaboração do seu cuidador de referência, preconizando-se que seja realizada nas primeiras 48 horas de internamento. Esta normalmente é feita logo no dia do internamento do doente, pelo menos no que diz respeito aos dados mais relevantes, completando-se os outros dados posteriormente e logo que possível.

Da história clínica de Enfermagem faz parte o exame mental. Segundo Trzepacz e Baker (2001, p.14) “ A correta avaliação e tratamento psicopatológicos, disfunção cognitiva e angústia emocional só se pode basear numa apreciação meticulosa e objetiva do doente, utilizando o exame psiquiátrico do estado mental”. Ainda segundo os mesmos autores,

este exame é um elemento de avaliação psiquiátrica que inclui a observação do comportamento do doente e a sua descrição de forma objetiva e clara e sem fazer juízos de valor e procura identificar os sinais de doença. Para Trzepacz e Baker (2001) o exame psiquiátrico do estado mental é relativo ao estado presente do doente e não pode ser feito separadamente da avaliação global do mesmo, pois muita da informação é recolhida durante a entrevista e, para efetuar parte desse exame basta apenas observar o doente.

A forma de registo da História Clínica de Enfermagem é feita no sistema SAPE (sistema de apoio à prática de Enfermagem). Os registos de enfermagem são realizados também no sistema SAPE, através da linguagem classificada CIPE (classificação internacional para a prática de enfermagem). Com esta linguagem classificada pretende “proporcionar uma terminologia para a prática que funcione como estrutura unificadora, na qual os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados, permitindo a comparação de dados de enfermagem” (CHMT, 2013a, p. 17). A CIPE pretende ser um instrumento que facilite a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. A utilização desta pretende ainda facilitar aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados a serem prestados aos doentes (OE, 2009b). A utilização desta linguagem classificada vai ao encontro do que está preconizado no referencial de Avaliação pelo da idoneidade formativa onde faz referencia à necessidade de haver um sistema de informação em enfermagem que contenha os diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados (Regulamento nº 167/2011).

Os registos são feitos ao longo de todos os turnos, pretendendo-se que estes espelhem ou traduzam todos os cuidados prestados de forma clara e objetiva para que haja continuidade de cuidados. Sempre que assim se justifique deve proceder-se à atualização do plano de Cuidados, nomeadamente em termos de diagnósticos de enfermagem e ações a realizar. Pretende-se que este individualize os cuidados a prestar a cada doente.

Este serviço tem capacidade para internamento de 24 doentes e pode ser preenchida utentes residentes na área de influência do CHMT, com mais de 18 anos, que necessitem de internamento psiquiátrico por doença mental agudizada mediante

avaliação prévia pelo Médico Psiquiatra, podendo ser tanto do sexo masculino como feminino, visto tratar-se de um serviço misto. As enfermarias organizadas da seguinte forma: 4 enfermarias de 4 camas, 6 enfermarias de 1 cama e 1 enfermaria com 2 camas. Para além destes, existe ainda um quarto destinado ao isolamento de doentes com auto e hétero agressividade ou quadro de agitação psicomotora.

De forma a dar resposta a mais uma das dimensões do referencial de Avaliação da Idoneidade formativa, que é o Sistema de Melhoria Continua da Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros, devem existir instalações adequadas à prática de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança (Regulamento nº 167/2011). Neste serviço existem algumas regras importantes, principalmente em termos de segurança para os doentes e profissionais, uma vez que os doentes de foro psiquiátrico por vezes apresentam sinais de agitação psicomotora, agressividade ou violência. Estas medidas são aplicadas de forma sistemática e continua a todos os doentes internados e são as seguintes:

- A porta principal do serviço com o exterior encontra-se sempre fechada a chave, só sendo aberta pelos profissionais do serviço;
- As portas das casas de banho, dos gabinetes, das salas de trabalho, das arrecadações, das zonas de limpos e sujos, ou seja, todas as portas no interior do serviço, exceto as dos quartos dos doentes, encontram-se fechadas a chave quando essas mesmas áreas não estão a ser utilizadas;
- As janelas estão sempre trancadas com sistemas próprios de segurança que impedem a sua abertura;
- Não é permitido o uso de telemóvel;
- Não é permitido guardar alimentos na mesa-de-cabeceira;
- Existem horas específicas para fumar em sala própria;
- À entrada é feito o espólio do doente, composto pelos seus bens como carteira, telemóvel, cigarros ou outros bens;

- Os objetos de uso pessoal (objetos para higiene e conforto) são guardados no armário do quarto e fechado a chave, só tendo os doentes acesso aos mesmos quando o solicitarem;
- À entrada é feita uma revista a roupa dos doentes, sendo retirados cordões, atacadores, fios, todos os objetos considerados perigosos.
- Existem horários para a medicação, alimentação, higiene, visitas, para idas ao bar e para fumar;
- Os doentes só se podem ausentar do serviço mediante prescrição médica e autorização do enfermeiro responsável. As ausências do serviço serão sempre acompanhadas de dois enfermeiros.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALCANENA (UCC)

O Concelho de Alcanena pertence ao distrito de Santarém e ocupa uma área geográfica de 127 Km² estando inscritos no Centro de Saúde 15875 utentes. Segundo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) nos Censos a população residente neste concelho é de 13 868.

Segundo a ACES Serra d'Aire (2010), a Unidade de Cuidados na Comunidade de Alcanena (UCC) tem por nome Unidade de Cuidados na Comunidade de Olhos de Água pois situa-se entre o Maciço Calcário Estremenho e a Bacia Terciária do Tejo e o seu logotipo é duas gotas de água em movimento, formando um rio entre si e as cores, Verde (fluxo) e Azul (energia) simbolizam os pilares da UCC.

Está associado a uma comunidade que pretendem que seja ativa e dinâmica, tendo como objetivo potenciar as capacidades das pessoas e fazer com que estas adotem comportamentos saudáveis, independentemente do Ciclo de Vida que estão a viver (ACES Serra d'Aire, 2010)

A Unidade de Cuidados na Comunidade, tem como objetivo, definido pelo Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro art.º 11º “ UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e

funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

Assim, segundo a ACES Serra d’Aire (2010) esta forma de atuação, em que a promoção da saúde é prioritária implica uma articulação entre a UCC, as diferentes unidades funcionais e a comunidade. Pretende criar estímulos para serem construídas parcerias entre diferentes profissionais de saúde e pretende envolver as pessoas para que estas encontrem soluções para resolver os seus problemas.

O plano de ação é um instrumento essencial para a organização e funcionamento da UCC, permitindo o acompanhamento das atividades e a avaliação das mesmas.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos.

O agrupamento de centros de saúde participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. Assim a UCC é uma das unidades funcionais que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais de um ACES.

Segundo a ACES Serra d’Aire (2010), os valores que orientam esta UCC são a justiça, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade. Relativamente aos princípios, dão ênfase à sustentabilidade e à continuidade e ainda à autonomia da pessoa e à humanização dos cuidados.

Os programas e projetos pretendem que seja feita uma abordagem centrada no Ciclo de Vida e na Comunidade e podem dividir-se por quatro áreas: Intervenção com grupos, Intervenções na Comunidade, Cuidados Continuados Integrados e Intervenções em parceria (ACES Serra d’Aire, 2010). Os principais projetos desenvolvidos pela UCC são:

- Ateliês de Sensibilização para Estilos de Vida Saudáveis - a população alvo é a população ativa e tem como objetivos promover estilos de vida saudáveis na

população ativa (alimentação, exercício, ...) e promover a participação das pessoas ativas nos ateliês de prevenção das dependências (álcool, tabaco, ...);

- “Acolher o doente mental” - Neste programa foram acompanhadas o ano de 2012, 72 pessoas, dos quais 16 realizam terapêutica neuroléptica injetável e tem como objetivo monitorizar os doentes que realizem terapêutica neuroléptica no Centro de Saúde e criar o “enfermeiro de referência” na articulação de cuidados (prestador de cuidados informais, equipa de saúde e cuidados diferenciados). Este programa vai diretamente de encontro ao objetivo delineado no Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2012) “Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias.”. Existem estudos, um pouco por todo mundo, que provam que a intervenção próxima da comunidade nos centros de saúde, realizada por profissionais preparados, reduz a institucionalização e aumenta a saúde mental dos utentes com patologia do foro mental WHO (2002, p.59)
- Intervenção em parceria com outras entidades: Intervenção precoce, o NACJR (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco), a CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), a Rede social e o RSI – Rendimento Social de Inserção - No ano 2012 foram seguidas 51 crianças em Intervenção Precoce; no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco foram Sinalizados – 37; Acompanhamento pela UCC – 14; na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens foram feitas intervenções em 59 crianças e 60 famílias; na rede social foi feita atualização do diagnóstico social; e no Rendimento Social de Inserção foram seguidas 40 famílias e 121 pessoas. Estas parcerias respondem ao PNSM (Ministério da Saúde, 2012) quando propõem a melhoria dos serviços ao nível dos cuidados de saúde primários exatamente nestas áreas, estes devem articular-se e ser parceiros de outras estruturas da comunidade (por exemplo, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, instituições de acolhimento para crianças em risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), projetos de intervenção psicossocial local). No fundo estes projetos permitem integrar os cuidados de saúde nas respostas da comunidade, que é a grande

mudança de paradigma da Psiquiatria no séc. XXI, potenciando assim o capital social disponível para a promoção de saúde mental e combate à doença mental (Lehtinen, 2008).

Existe ainda um projeto, na intervenção com grupos, para criar o Grupo de Jovens Promotores de Saúde de Alcanena em que população alvo são jovens dos 10 – 20 anos e tem como objetivos promover o crescimento pessoal dos jovens com vista ao desenvolvimento da autonomia, sociabilidade, autoestima e autoconfiança e contribuir para que os jovens entendam que a saúde é uma construção coletiva e permanente.

A área da formação contínua também é uma aposta da UCC que vai ao encontro de um dos aspetos considerados no Referencial de Avaliação para a idoneidade formativa que é a política de formação contínua de enfermeiros como forma de promover o desenvolvimento profissional e da qualidade (Regulamento nº 167/2011). Em 2012 a formação esteve centrada na implementação dos projetos propostos, nomeadamente a formação de serviço, aproveitando momentos ainda que informais, quando a equipa estava reunida. As áreas abordadas centraram-se nos registos e estudos de casos específicos de forma a uniformizar formas de atuação. Os objetivos deste programa são promover formação contínua orientada para as necessidades (reais e sentidas), dinamizar discussão de casos clínicos, dinamizar formação interna e dinamizar a partilha das ações de formação externa.

No Plano de Ação para cada programa específico da UCC são apresentados objetivos, indicadores e metas a atingir.

Como perspetivas futuras abordam os Programas de Melhoria Continua da Qualidade para conseguirem a Acreditação e para tal pretendem estabelecer Padrões de Qualidade, realizar auditorias das diferentes práticas realizadas para desse modo melhorar os cuidados de saúde prestados. Para além disto pretendem desenvolver projetos de investigação e desenvolvimento, cujos resultados possam dar apoio aos diferentes programas, no seu planeamento, na sua execução e na sua avaliação. Assim sendo, consideram imprescindível a prática clínica baseada na evidência científica de forma a assegurar melhores cuidados de saúde às pessoas procurando a excelência e a inovação. (ACES Serra de Aire, 2010)

1.3 CENTRO DE BEM ESTAR SOCIAL DE ALCANENA (CBESA)

O CBESA (Centro de Bem Estar Social de Alcanena) situa-se na freguesia de Alcanena, concelho de Alcanena e distrito de Santarém.

No dia 1 de Janeiro de 1912 foi criada a associação de assistência de Alcanena tendo como principal impulsionador José Alves Anastácio, para construir e manter um estabelecimento hospitalar. Depois de um longo percurso, em Fevereiro de 1983 foi registada como instituição particular de solidariedade social e pessoa coletiva de utilidade pública.

As linhas orientadoras desta instituição são, as definidas no Diário da República, 1.^a série, n.º 58 de 21 de março de 2012, ou seja, os princípios de atuação dos lares de idosos: Qualidade, Eficiência, Humanização e Respeito pela individualidade, a Interdisciplinaridade, avaliação integral das necessidades do residente, a Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia e a Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

A Missão da Instituição é assegurar a promoção e manutenção da saúde dos nossos utentes/ clientes, de acordo com as necessidades sociais da comunidade. É sua missão proporcionar aos clientes um ambiente familiar e acolhedor, num claro compromisso de qualidade, desenvolvendo, para tal, os recursos e competências necessários à satisfação total dos mesmos. Quanto à visão esta pauta-se pela ambição por ser uma instituição de referência pelo conjunto de valores transmitidos à comunidade, bem como desenvolver serviços de qualidade reconhecida e que tragam valor acrescentado à população que serve.

Os Valores são o respeito pela individualidade da pessoa, trabalho em equipa, ética profissional, promoção da vida e saúde e solidariedade social. Nesta instituição procura-se trabalhar não pela pessoa mas em conjunto com esta, estabelecendo com a mesma uma relação de proximidade, procurando compreendê-la, o que vai ao encontro da teoria de Peplau, que defende a teoria das relações interpessoais entre o enfermeiro e o utente. Considera que o enfermeiro e o paciente aprendem e crescem como resultado da interação, tratando-se de um processo terapêutico (Belcher & Fish, 1993).

Em termos de estrutura física, o CBESA tem a forma de H e é constituído por 5 zonas: zona amarela, zona laranja, zona azul, zona vermelha e zona verde onde se encontram os quartos dos idosos. São dois os pisos que o constituem: o piso térreo é constituído pela secretaria, a sala da diretora, o refeitório, a cozinha, salas de estar dos utentes: 2 grandes e 4 pequenas, a sala de psicologia, o ginásio do professor de educação física, a enfermaria e gabinete de enfermagem, a lavandaria e rouparia, os wc e os quartos dos idosos, o primeiro piso é constituído por gabinetes da direção, gabinete de contabilidade, gabinete da diretora técnica do hospital e sala de reuniões. Fora da estrutura do H encontram-se ainda 10 residências/apartamentos, ficando 5 de cada lado.

Esta Instituição é composta por uma Diretora Técnica, um Animador Cultural e Desportivo, um Encarregado de Setor responsável por 24 ajudantes de Ação Direta, um Encarregado Geral responsável por: 10 pessoas no setor da cozinha, 2 pessoas no setor da lavandaria, 3 pessoas no setor da rouparia, 8 pessoas de setor de serviços auxiliares, e pessoa do refeitório. Para além destes elementos existem mais recentemente 2 enfermeiros e 1 Psicóloga (em estágio profissional).

Existem utentes em Centro de Dia, em Apoio Domiciliário e em Lar, distribuídos da seguinte forma:

- 2 Idosos em Centro de Dia, embora a instituição tenha acordo para 8 utentes;
- 27 Idosos em Apoio Domiciliário, embora a instituição tenha acordo para 40;
- 69 Idosos em regime de Lar – a instituição tem acordo para 64, encontrando-se 5 idosos a frequentar o lar sem usufruir do regime de acordo, ou seja, de forma particular, acarretando todas as despesas.

No Centro de Bem-estar a Psicóloga dinamiza atividades de estimulação cognitiva, como trabalho de memória, de atenção e concentração e acompanhamento psicológico e o animador cultural e desportivo, dinamiza atividades físicas com os idosos e organiza atividades fora da instituição como passeios e interação com idosos de outros Lares.

Para além destas atividades é dado espaço à formação em serviço para os Auxiliares de Ação direta, tendo como formadores quer a psicóloga, quer os enfermeiros, quer o Animador Cultural e Desportivo.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES

Neste capítulo pretende-se fazer 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 os ensinamentos clínicos e o seu contributo para o processo na prática especializada.

O capítulo está organizado num primeiro ponto pelas atividades desenvolvidas que são comuns aos ensinamentos clínicos e nos pontos seguintes pelas atividades desenvolvidas no estágio em cuidados diferenciados e em cuidados na comunidade.

O regulamento do exercício profissional do enfermeiro define o enfermeiro como:

“o profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do REPE).

O enfermeiro especialista é um profissional com um curso de especialização em enfermagem, a quem é reconhecido competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados em determinada área de especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do REPE).

Todos os enfermeiros especialistas devem possuir competências comuns qualquer que seja a sua área de especialidade “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Regulamento nº122/2011, p.8649). Os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista são quatro:

- A- Responsabilidade Profissional, ética e Legal;
- B- Melhoria Contínua da Qualidade;

- C- Gestão dos Cuidados;
- D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

De acordo com o Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de enfermagem (OE,2010), a individualização das especialidades em enfermagem tem como finalidade cuidados de saúde em geral, e de enfermagem em particular mais seguros e com maior qualidade através do aumento do número de especialistas, acompanhando o crescimento da profissão de enfermagem. Assim sendo, existem competências que são particulares e específicas a cada área de especialidade, sendo as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº122/2011, p.8649). As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental integram, junto com o perfil das competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas e que são:

- F1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- F3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- 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.” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670).

O enfermeiro Especialista em Saúde Mental “ compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada por fatores contextuais” (OE, 2011, p. 2).

A componente relacional de excelência, a mobilização de si próprio como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas,

psicossociais e psicoeducacionais ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, família, grupos ou comunidade, constituem a especificidade da prática clínica da Enfermagem de Saúde Mental, permitindo estabelecer relações de parceria com o cliente, ajudando-o a aumentar a capacidade de analisar os problemas e a capacidade de arranjar formas de resolução dos mesmos (OE, 2011).

Isto vai ao encontro do que nos diz Peplau na sua teoria das Relações interpessoais, teoria com enfoque na relação enfermeira/doente, considerando este como parceiro no processo de enfermagem. (Howk, 2004)

Peplau com a sua teoria, reflete a preocupação com a compreensão da natureza da enfermagem. Através desta, foi possível identificar que a enfermagem é vista como uma forma de interagir com o utente e através desta relação, fazer de uma situação de doença, uma oportunidade para o crescimento e o amadurecimento pessoal de enfermeira e utente (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Também vai ao encontro da primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental o que nos diz Peplau que, para um relacionamento interpessoal satisfatório é necessário que o enfermeiro esteja atento às suas próprias necessidades pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de nos compreendermos a nós mesmos. (Almeida et al, 2005). Para Peplau a enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, assim como da outra pessoa envolvida na ação interpessoal (Belcher & Fish, 1993).

2.1 ATIVIDADES COMUNS AOS ENSINOS CLINICOS

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram sendo desenvolvidas algumas atividades que procuraram dar resposta às competências comuns e às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Em todas as atividades desenvolvidas procurou-se respeitar a vontade do utente/doente, solicitando sempre o seu consentimento verbal para a participação nas mesmas respondendo assim à competência comum do enfermeiro especialista relativamente ao desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal (competência A1, A2).

As atividades comuns aos ensinamentos clínicos que passarão a ser descritas de seguida foram: projetos de aprendizagem, estudos de caso, planos de cuidados, registos de

enfermagem, reflexões semanais, sessões de auto apresentação e autorretrato, sessões de relaxamento, formação em serviço e por fim o portfólio de aprendizagem.

2.1.1. Projetos de aprendizagem

Antes dos ensinamentos clínicos foram realizados os projetos de aprendizagem, constituindo estes uma ferramenta fundamental para a estruturação e concretização de objetivos pessoais, profissionais e académicos, e instrumento de trabalho, permitindo orientar as atividades a desenvolver. Pelo seu carácter dinâmico e flexível, um projeto permite ajustes constantes, adaptando-se à evolução das situações. Segundo Gomes (2013, planeamento descritivo do 2º semestre) os projetos de estágio surgem pela necessidade de haver um envolvimento ativo dos alunos na sua própria formação. A realização destes enquadra-se nas competências comuns do eixo D.

2.1.2. Estudos de caso

Nos ensinamentos clínicos, efetuou-se a colheita de dados dos utentes identificando as suas necessidades e fomentando uma relação terapêutica com estes, nomeadamente nos utentes do estudo de caso, garantindo a privacidade e confidencialidade (nome de utente fictício) relacionadas com o respeito pela sua individualidade sem emitir juízos de valor.

Os estudos de caso foram selecionados tendo em conta serem situações que despertassem interesse, situações em que se verificasse alterações na realização do exame mental e que estivessem relacionadas com os conteúdos abordados em sala de aula. O estudo de caso teve como objetivo poder refletir sobre um caso específico, poder desenvolver atividades e no final olhar criticamente para estas no sentido de perceber se ajudou a resolver/minimizar os problemas identificados, tendo por base as competências do enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e tentar perceber se as intervenções foram eficazes no sentido de alterar o estado de diagnóstico do identificado de forma a obtenção de ganhos em saúde. O estudo de caso da prática clínica em unidade de cuidados diferenciados foi relativo a uma utente com perturbações psicóticas – alucinações (Anexo I) e o estudo de caso da prática clínica na comunidade teve como foco de atenção a depressão (Anexo II). No geral as intervenções desenvolvidas com os utentes dos estudos de caso foram eficazes tendo-se verificados alterações no estado do diagnóstico, considerando por isso ter havido ganhos em saúde. Com a realização destes

desenvolveu-se as competências comuns do eixo A,B e D e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental F2,F3,F4.

2.1.3. Planos de Cuidados

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem uma metodologia científica que inclua entre outras coisas a identificação do problema, a elaboração de planos para a prestação de cuidados de enfermagem e posterior avaliação e reformulação. (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do REPE).

Assim sendo, as primeiras semanas de integração nos locais de estágio serviram para conhecer as dinâmicas e necessidades em termos de intervenções e de forma mais eficaz se puderem delinear planos de cuidados com intervenções devidamente estruturadas e fundamentadas antes da realização de cada sessão. No final de cada intervenção foi feita a avaliação da mesma de forma a perceber a sua eficácia. Com a elaboração dos planos de cuidados foi possível desenvolver a competência comum da melhoria contínua da qualidade eixo D e eixo B (B3), no sentido de ir permitir criação de um melhor ambiente terapêutico, gerindo melhor os recursos e garantindo a gestão do risco.

Segundo a OE (2011), devem ser identificados o mais rapidamente possível os problemas reais ou potenciais do cliente a nível de saúde mental de forma a serem prescritas intervenções, implementadas e posteriormente avaliadas para que estes possam ser evitados ou minimizados, sendo que estas intervenções devem ser feitas de acordo com a evidência científica disponível. Este plano deve ser global e integrar a valorização do potencial de cada um.

2.1.4. Registos de Enfermagem

Uma ferramenta importante e essencial na profissão de enfermagem é o sistema de registos, uma vez que se pretende que este dê visibilidade às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro. Bolander (1998) refere que os registos têm como finalidade a comunicação, o planeamento dos cuidados, a auditoria, a investigação, a educação e a documentação legal e histórica. Refere ainda que nestes devem constar a evolução do doente, os dados mais importantes, devem descrever claramente as situações, devem

apresentar pormenores suficientes e ainda estatísticas claras e valores importantes bem como medidas de avaliação.

Um dos enunciados descritivos apresentado pela Ordem dos Enfermeiros diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem. Este enunciado refere a importância de haver um sistema de registos de enfermagem que inclua as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem que o cliente obtém (Regulamento nº 167/2011).

Quer no ensino clínico em intervenção hospitalar, quer no ensino clínico em intervenção comunitária se utilizou a linguagem classificada CIPE através do aplicativo informático SAPE. O referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa refere na sua terceira dimensão a importância da existência de Sistemas de Informação em Enfermagem (Regulamento nº 167/2011). A utilização desta linguagem classificada permite o desenvolvimento da competência comum relativa ao eixo B, nomeadamente B2.1 pois através da utilização do sistema SAPE pode obter-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem através de indicadores de estrutura, processo e resultado como é preconizado, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade e também do eixo C, pois é através dos registos SAPE que se constroem planos de trabalho que permitem dar continuidade aos cuidados, havendo pois uma melhor gestão dos mesmos, tendo sempre como principal objetivo os melhores cuidados possíveis ao doente.

2.1.5. Reflexões semanais

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram sendo feitas reflexões semanais sobre o que ia sentindo e vivenciando, fazendo auto-análise pois só assim é possível a compreensão do outro. Sendo a primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro...” e uma vez que esta capacidade de autoconhecimento interfere na capacidade para se estabelecer uma relação terapêutica (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670) seria imprescindível adquiri-la e impossível fazê-lo sem este processo reflexivo.

Tudo isto vai ao encontro do que nos diz Peplau na sua teoria das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa. Sendo este processo influenciado pelas percepções de cada um constitui-se como um processo terapêutico no qual enfermeiro e o paciente aprendem e crescem como resultado da interação (Belcher & Fish, 1993). Peplau

pretende com a sua teoria identificar conceitos e princípios que sustentem as relações interpessoais que se verificam na prática de Enfermagem para que as situações de cuidado se possam transformar em experiências de aprendizagem e de auto conhecimento. (Almeida, et al, 2005)

A autoconsciência é um elemento essencial da experiência de enfermagem psiquiátrica. Atingir uma comunicação autêntica, sincera e pessoal é o objetivo do enfermeiro, pelo que este deve ter a capacidade de examinar os seus sentimentos, ações e reações pessoais. Uma compreensão e uma firme aceitação de si mesmo permite ao enfermeiro reconhecer as diferenças e a individualidade de cada pessoa (Stuart & Laraia, 2001). Também Phaneuf (2005, p.177) refere a importância do autoconhecimento, da autorreflexão “ permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisamos fazer para melhorar...” e da introspeção na profissão de enfermagem “um olhar introspetivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades, mas permite também melhorarmo-nos”.

2.1.6. Sessões de auto apresentação e autorretrato

As sessões de auto apresentação e autorretrato são essenciais, uma vez que permitem “quebrar o gelo”, conhecer os utentes, o profissional dar-se a conhecer iniciando a relação de empatia e relação de ajuda e estabelecendo a comunicação e a interação grupal para depois se poder proceder à realização de outras atividades. Phaneuf (2005, p.324) refere que na relação de ajuda “a pessoa que a estabelece, a que ajuda, está essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento”, e refere ainda que esta relação “visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (Phaneuf, 2005, p.324) assim sendo, faz todo sentido como especialista em saúde mental e psiquiatria iniciar-se desde logo este tipo de relação. A OE (2001) também valoriza a relação interpessoal enfermeiro/pessoa cuidada, referindo que os cuidados de enfermagem se centram nessa mesma relação, sendo assim de importância crucial que esta comece logo a ser estabelecida.

Os jogos proporcionam a verdadeira comunicação, ajudando as pessoas a descontraírem em grupo e permitem clarificar ou facilitar determinada área de resposta, como por exemplo o desenvolvimento social, pessoal e da concentração, ou somente como exercício de apresentação do grupo (Brandes & Phillips, 2006).

Falar sobre si próprio não é um processo fácil pois mexe com as emoções e sentimentos, assim, os jogos psicológicos em grupo, nomeadamente a auto apresentação e o autorretrato permitem a tomada de consciência da forma como cada um se vê, facilitando o adquirir de novas formas de pensar, de sentir e de se relacionar com os outros (Manes, 2011).

O autoconhecimento, permitido pelo jogo do autorretrato, é um processo em que a pessoa compreende os seus valores, motivações, limitações e pensamentos, o que pode vir a permitir o reconhecimento da forma como estes afetam os outros (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007).

Estas atividades quer num contexto de internamento, quer no contexto de lar foram muito importantes e bem aceites pelas pessoas, sendo que as pessoas do lar já se conheciam e por isso não tiveram dificuldade em se apresentar mas tiveram dificuldades em escrever uma característica com a qual se identificassem e relativamente ao internamento, as pessoas conseguiram de um modo geral escrever ou desenhar algo que os caracterizasse, ou melhor, algo que estavam a sentir naquele momento. Após esta atividade percebeu-se que os utentes apresentaram maior facilidade em falar sobre si, conseguindo apontar aspetos positivos relativos à sua forma de ser e de estar mostrando assim uma imagem mental de si mesmos mais positiva. Com esta atividade foram desenvolvidas as competências específicas F2 e F3.

Com esta atividade obtiveram-se ganhos em saúde no estado dos seguintes diagnósticos:

**Diagnósticos CIPE antes da
Intervenção:**

- Autoconhecimento diminuído
- Auto Imagem diminuída



**Diagnósticos CIPE após a
Intervenção:**

- Autoconhecimento melhorado
- Auto Imagem melhorada

2.1.7. Sessões de Relaxamento

As sessões de relaxamento foram também comuns aos ensinamentos clínicos. Em contexto de internamento foram feitas aos doentes e em contexto comunitário foram feitas aos utentes do lar e aos enfermeiros do Centro de Saúde de Alcanena. Relaxar é importante qualquer que seja o contexto pois permite aliviar tensões quer física quer mentalmente.

Para Ryman (1995) citado por Payen (2003), o relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. O relaxamento promove conforto, reduz a ansiedade, alivia o stress, reduz a dor, e previne a agressividade (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). As técnicas escolhidas no internamento foram a Imagética e o Relaxamento Progressivo de Jacobson (Anexo III), sendo apenas esta última utilizada no contexto comunitário.

Esta técnica envolve a contração e descontração dos músculos voluntários numa sequência ordenada, até que o corpo, como um todo, obtenha benefícios (Stuart & Laraia, 2001).

A técnica da Imagética, pretende despertar a imaginação através de imagens e que segundo Junqueira (2006) permite desenvolver zonas cerebrais criadoras de imagens. Nesta técnica tudo é simbólico e é capaz de despertar sensações agradáveis melhorando o humor e a motivação. A imaginação permite criar imagens mentais associadas a ambientes de bem-estar e permite que gradualmente se esqueçam más emoções, geralmente associados ao dia a dia (Junqueira, 2006).

Os resultados destas intervenções foram diferentes nos diferentes contextos, sendo que no internamento os utentes no geral apreciaram bastante este tipo de técnicas e a maioria conseguiu relaxar acontecendo o mesmo com os profissionais do centro saúde Alcanena mas com os idosos a técnica não se mostrou eficaz pois a maioria não conseguiu relaxar. Com esta intervenção quer os utentes do internamento, quer os profissionais da UCC de Alcanena apresentaram através da observação do exame do estado mental, uma postura menos tensa, mostrando-se mais bem-dispostos e relaxados no final das sessões.

Assim sendo, considera-se que com o relaxamento foi possível em contexto de internamento e na UCC obter alguns ganhos em saúde alterando o estado dos seguintes diagnósticos:

**Diagnósticos CIPE antes da
Intervenção:**



**Diagnósticos CIPE após a
Intervenção:**

-Stresse presente

-Stresse melhorado

- Bem-Estar diminuído

- Bem-Estar melhorado

Presente nesta atividade estiveram o desenvolvimento das competências comuns do eixo B3.1.7 relativo á promoção da adesão à saúde e segurança ocupacional, como referido no Regulamento 122/2011 e o desenvolvimento das competências específicas F2.3.4 pois foi realizado em contexto de trabalho (UCC) para redução do stresse e promoção da saúde mental e F4.2.5 pois é utilizada para reduzir tensões emocionais como refere o Regulamento nº129/2011.

2.1.8. Formação em serviço

O Regulamento n.º122/2011 refere que a formação em serviço é da responsabilidade do enfermeiro especialista, e este assume um papel importante na formação dos seus pares e, inclusivamente de outros profissionais de saúde. Assim, em cada um dos ensinamentos clínicos foi programada e realizada uma sessão de formação em serviço de forma a responder às necessidades formativas identificadas através da observação, e de modo a alcançar algumas competências inseridas nos Regulamentos nº122/2011 e nº129/2011, especificamente eixos C, F2, F3, F4. O tema geral escolhido para as formações em serviço foi a Comunicação. Em contexto de internamento foi mais especificamente “Comunicação Assertiva” e a população alvo foram as assistentes operacionais do serviço. Em contexto comunitário o tema mais específico foi a “Importância da Comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas” (Anexo IV). Este tema foi escolhido tendo em conta para além das necessidades formativas encontradas através do diálogo com as responsáveis da Instituição, a colaboração no projeto da melhoria da qualidade dos cuidados, uma vez que a comunicação é um dos itens pelos quais estas vão ser avaliadas no guião de avaliação do comportamento, tendo por isso sido considerada esta temática uma mais-valia.

Os principais objetivos destas formações em serviço foram, no caso do internamento desenvolver capacidades assertivas e promover comportamentos adequados dos assistentes para com os utentes internados e, no caso do Centro de Bem Estar pretendeu-se que estas conseguissem melhorar a comunicação ao cuidar deste tipo de população, com as características específicas que a idade trás e deste modo capacita-las, através da informação transmitida.

Com estas sessões foi possível desenvolver competências comuns do Enfermeiro especialista, como: B e D e competências do enfermeiro especialista em saúde mental F2.

A comunicação assertiva é para Alberti e Emmons (1990), citados por Townsend (2002, p. 172) “comportamento que possibilita aos indivíduos agir em defesa de seus interesses, firmar sua posição sem uma ansiedade excessiva, expressar sentimentos francos com segurança ou exercer seus próprios direitos sem negar os direitos dos outros.” Esta é a indicada para que os direitos de todos os intervenientes na comunicação sejam respeitados e assim não haja subserviências, nem desigualdades (Azevedo, 1999).

A comunicação estabelece um relacionamento terapêutico porque implica na condução de informações e na troca de pensamentos e sentimentos. (Stuart & Laraia, 2002)

Segundo Phaneuf (2005) a Comunicação é um processo de criação de informações e de troca e partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. É transmitida de forma consciente ou inconsciente de forma verbal ou não verbal. Através desta aprendemos e compreendemos as intenções, opiniões, sentimentos e emoções que os outros sentem.

A comunicação é sem dúvida fundamental no processo de relacionamento com o outro, pois é o meio pelo qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, podendo tornar possível um bom resultado da prática de cuidar, como refere Sequeira (2010, p.144) “O bem-estar do cuidador é fundamental para uma prestação de cuidados adequados”.

Considera-se que o resultado desta intervenção em ambos os casos foi positiva.

No caso da intervenção em internamento o resultado desta foi produtivo, apesar de alguma apreensão inicial dos participantes relativamente à temática, na medida em que

promoveu a reflexão em grupo acerca dos comportamentos adequados e menos adequados o que foi ainda mais marcado devido à técnica de role play utilizada, não tendo havido por parte destes constrangimento em participar. O feedback da equipa de enfermagem posteriormente à formação foi positiva no sentido de ter havido algumas mudanças de comportamento face à comunicação, encontrando-se aparentemente colaborantes e despertas para comunicar de forma mais assertiva.

No caso da formação em serviço às assistentes do Lar, dirigidas pois a quem cuida diretamente e diariamente deste grupo etário considera-se ter contribuído também de forma positiva para a melhoria da prestação de cuidados, pois ao instruir os cuidadores sobre técnicas que facilitem o seu desempenho em algumas atividades otimizou-se não só o seu bem-estar como também e principalmente o do idoso.

Assim sendo, esta atividade de formação em serviço permitiu obter ganhos em saúde através da alteração de alguns estados de diagnóstico:

Diagnóstico CIPE antes da

Intervenção:

Comportamento Assertivo diminuído

Diagnóstico CIPE após a

Intervenção:

Comportamento Assertivo melhorado

2.1.9 Portfólio

No final foi feita a elaboração de um portfólio que abarcou os dois ensinamentos clínicos. Segundo Sá-Chaves (2000), o portfólio reflexivo recorre ao discurso narrativo para dar testemunho das vivências e dos momentos reflexivos que essas vivências promoveram. Ainda segundo o mesmo autor, o registo escrito subsiste ao tempo e permite apreender o fluir do pensamento do formando e desta forma possibilitar reconhecer o valor diferenciador de cada pessoa. A elaboração deste permitiu dar resposta à competência comum eixo D, mais especificamente D1 (desenvolvimento do auto conhecimento e da assertividade) e à competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria F1 (Regulamento n.º 129/2011), uma vez que permitiu uma análise crítica-reflexiva aprofundada das vivências, experiências, aprendizagens, dificuldades, limitações, das estratégias encontradas para as ultrapassar dos aspetos a melhorar quer pessoalmente quer como profissional.

A elaboração do portfólio constituiu uma experiência muito gratificante sendo um momento único de aprendizagem, reflexão e análise sobre a sintonia existente entre os componentes essenciais a uma saúde mental positiva: o que eu sou, o que eu sei, o que eu sinto, o que eu faço.

2.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Ao longo da história tem vindo a assistir-se a uma cada vez maior preocupação com a desinstitucionalização do doente mental, nomeadamente durante a segunda metade do século XX, com uma maior aproximação do doente mental à comunidade, através do desenvolvimento de uma ampla gama de serviços em contextos locais (WHO, 2002). O mesmo relatório refere a importância dos grandes hospitais psiquiátricos serem substituídos por serviços de cariz comunitário e com camas psiquiátricas nos hospitais gerais como é o caso do serviço de psiquiatria integrado no hospital geral Nossa Senhora da Graça em Tomar. Também no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) é referido que um dos objetivos é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, nomeadamente a nível dos hospitais gerais de forma a facilitar o acesso e diminuir a institucionalização, apresentando mesmo como meta que até 2016 todos os serviços locais de saúde mental deverão passar a ser assegurados por departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais.

O apoio ao doente mental é muito importante sendo que as perturbações mentais são responsáveis por mais de 12% de incapacidades por doença no mundo e, em 2005 a União Europeia calculava que estas afetavam mais de 25% dos adultos na Europa. (OE, 2011)

Também o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) refere que os estudos epidemiológicos recentes demonstram que a principal causa de morbilidade e incapacidade nas sociedades atuais são as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental. Segundo a WHO (2002) raras são as famílias que não tenham alguém a sofrer de uma patologia mental e refere ainda que uma em cada quatro pessoas vai sofrer de uma perturbação mental ao longo da sua vida.

Assim sendo, torna-se cada vez mais importante o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria não só no tratamento como também na prevenção da doença mental.

Todos os cidadãos têm direito a ter acesso igual a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, relativamente à sua promoção, à prevenção, tratamento e recuperação da doença mental que respeite os princípios da capacitação, proximidade, participação e direitos humanos, numa visão holística, ética e culturalmente sensível. (OE, 2011)

No que diz respeito às intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental no tratamento de pessoas com doença mental, estas pretendem contribuir para:

“adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”(OE, 2011)

Para dar resposta às necessidades dos utentes internados, e atendendo ao contexto institucional da especificidade deste Ensino Clínico, procuraram delinear-se várias intervenções, de forma a dar cumprimento ao que é estipulado pela OE para a aquisição de competências comuns e específicas do EESM.

As intervenções vão ser apresentadas agrupadas por: a) Treino de competências Sociais, b) Reuniões Comunitárias, c) Monitorização de visitas e 4) Exercício Físico.

2.2.1 Treino de competências sociais


As competências sociais são, para Spencer (2003), citado por Aguiar (2009), referido em Baptista, Monteiro, Silva, Santos e Sousa (2011, p. 4), “a capacidade de obter resultados (positivos) a partir de interações interpessoais”. Muitas vezes usam-se os termos competências sociais e habilidades sociais como sinónimos, porém Del Prette e Del Prette (1999), referidos por Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette e Gerk-Carneiro (2000) dizem-nos que as competências e habilidades são diferentes, sendo que habilidades são os comportamentos verbais e não-verbais necessários à competência social, que é a avaliação da adequação dos comportamentos e do efeito que produz em

determinada situação. Assim, todo o treino de comportamentos verbais e não-verbais (habilidades sociais) leva à promoção de competências sociais. Ora a promoção destas competências sociais são fundamentais para o bem-estar do utente, mas têm neste momento uma importância redobrada uma vez que a política de saúde mental pretende a reabilitação e a inserção das pessoas com doença mental grave.

Para que haja a aquisição das competências sociais é necessário haver um treino de habilidades sociais que é realizado pelas intervenções psicossociais e socioterapêuticas, que para além de facilitarem a integração do utente na comunidade também, como diz Bellack (2004) diminuem o risco de recaídas.

Para o treino de competências sociais foram desenvolvidas intervenções socioterapêuticas e psicossociais através das atividades “ida ao supermercado”, “cumprimento de regras” e “ida ao médico” estando esta relacionada com a adesão à terapêutica.

A atividade de “**ida ao supermercado**” requereu muita interação e trabalho de grupo uma vez que era facultada uma lista de compras que tinham de preencher em conjunto de acordo com a situação que lhes era solicitada, tendo assim ajudado a desenvolver a capacidade de interagir e estabelecer diálogo entre os utentes, a capacidade de tomada de decisão chegando a consensos, desenvolvendo ainda a capacidade de argumentação (escolher uns produtos em prol de outros consoante o orçamento de que dispunham). Os utentes mostraram-se muito agradados com esta atividade, tendo sido importante para treinar e desenvolver competências sociais capacitando-os para voltar à vida em comunidade/sociedade, reduzindo o impacto negativo da mesma e após a realização da mesma verificou-se que a interação e relação em grupo melhoraram. A atividade supra citada permitiu obter ganhos em saúde no seguinte diagnóstico:

Diagnósticos CIPE antes das intervenções:		Diagnósticos CIPE após as intervenções:
Socialização comprometida		Socialização melhorada
Comunicação comprometida		Comunicação melhorada

A atividade sobre “**cumprimento de regras**” pretendeu trabalhar a atenção/concentração e a capacidade de cumprir todas as diretrizes que lhes iam sendo

solicitadas de forma a perceberem a importância do cumprimento de regras e refletirem sobre as mesmas.

Esta atividade foi do agrado dos utentes embora o objetivo final apenas tenha sido atingido por um deles. Embora não tenham conseguido elaborar o exercício, perceberam a sua importância.

Com estas atividades foram desenvolvidas as competências específicas do enfermeiro especialista F3 e F4.

Com a sessão de “**adesão à terapêutica**” pretendeu-se para além do treino de competências sociais, fazer psicoeducação sobre importância da adesão ao regime terapêutico tendo como objetivo mudanças comportamentais. Uma das oito categorias de enunciados descritivos referidas pela OE (2011) é a prevenção de complicações e um dos pontos importantes referidos é a promoção da adesão ao regime terapêutico instituído, daí ter-se considerado importante esta atividade. Foi também objetivo dar resposta às competências comuns do enfermeiro especialista B1 (Regulamento n.º122/2011, p.8649) e às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental F3 e F4 (Regulamento n.º 129/2011).

Esta sessão decorreu numa primeira parte com a exposição oral sobre o tema da “Adesão à Terapêutica”, e os utentes foram expondo de alguma forma a sua opinião e formas estratégicas que têm no seu dia-a-dia para aderir à medicação, não esquecendo a sua toma, tendo-se no final procedido à entrega de um folheto (Anexo V). Numa segunda fase da sessão, ou seja, a parte prática, de role play os utentes tinham de ir ao médico que lhes receitava a terapêutica, depois ir à farmácia adquirir o medicamento e por fim preparar a medicação. Os utentes mostraram-se todos muito motivados, participando ativamente e demonstrando comportamentos muito assertivos. Intervir de forma a aumentar a adesão terapêutica das pessoas é muito mais eficaz recorrendo a técnicas interativas que integrem a pessoa no problema do que a simples palestra e exposição de informação (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007) e daí ter sido muito importante a técnica de *roleplay* utilizada.

Segundo Soares (s.d.) a adesão ao tratamento é fundamental para gerir a doença crónica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), referida pelo mesmo autor, cerca de 50% dos utentes têm dificuldade em aderir ao tratamento, sendo que esta adesão “é a

medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional de saúde”, o que significa que para um controlo da doença crónica é necessário manter a medicação prescrita.

Antes da realização desta sessão foi aplicada uma escala de adesão à terapêutica, versão portuguesa, adaptada e validada a partir da escala *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) (Anexo VI). O uso de instrumentos de avaliação nas intervenções é um elemento muito importante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Sequeira (2010) refere que o uso de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico feito com rigor. Esta intervenção vai ao encontro do que é preconizado nas competências comuns e específicas B2, F2 e F3. (Regulamentos n.º122/2011 e n.º129/2011) do EESMP.

A escala de adesão ao regime terapêutico (MARS) acabou por ser aplicada a todos os doentes com os diagnósticos de Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Esquizoafectiva em fase maníaca, Perturbação Bipolar (mania) e psicose, uma vez que esta escala foi validada para os doentes com estes diagnósticos (Vanelli, Chendo, Gois, Santos & Levy, 2011), tendo sido aplicada a dez utentes no total. Depois de aplicada a escala de adesão à terapêutica verificaram-se os seguintes resultados: metade dos utentes teve abaixo dos cinco pontos e a outra metade acima dos cinco pontos. Abaixo dos cinco pontos apresentam baixa probabilidade de adesão e igual ou acima de cinco alta probabilidade de adesão. Procurou-se reforçar com a sessão a importância da toma da medicação e ensinar estratégias de associação a rotinas diárias para não esquecer a sua toma.

Antes desta actividade pediu-se a colaboração de toda a equipa (Anexo VII) e após esta actividade alertou-se a mesma para a importância da continuidade da implementação da escala MARS com o levantar do foco da Adesão ao Regime Terapêutico não demonstrado no caso em que tal se verifique pela aplicação da referida escala, passando depois a demonstrado se as estratégias utilizadas derem resposta ao pretendido, pois só assim, pela alteração do estado do diagnóstico CIPE é possível evidenciarem-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com esta intervenção obtiveram-se ganhos em saúde através da alteração do estado de diagnóstico:

**Diagnóstico CIPE antes da
Intervenção:**



**Diagnóstico CIPE após a
intervenção:**

Não adesão ao regime medicamentoso
presente

Adesão ao regime medicamentoso

Todas estas atividades de treino de competências sociais foram consideradas promotoras de autonomia, agindo assim de acordo com o que refere a OE (2011) no enunciado descritivo relacionado com o Bem-estar e autocuidado e foram também utilizadas de forma a permitir ao cliente “desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental” (OE,2011) referenciadas no enunciado descritivo relativo à Adaptação.

Relativamente ainda às competências sociais foi realizado um pequeno manual com exemplos de atividades a desenvolver para as treinar, (Anexo VIII) desenvolvido em conjunto com outra colega mestranda, de forma a dar o nosso contributo para a melhoria dos cuidados a prestar neste âmbito pois considerou-se ser uma mais-valia no serviço, respondendo assim às competências comuns do eixo B e C.

2.2.2. Reuniões Comunitárias

Segundo Carneiro (2001), citando Kaplan e Sadoch (1996), as reuniões comunitárias são reuniões em que os utentes e profissionais se reúnem e é o mais complexo dos grupos terapêuticos, tendo como objetivo superar atitudes de passividade e estimulando a participação ativa dos utentes na organização do serviço.

A reunião comunitária pode ser para todos os utentes, podendo ser utilizada para informar sobre acontecimentos que afetem a unidade, para apresentar os novos utentes e para os que estão de saída poderem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos desadequados ou a quebra de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir perceções distorcidas (Carneiro, 2001 citando Kaplan & Sadoch, 1996). É importante o enfermeiro estabelecer um bom relacionamento entre os utentes internados, para que aprendam a dar e a receber feedback e a estabelecer boas relações interpessoais (Guerra, 2005).

Neste local de estágio foram realizadas duas reuniões comunitárias cuja temática foi sempre escolhida pelos utentes, fazendo assim com que estes se sentissem parte integrante do processo. De acordo com a OE (2001) deve-se ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde estabelecendo com este uma relação terapêutica caracterizada pela parceria enfermeiro/ciente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

A primeira teve como tema “ Promoção da saúde mental” e a segunda “Reciclagem”.

Para a Organização Mundial de Saúde (1991), citada por Moreira e Melo (2005, p. 122) saúde mental é uma “adequação aos estilos de vida desejáveis, alcançando níveis de compreensão e maturidade para o meio psicossocial em que vive e na área social, compreendendo e resolvendo os conflitos de convivência com os seus semelhantes”, sendo então importante que se promovam esses mesmos estilos de vida saudáveis. Lethinen (2008) diz-nos que a saúde mental é construída ao longo de toda a vida do individuo, pelo que a promoção da saúde mental é necessária em qualquer fase da vida dos indivíduos e por isso mesmo também necessária no contexto de internamento, para que estes possam, após terem alta, promoverem a manutenção do seu estado melhorado.

Nesta sessão os utentes tiveram oportunidade de falar sobre o que consideravam ser fatores promotores da saúde mental, partindo de imagens que foram sendo distribuídas, (Anexo IX) havendo lugar a um momento de reflexão em grupo. Os fatores promotores considerados foram: sorrir, manter-se ativo, relaxar, conviver com os amigos e família, conhecer-se e aceitar-se, ter uma alimentação saudável, dizer não às dependências, conversar com os outros, ser um bom ouvinte e se necessário pedir ajuda. Os utentes mostraram-se muito interessados em participar e demonstraram que na maioria sabiam identificar algum fator que os ajudasse a conseguir ter melhor saúde mental embora reconhecessem que nem sempre conseguiam passar da teoria à prática.

Através da identificação de fatores promotores da saúde mental as pessoas podem procurar alterar aspetos da sua vida que as ajudem, sendo o papel do enfermeiro especialista em saúde mental orientar essa caminhada. Isto vai ao encontro do que nos diz Peplau sobre o objetivo da assistência de enfermagem “ajudar os indivíduos e a comunidade a conseguir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas. (Almeida, *et al.*, 2005).

Lethinen (2008) diz-nos que existem 8 domínios de indicadores estruturais de saúde mental, sendo um deles o capital social: comunidades mentalmente saudáveis, sendo que a saúde mental da população está muito relacionada com as características da comunidade onde as pessoas estão inseridas. Neste sentido o autor refere determinadas qualidades para uma comunidade saudável, sendo, por exemplo, o ambiente físico limpo e seguro e a proteção do ambiente natural, incluindo-se aqui a prática da reciclagem. Esta sessão também foi muito bem aceite pelos utentes pois foi realizado um jogo em que estes tinham de demonstrar conhecimentos sobre reciclagem (associar determinados produtos ao respetivo contentor) e mostravam-se muito satisfeitos cada vez que conseguiam dar uma resposta correta, procurando mesmo ajudar-se uns aos outros. Com as sessões descritas anteriormente foram desenvolvidas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental F2, F3 e F4.

Após as reuniões comunitárias os utentes mantinham-se muitas vezes a conversar, não regressando logo aos quartos, havendo assim uma maior interação e um menor isolamento. Como atividade de grupo que são, as reuniões comunitárias permitiram obter ganhos em saúde através da alteração de alguns estados de diagnóstico:

Diagnóstico CIPE antes da intervenção:



Diagnóstico CIPE após a intervenção:

Isolamento social presente

Isolamento social presente às vezes

Socialização comprometida

Socialização melhorada

2.2.3. Monitorização das visitas

O acompanhamento do doente mental por parte dos familiares é de extrema importância para a sua recuperação pois são muitas vezes estes que acompanham mais de perto a evolução da doença. Spadini e Souza (2004) refere que ao contrário dos primórdios da psiquiatria em que a família do doente não o acompanhava, em que esta permanecia totalmente alheia ao tratamento do seu familiar, sem participar e sem se interessar, afastando-se assim dos cuidados prestados, entendendo-se até que esta poderia dificultar todo o processo, hoje a família é incluída, pelo fato de se entender que o portador de doença mental necessita de um tratamento digno, sendo a participação da família imprescindível para a sua recuperação e para o alcance de uma melhor qualidade de

vida. Durante o ensino clínico procurou-se monitorizar o número de visitas que os doentes tinham durante os dias de internamento, pedindo para isso a colaboração da equipa (Anexo X). Considerou-se que esta monitorização poderia ser o ponto de partida para se construir um indicador sensível aos cuidados de enfermagem e que, caso se verificassem um número de visitas reduzida se pudessem desenvolver estratégias/intervenções no sentido de modificar este aspeto.

A monitorização decorreu desde o dia 8 até ao dia 23 de Abril de 2013, ou seja, num período de 15 dias. Nesse período de tempo o número de doentes internados foram 44. Alguns dos doentes a quem foi feita essa monitorização já se encontravam internados há vários dias pelo que importa saber o número de dias em que decorreu a monitorização em cada doente e nesse período o número de visitas que tiveram. Desses 44 doentes, 7 não apresentaram a intervenção “validar a presença de visitas” aberta em sistema SAPE e 1 apresentava intervenção mas não apresentação a respetiva avaliação da presença ou ausência de visitas.

Da avaliação feita pôde-se verificar que: 10 dos doentes internados tiveram visitas em igual ou superior a 50%, ou seja, em mais de metade dos dias de internamento, havendo apenas 3 desses doentes a terem visitas em todos os dias do internamento (correspondendo a 100%). Os restantes 26 doentes tiveram visitas em menos de metade dos dias de internamento, havendo mesmo 8 que não tiveram visitas durante todo o internamento. A média de visitas durante o internamento foi de 35%.

Devido ao tempo decorrente do ensino clínico não foi possível dar continuidade a esta monitorização nem desenvolver intervenções/ estratégias para melhorar este indicador, no entanto considera-se que esta é uma área a explorar procurando por exemplo desenvolver atividades/ações por exemplo de cariz psicoeducativo, em que os familiares sejam chamados a participar, promovendo assim uma maior proximidade utente-família-enfermeiro especialista, favorecendo e fortalecendo as relações considerando-se uma mais-valia no processo de tratamento.

A realização desta monitorização deu resposta aos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista B e C (Regulamento nº122/2011).

Com esta monitorização foi possível identificar um diagnóstico de enfermagem com base na CIPE, embora não tenha sido possível realizar intervenções de enfermagem

especializada para alterar o seu estado de diagnóstico. O diagnóstico identificado foi o seguinte:

Diagnóstico CIPE identificado: Apoio da família comprometido

2.2.4. Atividade Física

Um dos fatores considerados importantes para otimizar a saúde mental das pessoas é a prática de atividade física.

Lethinen (2008) refere que uma má saúde física é um fator de risco para uma má saúde mental, então todas as formas que existem para manter a saúde física, o que inclui a prática de alguma atividade física, serão protetoras da saúde mental. O exercício físico é uma das determinantes estruturais de saúde mental, sendo mesmo a atividade de lazer com maior impacto sobre a saúde mental (Lethinen, 2008).

Assim sendo, e, uma vez que o enfermeiro especialista em saúde mental deve reforçar os fatores que aumentem os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental (OE, 2011) e, sendo o exercício físico um desses fatores, considerou-se fundamental implementar a atividade física nos utentes internados, bem como promover a sua continuidade no dia-a-dia fora do serviço de internamento, dando resposta à competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental F2. Esta atividade serviu para que os utentes estabelecessem uma maior relação de proximidade e interajam. Estes mostraram-se agradados com a atividade física que terminou numa sessão de dança, apresentando estes no final uma postura menos retraída e menos tensa.

Com esta atividade obtiveram-se ganhos em saúde a nível da alteração do estado de diagnóstico relativo à Socialização.

**Diagnóstico CIPE antes da
Intervenção:**

Socialização diminuída

**Diagnóstico CIPE após a
Intervenção:**

Socialização melhorada

2.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

A promoção da Saúde Mental a nível comunitário é muito importante para tentar evitar

situações de doença.

Esta promoção deve começar logo na infância e adolescência, com programas por exemplo de educação sobre violência doméstica, abuso infantil, prevenção de abuso de drogas, etc. prolongando-se a população ativa, com programas por exemplo de promoção de saúde mental no local de trabalho, gestão de fatores de stress, às pessoas idosas e aos grupos vulneráveis, com programas de prevenção da depressão, do suicídio como é referido pela Comissão das Comunidades Europeias (2005).

No que se refere a reintegração do doente mental, os Cuidados de Saúde primários tem também um papel primordial.

A WHO (2002) refere a importância dos cuidados de saúde mental serem prestados na comunidade, usando os recursos disponíveis, uma vez que podem levar a intervir precocemente e a limitar o estigma que há associado ao internamento.

Ainda tendo como linha orientadora a WHO (2002), o que se procura com a intervenção em comunidade é que a pessoa com perturbações quer mentais quer de comportamento receba bons cuidados de saúde e se consiga emancipar. De acordo com o mesmo relatório, ainda se investe muito na manutenção de cuidados nas instituições e a disponibilização de recursos para os serviços mais eficazes na comunidade são poucos, havendo por isso um longo percurso a fazer, desenvolvendo mais serviços locais.

Segundo o Plano Nacional de saúde mental 2007-2016 a evidencia científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próxima das pessoas, são as mais efetivas referindo ainda que os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível, ou seja, na comunidade. De acordo com o mesmo plano, a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social.

O programa Nacional de Saúde Mental (2012, p.38) refere “...cuidados de saúde primários, é um campo em que será necessário investir no futuro mais do que se investiu até aqui. (...) se definam claramente quais as responsabilidades dos cuidados de saúde primários (...) na prestação dos cuidados de saúde mental (...)”.

As atividades desenvolvidas no ensino clínico da prática clínica na Comunidade I e III decorreram na UCC e no Centro de Bem Estar Social de Alcanena e serão abordadas de seguida.

Na (UCC) foram desenvolvidas apenas algumas atividades, uma vez que o ensino clínico de cariz comunitário foi mais dirigido para o Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

O espaço da UCC foi utilizado para a realização das reuniões e reflexões conjuntas com a enfermeira orientadora de forma a ir traçando linhas orientadoras para o desenrolar do ensino clínico (competência comum eixo D e competência específica eixo F1).

Procurou-se integrar os projetos já em curso, nomeadamente na construção/atualização da base de dados dos doentes mentais (competência comum eixo B) referenciados por carta das instituições hospitalares, onde se pode ler o resumo do internamento. Após esta identificação faz-se o contacto com estes sempre que se considere pertinente com o intuito de marcar sessões individuais de acompanhamento. Nesta UCC a articulação com as unidades hospitalares, nomeadamente o CHMT é assim uma realidade, indo assim ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2012) na reatualização do plano nacional de saúde mental.

Neste sentido, foram também realizadas visitas domiciliárias para mais de perto e no seu ambiente pessoal poderem ser ajudados e orientados. Os enfermeiros, mais que qualquer outro profissional da saúde, são os profissionais de proximidade das pessoas e comunidades. É neste sentido que surge a visita domiciliária de enfermagem, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capazes e disponíveis para se adaptar a novos utentes, novas famílias e novas casas, centrando a sua prática no utente e no ambiente que o rodeia de forma a potenciar os seus cuidados intervindo mais eficazmente (Jorge & Danta, 2003, citados por Coroas, 2010).

Assim sendo, a Enfermagem especializada em Saúde Mental é uma área muito importante de intervenção na população com problemas de saúde mental no seu contexto comunitário, porque é aquela que é, segundo a OE (2009a, p. 7), “dirigida aos projetos de saúde da pessoa 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” ao longo de todo o ciclo vital. Sendo o enfermeiro especialista em saúde mental o profissional habilitado para prestar “cuidados do 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” (OE, 2009), faz todo sentido intervir o mais próximo possível das pessoas através da visita domiciliária.

A participação nas reuniões da Intervenção Precoce foi importante no sentido de conhecer mais de perto a realidade e perceber em que medida o enfermeiro especialista em saúde mental é importante nesta área de intervenção. Segundo a ACES Serra d’Aire (2010) a intervenção precoce deve iniciar-se o mais cedo possível e destina-se a crianças em idade pré-escolar em risco de atraso de desenvolvimento, que tenham deficiências ou necessidades educativas especiais pretendendo minimizar as sequelas no desenvolvimento da criança. Neste projeto é importante o envolvimento de toda família e da própria comunidade de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes. (ACES Serra d’Aire (2010))

O Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro cria o SNIPI (sistema nacional de intervenção precoce na infância) que, no seu artigo 1.º “o qual consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.”

Este projeto tem como objetivos principais, referenciados no mesmo decreto-lei:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.” (Decreto-Lei n.º 281/2009, p.7299)

Como é da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida (Regulamento 129/2011) faz pois todo sentido este estar

integrado nas equipas de intervenção precoce, bem como faz todo sentido acompanhar as pessoas na sua última etapa de vida- a velhice.

Assim, uma vez que a promoção da saúde mental dos idosos é uma área particularmente interessante e pouco trabalhada foi esta para a qual foram dirigidas as intervenções no contexto comunitário do Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

De acordo com as estimativas (INE, 2009), 18% da população tem idade igual ou superior a 65 anos, estando incluídos neste grupo 4,6% de indivíduos com 80 ou mais anos prevendo-se que em 2020 aumente para os 20,6%, incluindo este valor 5,8% de indivíduos com 80 ou mais anos (Plano Nacional de Saúde 2011- 2016)

Assim sendo, a população idosa está cada vez mais a aumentar e é a principal alvo de cuidados em contexto de trabalho de enfermagem daí a importância encontrada em desenvolver competências no cuidado e entendimento desta faixa etária para melhor dar resposta às suas necessidades.

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) refere que são necessárias medidas e intervenções de apoio eficazes em matéria de saúde mental em consequência do envelhecimento da população, uma vez que envelhecer muitas vezes traz situações que podem levar ao aumento da doença mental como é o caso da diminuição das capacidades funcionais e do isolamento social. Também no plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) é referida a importância da proteção de grupos especialmente vulneráveis entre os quais se encontram os idosos.

De forma a dar resposta à promoção da saúde mental nos idosos do Centro de Bem Estar Social de Alcanena, foi criado o programa *Estimul@r*.

De acordo com Zimerman (2000) citado por Castro (2011) estimular consiste em instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos. Segundo este autor, o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da qualidade de vida.

O programa referido engloba a estimulação da cognição através de exercícios de estimulação cognitiva, a estimulação das emoções através de psicoterapia de grupo, a estimulação das memórias através da Reminiscência, a estimulação da interação através

de atividades de reabilitação psicossociais e socioterapêuticas e estimulação da aprendizagem através de psicoeducação.

2.3.1.Sessões de estimulação cognitiva

Estimular é desenvolver.

Berger (1995) refere que a diminuição de certas funções cognitivas é normal no processo de envelhecimento e este fato representa um dos maiores medos da população idosa.

Segundo Fernandes (2000) citado por Jacob (2008) apesar de existirem perdas das capacidades cognitivas com o envelhecimento, esse processo pode ser minorado com a manutenção de uma boa atividade cognitiva do idoso e com contatos sociais frequentes.

A prevenção do declínio no funcionamento cognitivo das pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva. Os aspectos psicológicos que influenciam o envelhecimento evidenciam-se nas alterações no desempenho cognitivo, afetivo e social dos sujeitos, assim como na diminuição da motivação (Castro, 2011).

A Estimulação Cognitiva implica a exposição a atividades que envolvam algum grau de processamento cognitivo para manter as funções cognitivas estáveis, habitualmente realizadas em contexto social e frequentemente em grupo (Clare & Woods, 2004 citado por Castro, 2011).

A implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC), fundamentalmente nos lares e centros de dia é importante pois garante um aumento da autoestima e consequentemente da qualidade de vida dos idosos (Soares,2006).

Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (Nordon et al., 2009). Assim, acredita-se que as atividades mentais constituem um fator de proteção das funções cognitivas (Soares, 2006).

Por tudo o que foi referido anteriormente faz todo o sentido sessões de estimulação cognitiva neste contexto de ensino clínico. As sessões de estimulação cognitiva com os

idosos tiveram como objetivo promover a interação em grupo, promover a auto estima, o bem-estar e saúde mental. Estas tiveram muita receptividade por parte dos mesmos que participaram com agrado, mostrando-se muito atentos, interessados e com vontade de fazer bem. Estas atividades consistiram quer em atividades individuais quer de grupo e foram por exemplo exercícios para desenvolver as funções executivas: sequências lógicas; labirinto (desenvolver a percepção espacial), encontrar os intrusos (números); jogos de estimulação da memória: jogo do stop, repetir palavras, memória por associação (ligações); exercícios de concentração: jogo do bingo, rimas; exercícios para desenvolver a agilidade mental: jogo do *stroop*, diferenças, sopa de letras, puzzle, pinturas.

Com estas atividades, verificou-se que exercícios aparentemente simples revelaram-se para alguns de um grau de dificuldade elevado, havendo mesmo diferenças significativas no processo e tempo de resolução dos mesmos. Os idosos interessaram-se no geral mais pelos jogos de grupo do que pelos exercícios individuais possivelmente pela razão apontada anteriormente.

As competências desenvolvidas com estas atividades foram: domínio D das competências comuns e domínio F2,3,4 das competências específicas.

2.3.2.Sessões de Psicoterapia de Grupo

Falar de sentimentos é experienciar.

Sequeira (2010) refere que a forma como cada um se vê e se sente inserido é muito importante na sua interação com o meio e conseqüentemente na aquisição de maior ou menor grau de satisfação e bem-estar. Segundo o mesmo autor a qualidade de vida e bem-estar psicológico incluem aspetos como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa.

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 utentes de, num ambiente seguro, examinarem e resolverem os seus problemas psicológicos, aproveitando a interação entre os diferentes elementos do grupo como fonte de mudança de comportamentos (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). Como

refere Stuart e Laraia (2001), o grupo age como um sistema de apoio para o utente, promovendo a discussão e os comportamentos adequados.

O trabalho de grupo com idosos permite de entre outras coisas diminuir o isolamento, aumentar a auto estima, desenvolver a aceitação incondicional de si mesmo, obter e partilhar informações sobre as mudanças (Lima, 2004b: 27) citado por Rebelo (2007)

Com a psicoterapia de grupo pretendeu-se promover a expressão de sentimentos, a interação entre os idosos e promover a capacidade dos utentes refletirem sobre problemas, experiências, pensamentos ou sentimentos em relação ao passado, presente e futuro. As atividades desenvolvidas foram a linha da vida, o brasão dos sentimentos, os pares de sentimentos e completar frases.

Ao ser solicitado que preenchessem a linha com momentos importantes da sua vida, verificaram-se algumas dificuldades por parte de quase todos os idosos e foi necessário ajuda-los. Foi importante acompanhar cada idoso neste processo de reminiscência pois assim conseguiram nomear marcos importantes das suas vidas. Este exercício foi importante pois permitiu aos idosos pensar na sua vida e falar sobre os momentos que a compuseram e a importância dos mesmos.

No Brasão dos sentimentos foram solicitados sentimentos relativamente ao fato de estarem no lar e estes não revelaram dificuldades em referencia-los.

Na atividade dos pares de sentimentos, bem como completar frases, os idosos conseguiram facilmente falar de situações de vida em que tiveram de experienciar determinado sentimento.

As competências desenvolvidas com estas atividades foram: domínio F2,3,4 das competências específicas.

2.3.3. Sessões de Psicoeducação

Aprender é transformar.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a educação sobre alimentação deve ser um dos componentes da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que a alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças.

Também Ribeiro e Paul (2011) referem que é de extrema importância a prática de uma alimentação saudável durante toda a vida, desde a infância até a idade mais avançada pois contribui para a promoção da saúde, para o aumento da qualidade de vida e ajuda a prevenir doenças.

Uma alimentação saudável variada e equilibrada contribui e condiciona o completo bem-estar físico e mental. (Azevedo e Teles *in* Paúl e Ribeiro, 2011).

“A Organização Mundial de Saúde aponta um estilo de vida ativo como uma forma de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração na sociedade” (Araújo, Lia *in* Ribeiro e Paúl, 2011, p.13).

A Promoção da Saúde Mental é importante em qualquer faixa etária e por isso se considerou imprescindível realizar uma sessão sobre fatores promotores da saúde mental no idoso.

Para a Organização Mundial de Saúde (1991), citada por Moreira e Melo (2005, p. 122) saúde mental é uma “adequação aos estilos de vida desejáveis, alcançando níveis de compreensão e maturidade para o meio psicossocial em que vive e na área social, compreendendo e resolvendo os conflitos de convivência com os seus semelhantes”, sendo então importante que se promovam esses mesmos estilos de vida saudáveis. Lethinen (2008) diz-nos que a saúde mental é construída ao longo de toda a vida do indivíduo, pelo que a promoção da saúde mental é necessária também neste contexto de lar.

As sessões de psicoeducação desenvolvidas foram sobre alimentação através do jogo da uva, sobre promoção da saúde mental através da construção de um puzzle e sobre medidas promotoras da saúde do coração através da construção de um painel.

Estas sessões tiveram como principais objetivos promover a interação entre os idosos, aumentar conhecimentos, haver uma mudança cognitiva e de comportamento, tendo havido em todas elas a participação dos utentes que mostraram bastante agrado com as mesmas.

As competências desenvolvidas com estas atividades foram: F2 e F4 das competências específicas.

2.3.4. Atividades Psicossociais e Socioterapêuticas

Interagir é rejuvenescer.

Como o ser humano é eminentemente social considera-se que é importante a sua vida em sociedade. É através das relações sociais que se aprendem formas de comunicação e regras de convivência, que a pessoa se conhece a si mesma e vai construindo a sua identidade. Assim, considerou-se que a interação dos idosos em contexto diferente ao do lar é importante pois ajuda-os a sentirem-se mais libertos e a interagirem mais uns com os outros.

Sequeira (2010) refere que durante o processo natural do envelhecimento, observa-se uma redução da taxa de inter-relações sociais, tendo os idosos em termos de participação social a tendência em participar em redes sociais mais pequenas e a reduzir assim os seus contatos intersociais.

Segundo Andrade, Mendonça, Lima, Alfenas e Bono (2010), os grupos de convivência para idosos contribuem para a promoção do envelhecimento ativo e a preservação das capacidades e do potencial do indivíduo nessa fase.

Segundo Paul (2005) citado por Sequeira (2010) as redes de apoio social, a reorganização das redes de apoio informal são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento ativo.

Neste sentido os idosos participaram nas atividades que decorreram no exterior do Centro de Bem Estar: Sardinhada em Olhos de Água, no passeio ao parque da Barquinha e na atividade comemorativa dos 101 anos do CBESA, sendo esta última particularmente interessante pois promoveu a intergeracionalidade. Em todas elas os idosos mostraram-se muito entusiasmados e interagiram bastante uns com os outros. Nesta atividade os idosos contribuíram para animar a festa através da prática de exercício físico a as crianças através de canções, tendo havido interação entre gerações no mesmo palco.

Cada vez mais é importante promover as atividades intergeracionais pois a sociedade atual tende a excluir os idosos, que acabam por se fechar para o contato com outras gerações, acabando isso por contribuir para o isolamento social. Estas atividades são tão importantes para o idoso como para as próprias crianças, uma vez que estas acabam por

construir ou transformam os seus conceitos em relação ao velho e à velhice, promovendo a inclusão do idoso. A própria Direção Geral de Saúde (2008) as pessoas idosas devem participar em atividades de grupo, de preferência intergeracionais.

Como afirma Magalhães (2000, p.153) citado por Carvalho (2012) “Aproximar gerações é objetivo do trabalho social que busca quebrar barreiras geracionais, eliminar preconceitos e vencer discriminações.

Todas as atividades foram realizadas ao ar livre em contato com a natureza o que foi ainda mais motivador para os idosos e apontado por estes como sendo algo do seu agrado. A Direção Geral de Saúde (2008) refere que numa perspetiva de promoção da saúde mental, a depressão pode ser evitada ou pode melhorar com as atividades de ar livre e de grupo que podem ser uma das formas principais de terapia para a depressão das pessoas idosas. Refere ainda que todas as estratégias que sejam possíveis de desenvolver e que promovam o convívio e a sociabilidade são de grande valia para as pessoas idosas, tendo um efeito na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Como atividades psicossociais e socioterapêuticas que são deram resposta à competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental F4.

2.3.5 Sessões de Reminiscência

Recordar é viver.

As sessões de Reminiscência tiveram como temáticas a Infância (Anexo XI), a Saudade (Anexo XII) e o Namoro (Anexo XIII). Uma das características desta terapia é a utilização de temas diferentes em cada sessão, os chamados estímulos que são normalmente selecionados pelo líder do grupo (Marques, 2012). Os principais objetivos destas foram permitir ao idoso a construção de novos sentidos do passado, possibilitando que ele vivenciasse a continuidade de sua vida através do tempo e permitir a valorização a partir do conhecimento que ele tem do seu passado, verificando as mudanças que ocorreram com ele ao longo do tempo.

Recordar situações vividas, de modo individual ou interaccional, permite analisar o passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem

(Puyenbroeck & Maes, 2005; Watt & Cappeliez, 2000) citados por Gonçalves, Albuquerque e Martin (2008).

Para Butler (2002), citado por Gonçalves et al (2008) pioneiro da utilização das memórias do passado como meio de otimizar a adaptação a etapas finais da vida, a avaliação retrospectiva dos acontecimentos de vida permitia realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos. Os mesmos autores referem que a Reminiscência na intervenção com idosos pode ser usada como forma de prevenção.

Uma vez que o grupo *Estimul@r* após aplicada a escala da depressão geriátrica apresentava valores sugestivos de depressão (a desenvolver no capítulo seguinte), considerou-se essencial verificar se haveria algum estudo que referisse que este tipo de terapia era eficaz. Scogin, Welsh, Stump e Coates (2005) citados por Gonçalves et al (2008) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de conhecer quais os tratamentos baseados em evidências para a intervenção na depressão geriátrica e concluíram que a Terapia por Reminiscência é eficaz enquanto estratégia de intervenção na depressão em sujeitos com mais de sessenta anos. Também Frazer, Christensen e Griffiths (2005) citados por Gonçalves et al (2008) consideraram que existem suportes bem fundamentados para a eficácia da reminiscência na redução da sintomatologia depressiva. Assim sendo, a terapia por reminiscência foi totalmente adequada ao contexto e grupo alvo. De todas as intervenções englobadas no programa *Estimul@r*, a utilização deste tipo de terapia foi a que visivelmente mais agradou aos idosos pois permitiu-lhes “viajar” através das imagens apresentadas, pelo seu passado, pelas suas memórias, permitiu-lhes recordar sentimentos e sensações de outrora e que fizeram parte da história de cada um, preenchendo-lhes a vida. Com a terapia da reminiscência adquiriu-se as competências específicas F3 e F4.

Antes da aplicação do programa *Estimul@r* foram aplicadas as escalas MMS (Mini Mental State (Folstein e McHugh, 1975) traduzido e adaptado para a população portuguesa por guerreiro e col. 1983), e GDS (Escala de Depressão Geriátrica) (Yesavage e col., 1983 *in* Sequeira, 2010) num momento inicial, registado a 15 de Maio de 2013 e num momento final a 5 de Julho de 2013 avaliados com as mesmas escalas, após o desenvolvimento das intervenções quer individuais, quer de grupo contribuindo assim, para averiguar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com base nas competências do enfermeiro especialista em saúde mental na implementação e planejamento de cuidados, foram delineados diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) versão 2.0.

Através da aplicação do programa *Estimul@r* obtiveram-se em termos gerais alguns ganhos em saúde com alteração dos estados dos seguintes diagnósticos:

Diagnósticos CIPE antes das Intervenções:

Tristeza presente frequente
Socialização comprometida
Memória comprometida
Depressão grave



Diagnósticos CIPE após as Intervenções:

Tristeza presente às vezes
Socialização melhorada
Memória melhorada
Depressão ligeira

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROGRAMA ESTIMUL@R

A investigação em qualquer área do saber é importante pois permite desenvolver conhecimentos que fazem evoluir a sociedade, tal como diz Fortin (2009,p.4) “a investigação científica é um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos”.

Toda a investigação científica é algo sério, que requer rigor na procura da verdade e na área da Enfermagem não foge a regra. Os enfermeiros têm o dever de contribuir para que a investigação em Enfermagem se faça. Importa assim verificar quais as competências do enfermeiro em geral, do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em Saúde Mental.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996, p.2961) refere que “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.”

O enfermeiro especialista na Área da Saúde Mental deve ser capaz de, acordo com a Regulamento nº122/2011 de ir incluindo na sua prática as novas descobertas da investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, deve conseguir identificar indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental, descrever e monitorizar os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

A WHO (2002) refere que é necessária a monitorização para verificar a eficácia dos programas de tratamento de saúde mental e para fortalecer os argumentos a favor da dotação adequada de recursos.

Segundo a mesma Organização, deve haver uma monitorização dos resultados em saúde mental e procedida à sua análise para que as decisões se vão ajustando às necessidades e dando resposta às mesmas.

A Comissão das Comunidades Europeias (2005,p.12) refere que:

“A saúde mental está insuficientemente coberta pelos sistemas de vigilância da saúde existentes. É necessário envidar esforços consequentes para harmonizar os indicadores nacionais e internacionais disponíveis sobre saúde e doença mental nas populações para criar um conjunto de dados comparáveis na UE. Um conhecimento mais profundo da importância da saúde mental e das repercussões da doença mental na saúde, qualidade de vida (...) poderá contribuir para melhorar as práticas atuais“.

Também o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2012 (p.10) dá ênfase à investigação em enfermagem: “o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, é um fator extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação, e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental”.

Ainda segundo o mesmo plano, deve ser criado um projeto que inclua a Monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações e deve ser fomentada e alargada a prática da investigação.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a utilização da evidência para informar as nossas ações é uma forma crítica e de fácil viabilidade para que o sistema de saúde seja melhorado. Considera ainda que usando uma abordagem baseada na evidência permite que desafiemos e sejamos desafiados e que consigamos rever constantemente a nossa prática e que procuremos novas formas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar. Como utilizadores de investigação, os enfermeiros também geram conhecimento. Assim sendo, é neste sentido que surge o Programa *Estimul@r* em contexto comunitário no Centro de Bem Estar Social de Alcanena que teve como principal objetivo a promoção da saúde mental do idoso tendo sido realizadas atividades no sentido dessa mesma promoção. Da conceção do Programa *Estimul@r* surgiu um estudo de investigação no

sentido de verificar a sua eficácia na melhoria do desempenho cognitivo e da sintomatologia depressiva de um grupo de idosos institucionalizados, bem como avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde mental.

Este estudo foi elaborado sob a forma de artigo científico para se submeter à publicação na Revista Referência (ANEXO XIV).

3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Portugal o envelhecimento da população é uma realidade e prevê-se que o continue nas próximas décadas. Segundo Ribeiro e Paúl (2011), os dados das projeções da população residente em Portugal 2008-2060, do Instituto Nacional de Estatística, apontam para um aumento do peso relativo da população com 65 ou mais anos, prevendo a sua duplicação nos próximos 50 anos, passando de 17,4% em 2008 para 32,2 % em 2060.

O processo de envelhecimento e a velhice devem ser considerados como parte integrante do ciclo de vida. Segundo Paúl (1997) e Teixeira (2006) este está relacionado com o meio físico e social no qual estamos inseridos e é um caminho de degradação progressiva com vários agentes que o influenciam. O envelhecimento psicológico sofre várias alterações, principalmente no desempenho cognitivo, afetivo e social (Aversiferreira, Rodrigues & Paiva 2008; Berger, 1995) citados por Gonçalves (2012).

De acordo com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (2008) a população da União Europeia está a envelhecer o que pode levar a alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social e aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência, referindo ainda que as taxas de suicídio são mais altas neste grupo etário.

De acordo com Barua (2010) citado por Quintão e Almeida (2012) existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice, e a que predomina entre estas perturbações é a depressão.

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008) citado por Teixeira (2010).

Segundo Zimerman (2000) a depressão é muito mais do que um sentimento, pois pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares.

Em números, estima-se que apenas 10% a 40% dos idosos com perturbação depressiva tenham tratamento adequado, tal como entre 65% a 75% têm possibilidades de ser tratados com sucesso (Charney et al., 1988, citado por Vaz, 2009).

Segundo Medeiros (2010) a depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressiva, definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DMS-IV)* e na *International Classification of Diseases (ICD-10)*, em indivíduos com mais de 65 anos de idade. A prevalência de depressão major, em indivíduos que residem em lares de terceira idade, é de 12-14%, sendo que 17-35% apresentam depressão *minor* ou sintomas clínicos significativos de depressão.

Segundo Nunes (2008), a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. A depressão pode afetar a memória de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas nomeadamente da memória.

Apostolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) referem que, com o envelhecimento da população tem havido um aumento da prevalência de doenças degenerativas crónicas, em especial as demências. Assim, refere ainda que o declínio cognitivo nos idosos é cada vez mais reconhecido como um importante problema de saúde.

De acordo com Rosness, Barca e Engedal (2010) citados por Apostolo et al (2011), a evidência demonstra que os doentes com depressão têm um risco mais elevado de desenvolverem distúrbios cognitivos e demência, pelo que, faz todo sentido trabalhar para que estes não desenvolvam depressão ou melhorarem o seu nível. Ao contrário também é verdade, ou seja, os idosos com depressão apresentam maiores perdas

cognitivas (Egger et al, 2008 citados por Apostolo et al, 2011) e daí os programas de estimulação cognitiva serem tão importantes. Raes, Williams e Hermans, 2009; Niue t al., 2010, citados por Apostolo et al (2011) referem que nos idosos com declínio cognitivo, a estimulação da cognição pode ser uma intervenção auspiciosa na redução dos sintomas depressivos.

De acordo com as conclusões do estudo sobre o efeito da estimulação cognitiva em idosos de Apostolo et al (2011), esta melhorou a condição cognitiva dos idosos aconselhando a sua utilização nos cuidados a idosos em contexto domiciliário. Também Gonçalves (2012) refere que as pessoas idosas podem desenvolver e aumentar as suas funções cognitivas com a implementação de programas de estimulação cognitiva. Júnior e Tavares (2005) e Quintela (2001) referidos por Gonçalves (2012) defendem que muitos idosos institucionalizados estão mais predispostos ao sedentarismo, resultado da falta de atividade que estimule a área cognitiva, a área social e a área física.

3.2. METODOLOGIA

A Fase Metodológica é, segundo Fortin (2009) a fase em que se definem os meios para realizar a investigação, se faz a sua planificação. Neste ponto é abordado o objetivo do estudo, as questões de investigação, as hipóteses, o tipo de estudo, a população/amostra, a operacionalização das variáveis e os procedimentos (formais, éticos e estruturais).

3.2.1. Objetivos do estudo, Questão de investigação e Hipóteses

Fortin (2009) refere que o enunciado do objetivo de investigação deve indicar claramente o fim que o investigador pretende com o mesmo, assim sendo, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto do Programa *Estimul@r* na promoção da Saúde Mental dos Idosos do Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

A questão de investigação decorre, segundo Fortin (2009) do objetivo que se pretende e indica o que o investigador quer obter como informação, tendo este principio como referencia este estudo tem a seguinte questão de investigação:

Questão: O Programa *Estimul@r* melhora o nível de Saúde Mental dos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena?

Bem como a questão de investigação, as hipóteses tem em conta as variáveis e a população alvo e são um enunciado que antecipa relação entre variáveis (Fortin, 2009).

As **Hipóteses** em estudo são as seguintes:

H1: “O Programa *Estimul@r* melhora o funcionamento cognitivo dos idosos residentes no Centro de Bem Estar Social de Alcanena?”

H2:” O Programa *Estimul@r* melhora o estado depressivo dos idosos residentes no Centro de Bem Estar Social de Alcanena?”

3.2.2. Tipo de Estudo

Este estudo classifica-se como sendo Descritivo, pois visa descrever fenómenos, conceitos ou características, é Analítico pois, permite analisar relação entre variáveis, Longitudinal, uma vez que recolhe dados junto dos mesmos grupos de forma periódica, começando no presente e terminando no futuro. É ainda Quase – Experimental, do tipo pré teste pós teste sem grupo de controlo (Fortin, 2009), uma vez que se pretende conhecer a contribuição de várias intervenções através do programa *Estimul@r* sobre as variáveis em estudo.

3.2.3. População/Amostra

A amostra deste estudo é não probabilística pois, segundo Fortin (2009), esta é aquela em que se encontram características conhecidas da população, e, acidental ou de conveniência pois segundo Fortin (2009), esta é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Neste estudo participaram 7 utentes do Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

Os critérios de inclusão tidos em consideração foram:

- Uteses que frequentassem na Vila de Alcanena, o Centro de Bem Estar Social
- Uteses com mais de 65 anos;
- Uteses que falassem português;
- Uteses que demonstrassem vontade própria em participar no Programa *Estimul@r*.

3.2.4. Operacionalização das variáveis

Segundo Fortin (2009, p.368) as “definições operacionais das variáveis e a escolha do método apropriado para recolher a informação junto dos participantes constituem aspetos importantes do processo de investigação”.

Consideraram-se para a caracterização sociodemográfica da amostra as variáveis idade, sendo esta medida em anos de vida vividos e a variável sexo, género feminino e masculino.

O nível de saúde mental dos idosos foi avaliado através do seu funcionamento cognitivo e dos seus níveis de depressão através da aplicação de duas escalas, escala de Avaliação Breve do estado Mental (MMS) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

Segundo Fortin (2009, p.388), “as escalas de medida são formas de auto avaliação que são constituídas por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados, entre si, e que são destinados a medir um conceito ou característica do individuo”.

Roman e Callen (2008) citados por Medeiros (2010) referem que GDS é a única criada especificamente para a população idosa. Ela compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não), correspondendo à pontuação de 0 ou 1.

Sequeira (2010) refere que a Escala de Depressão Geriátrica é uma escala que permite identificar sintomas de depressão em idosos e permite distinguir idosos deprimidos de idosos não deprimidos (Yersage e col, 1983)

A cotação desta escala é a seguinte:0-10- Ausência de depressão; 11-20- Depressão ligeira; Maior que 20- depressão severa

Roman e Callen (2008) citados por Medeiros (2010) referem que a GDS com 30 itens apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95%. Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. A GDS com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. A versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade.

O MMS foi segundo Sequeira (2010) traduzida e adaptada para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro e col. Esta permite fazer uma avaliação breve do estado mental, permitindo avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva sendo atribuído um ponto por cada item correto. O máximo de cotação é 30 pontos, sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos que se considera com défice cognitivo os seguintes:

- Analfabetos: menor ou igual a 15 pontos
- 1 a 11 anos escolaridade: menor ou igual que 22 pontos
- Escolaridade superior a 11 anos: 27 pontos

3.2.5. Procedimentos

Para se poder iniciar a investigação são necessários procedimentos formais e éticos. Segundo Fortin (2009), em ética é muito importante ter em conta a responsabilidade de quem investiga a respeito da proteção dos direitos das pessoas, qualquer que sejam os aspetos a estudar. Assim sendo, e tendo como principio o que foi referido anteriormente, foi feito o pedido de autorização à diretora do Centro de Bem Estar Social de Alcanena, para se efetuar a aplicação das escalas e aplicação do Programa *Estimul@r*, tendo sido este concedido. De seguida foi explicado aos idosos o objetivo do estudo, o carater voluntário da participação e a confidencialidade dos dados obtidos. Fortin (2009) refere que é necessário o consentimento livre e esclarecido, ou seja, a pessoa tem de dar a sua concordância em participar, sabendo antecipadamente que pode mudar a sua decisão a qualquer momento e deve ser esclarecida com informações suficientes através de uma linguagem clara e simples para que não fique com dúvidas. Após estes procedimentos formais e éticos iniciam-se então os procedimentos para por em prática o estudo de investigação pretendido.

Assim, num primeiro momento, antes das intervenções, a 14 de Maio, foi realizada uma primeira avaliação MMS1 do mini exame do estado mental e GDS1 da Escala Geriátrica da Depressão, dando-se após esta avaliação ao início do Programa *Estimul@r*.

Este programa consistiu em várias Sessões em Grupo (Quadro1) de Estimulação: da cognição, das emoções, das memórias, da interação, da aprendizagem e mudança

comportamental. O conjunto de intervenções realizadas para por em prática o Programa *Estimul@r* foram principalmente de âmbito Psicoterapeutico, Psicoeducacional, Socioterapeutico e Psicossocial. As sessões não tinham dias predefinidos pois dependiam da vontade dos participantes.

QUADRO 1- Resumo do Programa *Estimul@r*

Programa <i>Estimul@r</i>				
Cognição	Emoções	Memórias	Interação	Aprendizagem
Tipo de Intervenção				
Estimulação Cognitiva	Psicoterapia de Grupo	Reminiscência	Psicossociais e Socio terapêuticas	Psicoeducação/ Mudança Comportamental
Atividades				
Atenção, memória, concentração, cálculo	Cartões com faces e sentimentos; Linha da Vida e Brasão de sentimentos; Completar Frases	Temas: -Infância -Namoro -Saudade	Atividades ao ar livre: -Passeio ao Parque da Barquinha; - Sardinhada em Olhos de Água; -Comemoração dos 101 anos do CBESA	-Cartaz: Maio mês do coração; -Puzzle: Promoção da Saúde Mental; -Jogo da Uva: Alimentação

No fim das intervenções, a 5 de Julho de 2013 foi realizada uma segunda avaliação MMS2 do Mini Exame do Estado Mental e GDS2 da Escala Geriátrica da Depressão.

Findas as intervenções e feita a aplicação de um segundo momento de avaliação através das escalas, recolheram-se e organizaram-se todos os dados para serem analisados pois só assim é possível compreender a realidade em estudo.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa informático SPSS (*Statistical package for the Social Science*), versão 14.0 para Windows, procedendo-se depois à apresentação dos dados sob a forma de tabelas.

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são “a informação numérica que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida” (Fortin (2009, p.472). Para se caracterizar a amostra para a variável idade, foi utilizada a estatística descritiva, nomeadamente as medidas de tendência central, a média (M), a

mediana (Md), e as medidas de dispersão, o desvio padrão (DP), o valor máximo (X max) e o valor mínimo (X min).

Como se pode verificar na tabela 1, os idosos que constituem a amostra tem uma média de idades de 83,57 anos, para um valor mínimo de setenta e quatro e um valor máximo de oitenta e nove anos.

TABELA 1- Caracterização demográfica da amostra quanto à idade

Variável	N	M	Md	Dp	Xmin	Xmax
Demográfica						
Idade	7	83,57	84	5,50	74	89

Quanto à variável sexo, a caracterização da amostra foi feita utilizando a estatística descritiva, nomeadamente as frequências absolutas (N), as frequências relativas (%) e a Moda, verificando-se que esta é feminino (85,71%), como se pode ver na tabela 2.

TABELA 2- Caracterização demográfica da amostra quanto ao sexo

Variável Demográfica		N	%
Sexo	Feminino	6	85,71
	Masculino	1	14,29

Da utilização da escala MMS através da estatística descritiva, verificou-se pela Tabela 3 que numa primeira avaliação a MMS, apresentou um *scor* médio de 20,57, variando entre um Xmax de 28 e um Xmin de 12 com um desvio padrão de 6,9 e num segundo momento a MMS apresentou um *scor* medio de 22,29, manteve o Xmax e apresentou um Xmin de 15 com um desvio padrão de 5,4, constatando-se pois uma melhoria em termos médios do desempenho cognitivo dos idosos. A nível da escala MMS verificou-se que em 2 casos os valores não sofreram alterações, mantendo-se nos 28 pontos e nos restantes houve melhorias.

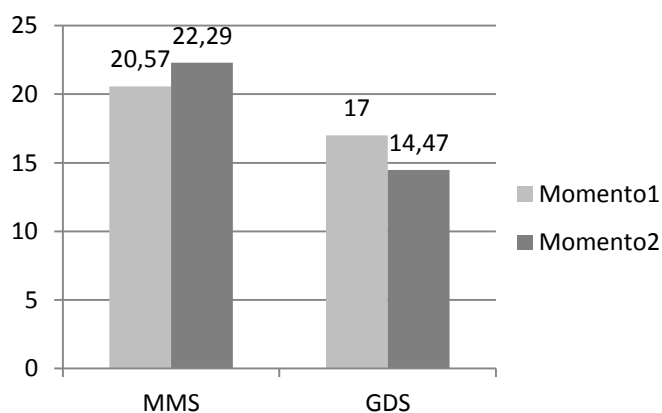
Na primeira avaliação da GDS verificou-se um Xmax de 26 e um Xmin de 12 com um desvio padrão de 5,2 e na segunda avaliação da GDS verificou-se um Xmax de 22 e o Xmin manteve-se, apresentando um desvio padrão de 3,8. Numa primeira avaliação 5 idosos (71,4%) apresentavam depressão ligeira e 2 (28,6%) apresentavam depressão grave. No final todos mantiveram depressão ainda que com valores menores, sendo que uma das utentes passou de depressão grave (22 pontos) para depressão ligeira (17 pontos), 2 deles mantiveram os mesmos valores na escala.

TABELA 3- Caracterização da amostra quanto ao funcionamento cognitivo e quanto à sintomatologia depressiva antes e após a implementação do Programa *Estimul@r*

	Xmax	Xmin	M	Me	Dp
Mini Exame do estado Mental 1.º momento	28	12	20,57	20	6,99
Mini Exame do Estado Mental 2.º momento	28	15	22,29	21	5,40
Escala Geriátrica da Depressão1.º momento	26	12	17,00	15	5,23
Escala Geriátrica da Depressão 2.º momento	22	12	14,47	12	3,82

Pela análise do Gráfico 1 pode verificar-se que houve uma melhoria do nível de funcionamento cognitivo dos idosos passando de um valor médio de 20,57 para um valor médio de 22,29 após a implementação do Programa *Estimul@r* (quanto maior o valor da escala melhor o desempenho cognitivo). Quanto à sintomatologia depressiva também se verificaram níveis melhorados após a intervenção, passando de 17 para 14,47. Ao contrário da escala MMS, quanto menor o valor, melhores são os resultados, ou seja, mais baixo é o nível de sintomatologia depressiva.

GRÁFICO 1- Média do MMS e do GDS antes e após a implementação do Programa *Estimul@r*



Para avaliar a normalidade das variáveis em estudo, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilks* verificando-se uma amostra com distribuição não normal, recorrendo-se por isso

ao teste não paramétrico de *Wilcoxon*. Este teste utilizou-se uma vez tratar-se da comparação de duas amostras emparelhadas de uma variável quantitativa não normal ou ordinal. Para avaliar se os resultados são estatisticamente significativos, considerou-se o nível de significância para $p < 0,05$, pois, segundo Fortin (2009, p.450), “na maior parte das investigações o nível de significância estabelecida é de 0,05”. Através da análise da Tabela 4 pode dizer-se que existe diferença estatisticamente significativa apresentada pela MMS num primeiro momento (MMS1) e segundo momento (MMS2). Pela análise das ordens podemos afirmar que houve uma melhoria do nível do estado mental entre o primeiro e segundo momento na amostra em estudo após a aplicação do programa *Estimul@r* havendo melhoria em 5 dos casos.

Rodrigues (2006) através do seu programa de estimulação cognitiva concluiu que houve um desenvolvimento de capacidades cognitivas específicas após o programa de Estimulação cognitiva, nomeadamente a nível da memória, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa, tendo havido sim diferença estatisticamente significativa relacionada com a capacidade de abstração. Pires (2008) através do seu programa de estimulação cognitiva, neste caso através do uso de videojogos também concluiu que estes levam a uma melhoria do funcionamento cognitivo dos idosos. No Brasil, Souza e Chaves (2005) ao comparar os resultados do mini exame do estado mental antes das atividades estimuladoras do sistema cognitivo (Programa “Oficinas de Memória”) com os resultados deste mesmo teste após as atividades de intervenção, observou que houve acréscimo significativo estatisticamente. Melo (2008) que no programa que desenvolveu utilizou para além de outras, a técnica da Reminiscência (também usada no Programa *Estimul@r*) obteve resultados que evidenciam que a estimulação cognitiva melhora significativamente o desempenho em tarefas de memória a curto prazo. Também Gonçalves (2012) obteve resultados positivos, estatisticamente significativos no desempenho cognitivo do grupo experimental do pré teste para o pós teste (embora tenha utilizado outra escala de avaliação diferente da utilizada no presente programa) no seu programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados.

Tavares (2007), embora não tivesse obtido diferenças estatisticamente significativas ao nível do desempenho cognitivo após o seu programa constituídas por atividades lúdicas, como jogos de memória, grade de números para exercícios de concentração, entre

outros, obteve no seu estudo um aumento entre as médias individuais dos sujeitos ao nível das capacidades cognitivas após 22 sessões de Estimulação cognitiva.

Assim sendo, os resultados do Programa *Estimul@r* vão ao encontro dos estudos realizados nesta área que demonstram cientificamente a importância prática da realização deste tipo de programas de estimulação cognitiva junto dos idosos.

TABELA 4- Resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon* no Mini Exame do Estado Mental (MMS) antes e após a implementação do Programa *Estimul@r*

			W	P
Mini Exame do Estado Mental (MMS1)	Ordens Positivas	5	-2,032	0,042
	Ordens Negativas	0		
	Mini exame do estado mental MMS2	Empates		

Através da análise da Tabela 5 pode dizer-se que existe diferença estatisticamente significativa apresentada pela GDS entre o primeiro momento (GDS1) e o segundo momento (GDS2). Pela análise das ordens podemos afirmar que houve uma melhoria do nível de Depressão Geriátrica entre o primeiro e o segundo momento na amostra em estudo após a implementação do Programa *Estimul@r*, havendo melhoria em 5 dos casos. Também no estudo levado a cabo por Castro (2011) os resultados embora não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas mostraram haver uma diminuição na pontuação total da GDS após a intervenção de estimulação cognitiva. Gonçalves (2012) que teve como um dos objetivos avaliar os sintomas depressivos através de um programa de estimulação cognitiva obteve também como resultados valores estatisticamente significativos indo pois o presente estudo ao encontro destes resultados, elevando assim a larga importância da prática de estimulação cognitiva na diminuição da depressão. Tavares (2007) no seu estudo de estimulação em idosos institucionalizados, em que uma das variáveis era a depressão, não obteve resultados estatisticamente significativos.

TABELA 5- Resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon* na Escala Geriátrica da Depressão (GDS) antes e após a implementação do Programa *Estimul@r*

			W	P
Depressão Geriátrica (GDS1)	Ordens Positivas	0	-2,032	0,042
	Ordens Negativas	5		
Depressão Geriátrica (GDS2)	Empates	2		

3.4 CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

São vários os estudos sobre Estimulação Cognitiva encontrados na revisão bibliográfica, que, embora utilizem estratégias diferentes, e instrumentos de avaliação também distintos, tem uma finalidade comum, ou seja, perceber se a estimulação cognitiva leva a um melhor desempenho cognitivo por parte dos idosos e se tem influência na sintomatologia depressiva. Assim sendo, os resultados do Programa *Estimul@r* em que o objetivo principal era a promoção da saúde mental dos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena através de intervenções diversas de estimulação cognitiva onde se obtiveram resultados positivos, estatisticamente significativos em termos de desempenho cognitivo e de níveis de depressão, vão ao encontro dos resultados referidos anteriormente nos estudos encontrados.

Este é um Programa simples de aplicar, económico e que tem como finalidade principal o bem-estar dos idosos pelo que a sua utilização é recomendada.

No que diz respeito às limitações, é de salientar o fato deste estudo não ter grupo de controlo, sugerindo-se assim, para futuras investigações nesta área a realização de um estudo com grupo de controlo. Como Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, com competências específicas nesta área, nomeadamente Psicoterapêuticas, Socioterapêuticas, Psicossociais e Psicoeducacionais e, visto os resultados das intervenções terem sido positivos, sugere-se a implementação de Programas como o *Estimul@r* com a população idosa em contexto institucional de forma sistemática estabelecendo por exemplo uma parceria entre a UCC e as instituições que cuidam dos idosos e as próprias juntas de freguesia para fazer essas sessões.

4. CONCLUSÃO

Terminado agora este percurso, permite-me respirar mais tranquilamente e olhar para trás refletindo o quanto foi positiva e produtiva toda esta caminhada.

Olho para ela como se de um processo de germinação se tratasse pois inicialmente era uma pequena semente para passar a ser uma planta que cresceu e já deu frutos. Tal como a germinação é influenciada pelo meio, também este meu processo de desenvolvimento foi influenciados pelos que passaram pelo meu caminho, me despertaram e me ajudaram a crescer.

Este crescimento deu-se não só em termos profissionais com a aquisição de novos conhecimentos e de por em prática o que foi apreendido durante a teoria do curso mas também e, principalmente em termos pessoais, começando logo pelo desenvolver da primeira competência como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, o conhecimento de mim própria. Este conhecimento permitiu-me aprender a conhecer melhor os outros também.

No caso das plantas, caso estas encontrem um ambiente adverso, dificilmente a germinação ocorrerá, sendo pois necessário que as condições do meio sejam adequadas para que a semente germine. Ao longo deste meu percurso as condições foram sendo favoráveis, ou seja, foi surgindo o apoio de que necessitava, foram sendo adquiridos conhecimentos que permitiram uma evolução e foram encontradas estratégias para da melhor forma possível ir dando resposta às necessidades que iam surgindo e assim sendo a “semente” foi germinando.

Considero que o percurso, embora nem sempre fácil, pois os medos e inseguranças iniciais constituíam uma barreira á evolução, foi muito bom e interessante pois permitiu-me desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Mental, traduzidas neste relatório através da descrição, análise e reflexão das atividades

desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, tanto em contexto comunitário como em contexto de internamento de Psiquiatria.

As diferentes intervenções de enfermagem especializada em Saúde Mental descritas neste relatório tiveram como principal foco a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

O Estudo de Investigação que realizei foi um desafio importante e imprescindível na aquisição de mais uma competência enquanto enfermeira especialista. Trabalhar com idosos não foi novidade pois a minha população alvo no dia-a-dia de trabalho é esta, mas foi novidade sim olhar para estes de forma diferente e ser capaz de os ajudar de uma forma que até aí não era capaz, olhando-os não só pelos seus problemas físicos mas, e principalmente pela sua parte mental.

Considero que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos.

Apreendi que não há receitas, que não há fórmulas mágicas nesta área de intervenção mas há sim sensibilidades e formas que vamos descobrindo para ir ao encontro daquilo que o outro precisa.

Crescer é um desafio e, se a “germinação” for feita de forma tranquila, o crescimento torna-se mais eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde Serra D'Aire (2010). *Plano de Ação da UCC de Alcanena*. Alcanena: Centro de Saúde de Alcanena.
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 39 (2), 202 - 210
- Andrade, T. Mendonça, B. Lima, D. Alfenas, I. Bonolo, P. (2010). Projeto Conviver: Estímulo à Convivência entre Idosos do Catete, Ouro Preto, MG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (1), 81-85
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeitos da estimulação Cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (5), 193-201.
- Azevedo, L. (1999). *Comunicar com assertividade*. Instituto do emprego e formação profissional.
- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de psicologia*, 5 (2), 401-419.
- Baptista, N. J. M, Monteiro, C. A. G, Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). *Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo com alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico*. Acedido em 5 de Março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf>
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia*. (2ª edição). New York: The Guilford Press
- Belcher, J. R. & Fish, L. J. B. (2000). Hildegard E. Peplau. In J. B. George e colaboradores, *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática Profissional* (pp. 49-62) (A. M. V. Thorell, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann - Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica* (1ªEd.). Lisboa: Lusodidacta.

- Brandes, D. & Phillips, H. (2006). *Manual de Jogos Educativos*. Lisboa: Moraes Editores.
- Carneiro, D. (2001). *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual Books acedido em 20 de Março de 2013 em http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/didaticos/dinamica_grupal.htm
- Carvalho, M. (2012). Relações Intergeracionais - alternativa para minimizar a exclusão social do idoso. *Revista Portal de Divulgação*, 28 (III), 83-88.
- Castro, A. E. M. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Tese de mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo (2012). *Documento n° MQ.03.09.05*. 09-11-2012. Manual da Qualidade. Acessível no CHMT, Tomar, Portugal.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo (2013a). *Documento n° RG.GRL.021.01*. 18-01-2013 Regulamento do Exercício da Enfermagem.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo (2013b). *Documento n° RG.PSI.001.02*. 02-12-2013. Regulamento do Serviço de Psiquiatria. Acessível no CHMT, Tomar, Portugal.
- Centro Hospitalar Médio Tejo (2014). *Centro Hospitalar – História*. Acedido em 20 de fevereiro 2014 em http://www.chmt.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=0_0
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comunidades Europeias.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência a ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Coroas, A. (2010). *Visita domiciliária de Enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente*. Monografia de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- Decreto-lei n° 161/96 de 4 de setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série-A. N° 205 (04-09-1996), 2959-2962.
- Decreto-Lei n.° 281/2009 de 6 de Outubro (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Diário da República 1.ª série. N.° 193 (09-10-06), 7298-7301.
- Diário da República, Portaria 67/2012 de 21 de março de 2012. Define as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Diário da República, 1.ª série. N.° 58 (12-03-21), 1325
- Direção Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral de Saúde. (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde

- Direção Geral de Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde (2011- 2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gomes, J. C. (2013). *Planeamento descritivo 2.º semestre dos ensinios clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria* (2ª edição). Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde, Leiria.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. In: Portal dos psicólogos. Acedido em 12 de março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>.
- Gonçalves, D. & Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110.
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (p. 423-434).(A. R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) Loures: Lusociência
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Estado civil; Decenal*. Acedido em 22 de fevereiro de 2014 em <http://www.ine.pt>
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos - Actividades* (4ª edição). Porto: Ambar Edições.
- Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Editora da UCG.
- Keltner, N., Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lei nº 36/98 de 24 de julho (1998). Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Diário da República I Série-A. Nº 169 (24-7-1998), 3544-3550.
- Lethinen (2008). *Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente*. (J. C. Gomes, Trad.). Finlândia: Projecto Monitoring Positive Mental Health Environments

- Manes, S. (2011). *83 Jogos Psicológicos para dinâmicas de grupo*. (10ª edição). Lisboa: Paulus Editora.
- Marques, A. (2012). *Terapia de Reminiscências- projeto de intervenção*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu
- Medeiros, J. (2010). *Depressão no Idoso*. Tese de mestrado. Universidade do Porto, Porto
- Melo, M. B. (2008). *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre*. Tese de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde (2008). *Pacto Europeu para a saúde mental e bem-estar*. Bruxelas: União Europeia
- Ministério da Saúde. (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental
- Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde – Indicadores e valores de referência*. Lisboa: OE
- Ministério da Saúde. (2010). *Alimentação saudável para a pessoa idosa- Um manual para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel
- Ordem do Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de enfermagem. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009a). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: OE

- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa: OE
- Paul, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.). (S. Ribeiro e J. Bastos, Trad.) Camarate: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro e R. P. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência
- Pires, A. C. S. T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto
- Quintão, S., Almeida, L. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na Idade Adulta Avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 543-557
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série. Nº 35 (18-02-2011), 8648-8653.
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2ª série. Nº 35 (18-02-2011), 8669-8673.
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de março. (2011). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Diário da República 2ª série. Nº 47 (08-03-2011), 11114-11120.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto - Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de abril).
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, M. R. T. (2006). Efeitos de uma intervenção psico-educativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. *Cadernos de Estudo*. ESE de Paula Frassinetti. 3, 77-84.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Portfólios reflexivos: estratégias de formação e de supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa - Porto: Lidel.

- 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.
- Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Acedido a 12 de Novembro de 2010 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0302
- Souza, J. N. & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), 13-19.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tavares, L. (2007). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção*. Tese de mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Acedido em 24 de Abril de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.
- Trzepacz, P., T. & Baker R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J. & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (1), 17-20.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- World Health Organization. (2002). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

ANEXO I

Estudo de Caso da Prática Clínica na Unidade de Cuidados Diferenciados



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

Estudo de Caso

Verónica Brites Correia Moita

Tomar, Abril de 2013



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

Estudo de Caso
Prática clínica em Unidade de Cuidados
Diferenciados

Verónica Brites Correia Moita, n.º5120341

Unidade Curricular: Ensino Clínico II

Prof. Orientador: Marina Cordeiro

Tutor de estágio: Cláudia Basílio

Tomar, Abril de 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 5

2. HISTÓRIA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA – ANAMNESE 8

2.1 GENOGRAMA FAMILIAR 10

2.2 EXAME MENTAL 11

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (CIPE 2) 12

CONCLUSÃO 17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 19

INTRODUÇÃO

No estágio II, do Ensino Clínico em contexto de internamento em Saúde Mental e Psiquiatria no Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar foi-nos proposta a realização de um Estudo de Caso. Para a realização do mesmo foi selecionado um caso que considerei interessante e em que houvesse alterações na realização do exame mental e que estivesse relacionado com os conteúdos abordados em sala de aula. Depois da identificação e escolha do caso procurei investigar um pouco sobre o quadro que trouxe a pessoa ao internamento (não tinha diagnóstico médico, tinha entrado num contexto de episódio delirante, surto/perturbação psicótica), relatar a informação relativa a anamnese, fazendo de seguida o exame mental, utilizando a grelha que anteriormente tinha elaborado. Feita a identificação dos problemas, estabeleci os diagnósticos de enfermagem utilizando uma linguagem CIPE (classificação Internacional á prática de Enfermagem), bem como as respetivas intervenções que considerei pertinentes e prioritárias para dar resposta aos problemas identificados na grelha. Tentei ser simples, concisa e clara na realização deste trabalho e procurei realiza-lo apos refletir sobre a minha prática diária.

Assim, realizar este estudo de caso surge com os principais objetivos de:

- Podermos refletir sobre um caso específico que nos tenha surgido na prática de internamento de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Poder desenvolver atividades e no final olhar criticamente para estas no sentido de percebermos se ajudou a resolver/minimizar os problemas que tenhamos identificado, tendo por base as competências do enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Tentar perceber se as intervenções foram eficazes no sentido de alterar o estado de diagnóstico do foco levantado de forma a obtenção de ganhos em saúde.

Para garantir a privacidade e confidencialidade da informação não será utilizado o nome da doente mas sim um nome fictício. Independentemente disto foi pedida autorização à

peessoa em causa, para a elaboração do trabalho salvaguardando assim os princípios éticos que regem a profissão de Enfermagem.

1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As perturbações psicóticas podem ser caracterizadas pela presença de delírios e alucinações, bem como défices do funcionamento humano. (Lucas, 2013)

Segundo Pedinielli e Gimenez (2006) citados por Vieira, Moreira, Loureiro & Morgadinho (2008) existem dois sinais centrais da sintomatologia psicótica, sendo elas a perda de contato com a realidade e as perturbações de identidade. Nas alterações da realidade existem os delírios e as alucinações.

A pessoa que passa por uma crise psicótica pode ter alucinações, delírios, mudanças de comportamento e pensamento confuso, estes sintomas estão aliados a uma carência de visão crítica que leva o indivíduo a não reconhecer o caráter estranho do seu comportamento (Santana, 2007) citado por Vieira et al (2008).

Na psicose o Eu modifica a realidade, havendo uma rutura nos mecanismos de defesa, havendo um caos nesse mesmo Eu e a sua conseqüente fragmentação. O psicótico tem sensações que não correspondem à realidade, havendo uma transformação radical das relações entre o indivíduo e o mundo. A pessoa com psicose desenvolve processos de desintegração da personalidade, com grave desajustamento do indivíduo ao meio social, podendo esta ser episódica ou permanente, reversível ou irreversível, progressiva ou estacionária e completa ou parcial (Vieira et al 2008).

O DSMIV classifica a alucinação como “percepção sensorial que tem um sentido da realidade de uma percepção mas que ocorre sem a estimulação exterior do órgão sensorial correspondente. O sujeito experimenta como percepção aquilo que não existe para os outros, mas se nos preocupamos com o “mundo” do doente, não há dúvida que este fenómeno é vivido como perfeitamente real. As alucinações podem atingir qualquer de um dos órgãos dos sentidos, sendo classificadas de acordo com o órgão atingido, alucinações óticas (visuais), alucinações acústicas (auditivas), gustativas e olfativas, táteis, cinestésicas ou somáticas (corporais) segundo Scharfetter (2005) citado por Vieira et al (2008).

Um primeiro surto psicótico é de especial importância uma vez que pode ser o desencadear duma esquizofrenia. A intervenção no primeiro episódio do transtorno, oferece uma oportunidade única no seu tratamento. A interação entre fatores biológicos, ambientais, emocionais e predisposição genética, podem estar na origem de um primeiro surto psicótico. A diminuição da capacidade de cuidar de si, de produzir riqueza, de se relacionar individual e socialmente são exemplos de limitações que podem surgir em pessoas com este tipo de patologia. Estas limitações são extensíveis às famílias que ficam limitadas no seu desempenho social para poderem assistir o membro da família em sofrimento. (Giacon, 2006)

A importância de uma boa intervenção no primeiro surto psicótico pode reduzir o sofrimento físico e emocional das pessoas que estão a sofrer o impacto deste surto, é uma grande responsabilidade da enfermagem. (Giacon, 2006)

As intervenções psicossociais permitem o controlo da sintomatologia psicótica, bem como a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, no que diz respeito às suas vivências no dia-a-dia, assim como nas relações interpessoais, sendo que, estes resultados tornam-se mais efetivos quando associados à psicofarmacologia. Para além disso, a existência de uma equipa interdisciplinar e o trabalho desenvolvido com a família podem levar a obtenção de ótimos resultados. (Lucas, 2013)

A intervenção psicossocial consiste em tratar o paciente, baseando o envolvimento deste em atividades sociais e ocupacionais. Esta intervenção diminui o estigma da doença mental perante a sociedade e ao próprio utente, este na maioria dos casos, sente-se inibido em procurar ajuda, provocando uma maior deterioração que poderia ser evitada. Estudos mostram que o atendimento no domicílio, quando o episódio agudo está controlado, é a melhor alternativa. Este tipo de intervenção encoraja a busca de recreação, educação, outros serviços ocupacionais disponíveis na comunidade e programas de reabilitação. (Giacon, 2006)

A intervenção familiar também tem sido considerada de primordial importância no primeiro episódio psicótico. Deve-se conhecer a família, as suas características, limitações, medos e inseguranças. Quando a família se depara com uma nova situação destas desorganiza-se e muitas vezes precisa de ajuda para se reorganizar. Sem esta ajuda pode resultar numa adaptação com modelos de relacionamento que contribuem

pouco para a estabilização e melhora do paciente e, leva todo o grupo ao sofrimento mental. (Giacon, 2006)

2-HISTÓRIA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA – ANAMNESE

Ficha da doente: Maria L., 49 anos de idade, raça caucasiana, é natural de Abrantes residindo na mesma localidade, é divorciada, encontra-se reformada à mais de 10 anos e a sua religião é católica

Motivo do internamento/Aspetos relevantes no internamento: Doente internada no serviço de internamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar a 22 de Fevereiro de 2013 por Episódio Delirante, com alucinações auditivas “ as vozes dizem que me querem matar”. Veio acompanhada pela mãe, que segundo a doente, já estava farta de a ouvir a falar sozinha. O encaminhamento foi pelo médico de família. A doente refere que se sentia triste e com medo dessas vozes que a acompanhavam e acompanham para onde quer que vá.

História da Doença Atual: A doente refere que o início dos sintomas se deram quando se encontrava a passar uma temporada na Suíça a tomar conta dos sobrinhos desde Julho de 2012. Refere que deixou de tomar a medicação pois gostava de beber um copo de vinho a refeição e como achava que lhe poderia fazer mal, deixou de tomar. Foi desde essa altura que começou a ter as alucinações auditivas e pediu, 6 meses depois, pela altura do ano novo para regressar a Portugal pois sentiu que estavam cada vez mais exacerbados os sintomas.

Este internamento é o primeiro internamento em psiquiatria embora não tenha sido a primeira vez que tenha apresentado alucinações auditivas idênticas a esta. Refere que dez anos antes também havia apresentado uma situação semelhante mas que com a toma da medicação estas acabaram por desaparecer.

História Familiar- Maria tem 4 irmãos, o José de 48 anos e que é empreiteiro, a Fátima de 47 anos que é empregada de limpeza, a Carla de 39 anos que é empregada fabril e o Carlos de 36 anos que é distribuidor de fruta. Encontram-se todos emigrados á exceção da Carla. Os pais são o Sr. J. de 74 anos, reformado da profissão de soldador e a mãe a Sr.ª H. de 67 anos, doméstica. Refere que o pai é uma pessoa calma, tranquila, “muito

boa pessoa” e refere que a mãe é uma pessoa mais ansiosa e nervosa “ralha muito”. Na família não há história de alcoolismo, epilepsia ou quaisquer outro problema.

História Pessoal- Maria refere que teve uma infância feliz, de muita brincadeira, brincando principalmente com os irmãos que eram de idades muito próximas da sua. Andou na escola até à 4.^a classe pois não teve possibilidade para mais. Começou a trabalhar cerca dos 15 anos no campo, passando depois por diversos trabalhos como fábrica, café, empregada de limpeza, tendo sido o último uma fábrica de plásticos.

A nível de história menstrual apresentou uma história de menarca aos 14 anos e menopausa aos 40 anos.

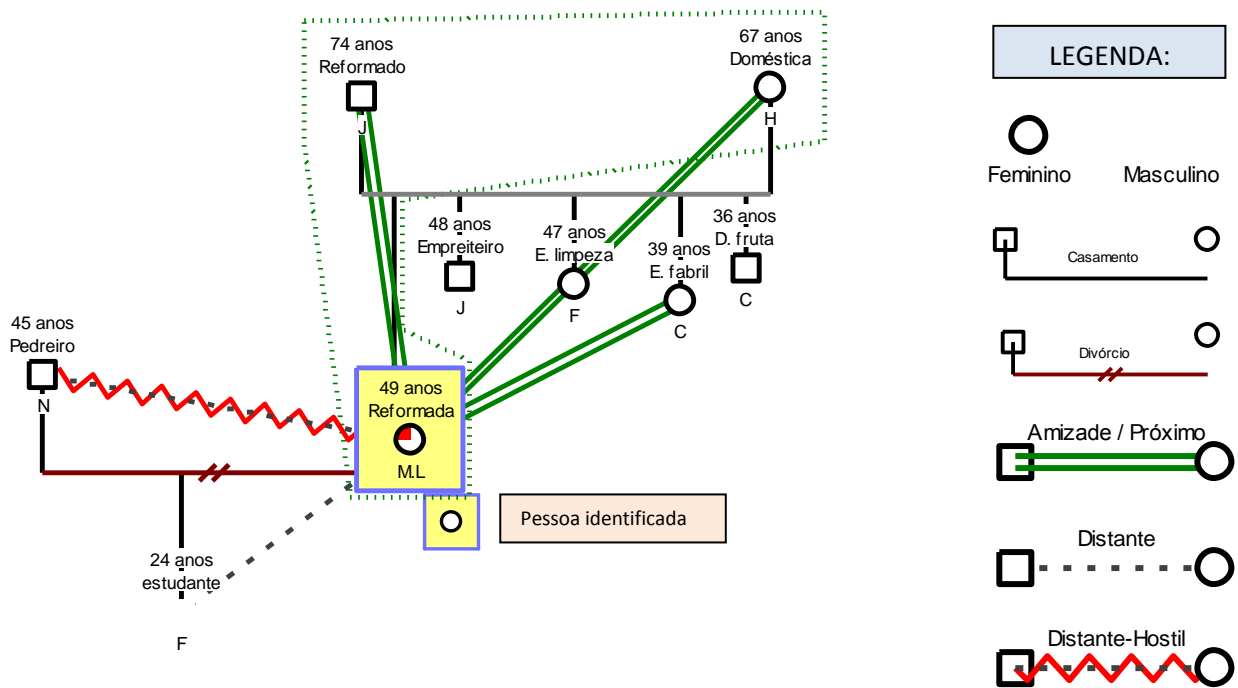
Teve dois namoros mais sérios sendo que o término da primeira relação a levou a uma depressão e o segundo foi quem casou e teve um filho, o F. que tem atualmente 24 anos. Com este apresenta uma relação distante pois este ficou a viver com o pai.

Personalidade prévia- Maria refere que antes desta situação era uma pessoa alegre, embora fosse pessimista. Gostava de passear, principalmente aos fins de semana, com os pais, indo às compras e visitar os irmãos. Para além de passear gostava ainda de ver filmes e novelas e correr. Quando trabalhava gostava do que fazia e considerava-se uma pessoa responsável.

A nível de hábitos de vida, é fumadora desde os 17 anos de idade, sendo que inicialmente era apenas aos fins-de-semana, escondida dos pais e que depois se tornou mais frequente tornando-se um vício.

Como sonho por concretizar refere ter ficado o fato de querer ser polícia.

2.1- GENOGRAMA FAMILIAR



2.2 - EXAME MENTAL

Do preenchimento da grelha de exame mental surgiram os seguintes resultados:

Expressão facial- Triste

Postura- Retraída

Motricidade- Livre

Humor- Depressivo

Emoções – Sem alterações

Afetos – Restrito

Consciência – sem alterações

Orientação e Atenção – Sem alterações; Atenção alterada

Memória – sem alterações

Pensamento – Sem alterações

Percepção- Alucinações auditivas (solilóquios)

Linguagem – Sem alterações

Funções Biológicas – Sem alterações

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (CIPE 2)

Foco/ Diagnóstico	Intervenções	Resultado das Intervenções	Competências Enfermeiro Especialista
<p>1. Não adesão ao Regime Medicamentoso presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar barreiras à adesão - Avaliar a adesão. - Ensinar sobre regime medicamentoso (Psicoeducação e entrega de um folheto) - Advogar benefícios da adesão ao regime medicamentoso. - Incentivar adesão ao regime medicamentoso. - Apoiar tomada de decisão efetiva - Avaliar a resposta ao ensino. 	<p>Após a construção de um relacionamento baseado na comunicação empática (Psicoterapia), procurou-se perceber o motivo que levou a doente a deixar a toma da medicação. Percebeu-se que esta o tinha feito porque gostava de beber um copo de vinho a refeição e tinha receio das consequências das interações. Após esta avaliação houve necessidade de realizar ensino acerca da importância da medicação, efeitos secundários, ou seja, fazer psicoeducação individual sobre os benefícios da toma da medicação no sentido de consciencializar a cerca da prevenção de recaídas. Foi uma intervenção eficaz, uma vez que a doente entendeu a importância da mesma e mostrou-se motivada a tomar corretamente a medicação. Estava planeada esta psicoeducação ser feita também aos pais da doente, no entanto estes não compareceram à sessão marcada para o efeito.</p> <p>Final da Intervenção -► alteração ao estado de diagnóstico: Adesão ao Regime Medicamentoso = GANHOS EM SAÚDE</p>	<p>F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</p> <p>F2.2.2- Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental</p> <p>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.</p> <p>F4.1.2- Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.</p> <p>F4.1.3- Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas)</p>

Foco/ Diagnóstico	Intervenções	Resultado das Intervenções	Competências Enfermeiro Especialista
2.Alucinação presente frequente	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar atividade alucinatória - Identificar causa da alucinação - Escutar - Facilitar comunicação -Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos. -Providenciar apoio emocional; - Encorajar autocontrolo; - Executar terapia de orientação para a realidade; - Executar técnica de distração (tv, jogar cartas, dominó, fazer renda) - Aliviar alucinação - Gerir medicação; - Vigiar resposta á medicação 	<p>Antes de falar das alucinações com a doente todo um caminho foi construído. A construção da relação paciente/terapeuta foi necessária. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança foi fundamental (psicoterapia individual). Procurar conhecer melhor a doente através da anamnese foi importante para haver aquisição de “ferramentas” para a ajudar. Procurou-se saber os motivos destas alucinações e a causa das mesmas. Segundo a própria doente foi a não toma da medicação que a fez voltar a ter alucinações; esta conseguiu expressar bem os seus sentimentos perante as alucinações, nomeadamente o medo; procurou-se fazer a orientação para a realidade no sentido de a fazer entender que as vozes que ouve a dizer “vou-te matar” não são reais e não precisa de ter medo delas e que as pessoas que lhe estão próximas e em quem confia também não as ouvem; refere sempre que não tem a certeza se são ou não reais, pois está sempre a ouvi-las, não tendo sido muito eficaz este tipo de terapia; para tentar minimizar a frequência destas, uma vez que eram constantes e acompanhadas de solilóquios, procurou perceber-se o que esta gostava de fazer e que pudesse ser de algum modo uma forma de se ocupar, através da técnica da distratibilidade (no sentido de se distrair das alucinações); a própria disse que gostava de correr, ver televisão, fazer renda (tendo já pedido a mãe para a levar para se distrair); através do diálogo com esta sobre passatempos preferidos, através de jogos como dominó a doente referiu que nesses momentos a atividade alucinatória se encontrava mais esbatida, tendo portanto sido eficaz esta técnica. Aquando da alta ainda apresentava alucinações auditivas mas menos frequentes quando comparadas com o momento da entrada.</p> <p>Final da Intervenção -► Alterou-se o estado de diagnóstico na frequência: Alucinação presente às vezes = GANHOS EM SAÚDE</p>	<p>F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</p> <p>F2.2.2- Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental</p> <p>F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional á 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.</p>

Foco/ Diagnóstico	Intervenções	Resultado das Intervenções	Competências Enfermeiro Especialista
3. Isolamento social presente frequente	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar obstáculos á socialização; - Escutar - Ajudar indivíduo a compreender o seu comportamento. - Promover a socialização; - Aumentar a socialização; - Encorajar atividades sociais e comunitárias - Incentivar participação em atividades de grupo; - Supervisionar socialização. 	<p>A doente M.L isolava-se muito no leito durante o dia não interagindo com os outros doentes nem com a equipa de enfermagem. Procurou-se compreender o porquê desse isolamento concluindo que se resguardava devido á atividade alucinatória presente. De forma a diminuir esse isolamento estimulou-se a participação em intervenções de grupo realizadas como foi o caso de sessões de atividade física (visto já ter manifestado o seu gosto pelo desporto), reuniões comunitárias nomeadamente sobre “Promoção da saúde mental” e “Reciclagem” (temas propostos pelos próprios doentes), sessões de relaxamento, sessões de autoapresentação e auto retrato. Nas sessões de relaxamento e de exercício físico esta não mostrou interesse em participar mas nas sessões de autoapresentação e autoretrato e nas reuniões comunitárias participou com agrado. Nestas sessões mostrou-se participativa e interativa principalmente quando era solicitada. Quando questionada acerca da atividade alucinatória durante as mesmas esta referiu menos intensidade das mesmas. Assim sendo as atividades de grupo foram bastante importantes para promover a interação social. Na primeira consulta pós alta a médica informou-me que a doente lhe referiu que já tinha conseguido ir ao cinema com uma amiga.</p> <p>Final da intervenção -► alterou o estado de diagnóstico na frequência: Isolamento Social presente às vezes = GANHOS EM SAÚDE</p>	<p>F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional á 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.</p>

Foco/ Diagnóstico	Intervenções	Resultado das Intervenções	Competências Enfermeiro Especialista
4. Tristeza presente frequente	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar elementos precipitantes da tristeza; - Escutar; - Promover a socialização; - Providenciar apoio emocional; - Implementar Técnica de Restruturação Cognitiva; 	<p>Para reduzir a tristeza que a doente apresentava e qual referia estar relacionada com o seu estado de saúde mental atual, procurou-se que esta identificasse aspetos da sua vida que fossem positivos para si e que de alguma forma lhe pudessem fazer sentir-se mais alegre e motivada (Restruturação Cognitiva). Esta referiu como aspetos positivos: o acompanhamento e disponibilidade dos seus pais, sempre presentes em todos os momentos da sua vida e o fato de não ter limitações físicas que a possam impedir de correr pois é algo de que gosta muito, principalmente do contato com a natureza.</p> <p>Refere que a presença das alucinações a deixa muito triste e sem vontade de fazer nada pois estão sempre a “dizer coisas más”. Foi encorajada a socializar, sugerindo-se algumas atividades como sair com os amigos, etc.. e utilizada novamente a técnica da distratibilidade no sentido da sua participação nas atividades desenvolvidas.</p> <p>Considero a intervenção eficaz pois a doente expressou o que sentia e referiu aspetos da sua vida que a podem ajudar a não estar tão triste.</p> <p>Final da Intervenção -► alterou o estado de diagnóstico na frequência: Tristeza presente às vezes = GANHOS EM SAÚDE</p>	<p>F2.2.2- Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental</p> <p>F3.1.1- Identifica os problemas e as necessidades da pessoa (...) no âmbito da saúde mental</p>

Foco/ Diagnóstico	Intervenções	Resultado das Intervenções	Competências Enfermeiro Especialista
5.Medo presente	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar autocontrole; - Escutar; - Providenciar apoio emocional; - Aliviar o medo - Instruir técnica de Relaxamento 	<p>A doente refere sensação de medo sempre que tem alucinações; sente como que uma ameaça e sente vontade de “se livrar daquela voz que a atormenta”. Refere que sente medo do que esta voz lhe diz pois normalmente são coisas más.</p> <p>Realizada psicoeducação sobre as vantagens do relaxamento no controle dos sintomas associados à sensação de medo, utilizando técnica de auto controle da respiração e solicitando-lhe que participasse nas sessões de relaxamento que seriam desenvolvidas no serviço. Recusou participar nas sessões de serviço mas treinou a técnica de controle da respiração tendo ajudado a reduzir o medo.</p> <p>Final da Intervenção -► alterou o estado de diagnóstico: Medo ausente = GANHOS EM SAÚDE</p>	<p>F2.2.3- Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.</p> <p>F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico , socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional á pessoa (...)</p>

4.CONCLUSÃO

A realização deste estágio permitiu-me por em prática algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria nomeadamente através das intervenções desenvolvidas com a minha utente do estudo de caso.

Considero que foi muito importante um maior conhecimento da história da doente através da realização de uma boa colheita de dados para a realização da anamnese, pois foi através desta que consegui identificar os focos de atenção em enfermagem.

Não foi fácil intervir, ou melhor, não foi fácil o processo de tentar perceber em que é que poderia intervir e qual poderia ser a melhor forma de o fazer no sentido de poder dar o meu contributo e perceber em que medida eu, como futura enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria poderia fazer a diferença. Neste processo foi importante a minha orientadora Cláudia Basílio pois ajudou-me a delinear um caminho e a refletir de forma mais estruturada.

Considero ter feito uma boa intervenção junto da minha utente do estudo de caso e para isso considero ter sido muito importante a construção de uma relação empática e de confiança inicial para depois todo o processo de intervenção poder ser mais eficaz. No entanto, considero que muitas coisas ficaram por fazer, talvez por inexperiência mas também por falta de tempo no sentido de que esta teve alta sem estar previsto que isso pudesse acontecer uma vez que a atividade alucinatória ainda se mantinha presente embora muito mais esbatida. Também a nível familiar gostaria de ter podido intervir pois considero que a família era o eixo principal desta utente na qual ela poderia ir buscar muito apoio, no entanto isto não foi possível devido à ausência desta nas reuniões marcadas.

Senti que de alguma forma fui importante neste processo de recuperação da minha utente o que me deixa muito feliz e com vontade de “abraçar outras causas”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição). Lisboa: Climeps

CIPE Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Castro, H. – Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Trabalho original em Inglês publicado em 2010)

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (2), 286-291.

Lucas, C. O. (2013). *Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas*. Acedido em 23 de Abril de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. (1ª edição). Coimbra: Quarteto.

Vieira, A., Moreira, J. I., Loureiro K., Morgadinho, R. (2008). *Esquizofrenia e outras perturbações Psicóticas*. Acedido em 23 de Abril de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0171.pdf>

ANEXO II

Estudo de Caso da Prática Clínica na Unidade de Cuidados na Comunidade



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

Estudo de Caso

Verónica Brites Correia Moita

Alcanena, Julho de 2013



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

Estudo de Caso
Prática clínica na Comunidade

Verónica Brites Correia Moita, n.º5120341

Unidade Curricular: Ensino Clínico I e III

Prof. Orientador: Marina Cordeiro

Tutor de estágio: Ana Paula Nunes

Alcanena, Julho de 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 5

2. HISTÓRIA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA – ANAMNESE 7

2.1 GENOGRAMA FAMILIAR 10

2.2 ECOMAPA DA MARIA 11

2.2 EXAME MENTAL 12

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (CIPE 2) 13

4- CONCLUSÃO 21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 22

INTRODUÇÃO

No estágio I e III, do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental relativa á prática clínica na Comunidade integrada no 2º semestre do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, que decorreu entre 29 de Abril e 12 de Julho de 2013 foi proposta a realização de um Estudo de Caso. O meu estágio nesta área desenvolveu-se no Centro de Saúde de Alcanena, ou melhor dizendo na UCC de Alcanena. Embora o estágio tenha sido pedido para este local e tenha desenvolvido algumas atividades ai, foi no Centro de Bem Estar Social de Alcanena que desenvolvi a maior parte do meu ensino clínico, por opção, dado o meu interesse pela população idosa.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005), devem ser fomentadas medidas de promoção da saúde mental ao longo de todo ciclo de vida e a saúde mental do idoso não é exceção. Refere que as consequências do envelhecimento da população europeia exige que se desenvolvam medidas eficazes pois envelhecer traz consigo fatores de stress que são desencadeadores de doença mental, nomeadamente de depressões, sendo pois muito importantes desenvolver intervenções neste grupo etário.

Assim sendo, fez todo o sentido que a minha escolha para o estudo de caso recaísse sobre um utente do Centro de Bem Estar.

Para a realização do mesmo foi selecionado um caso de uma utente com a qual estabeleci desde início uma relação mais próxima que considerei importante seguir e desenvolver um acompanhamento mais próximo. Depois da identificação e escolha do caso, procurei recolher informação relativa a anamnese, fazendo de seguida o exame mental, utilizando a grelha que anteriormente tinha elaborado. Feita a identificação dos problemas, estabeleci os diagnósticos de enfermagem utilizando uma linguagem CIPE (classificação Internacional á prática de Enfermagem), bem como as respetivas intervenções que considerei pertinentes e prioritárias para dar resposta aos problemas identificados na grelha. Tentei ser simples, concisa e clara na realização deste trabalho e procurei realiza-lo apos refletir sobre a minha prática diária.

Assim, realizar este estudo de caso surge com os principais objetivos de:

- Refletir sobre um caso num contexto comunitário numa população idosa
- Desenvolver atividades individuais e de grupo de forma a ajudar a minimizar os problemas identificados e no final olhar criticamente para estas tendo por base as competências do enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Procurar perceber a pertinência das intervenções verificando para isso se houve ganhos em saúde através da alteração do estado de diagnóstico.

Para garantir a privacidade e confidencialidade da informação não será utilizado o nome da doente mas sim um nome fictício. Independentemente disto foi pedida autorização à pessoa em causa, para a elaboração do trabalho salvaguardando assim os princípios éticos que regem a profissão de Enfermagem.

1 -FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008) citado por Teixeira (2010).

Segundo (Zimmerman, 2000) citado por Teixeira (2010) a depressão é muito mais do que um sentimento, pois pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares

Segundo Medeiros (2010) a depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DMS-IV) e na *International Classification of Diseases* (ICD-10), em indivíduos com mais de 65 anos de idade. A prevalência de depressão major, em indivíduos que residem em lares de terceira idade, é de 12-14%, sendo que 17-35% apresentam depressão minor ou sintomas clínicos significativos de depressão.

Geralmente, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso (Zimmerman, 2000) citado por Teixeira (2010).

Segundo Nunes (2008), citado por Teixeira (2010) a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. A depressão pode afetar a memória de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas nomeadamente da memória.

Esta patologia é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários. A Escala Geriátrica de Depressão (GDS) é um instrumento criado especificamente para auxiliar no diagnóstico de depressão, nestas populações.

2-HISTÓRIA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA – ANAMNESE

Ficha da doente:

Maria, 83 anos de idade, raça caucasiana, é natural de Alcanena, Olhos de Água, é reformada, o seu estado civil é viúva e é de religião católica.

História Pessoal:

Maria refere que teve uma infância muito infeliz, com muitas dificuldades económicas. Andou na escola apenas até a primeira classe e depois os pais retiraram-na pois a família era muito numerosa e tinha de começar logo a trabalhar. Refere que não teve infância, que não teve tempo para ser criança. Gostou de andar na escola, gostava de ter andado mais e por isso acabou por fazer a 4.^a classe já em adulta. Na escola era uma criança introvertida, sempre com medo que os outros meninos lhe batessem. Acabada a primária foi viver com a sua avó materna e começou logo com ela a trabalhar. Refere que começou por remendar sacos para uma fábrica. Mesmo quando não estava a realizar essa tarefa não ia para a rua brincar com os outros mas ficava em casa a aprender a fazer renda e malha. Mais tarde foi mesmo trabalhar para fábricas de curtumes e aos 12 anos de idade foi servir para casa de uma senhora, onde fazia todas as tarefas domésticas, desde a lida doméstica aos trabalhos do campo.

Começou a namorar cerca dos 21 anos de idade, namorou cerca de 1 ano e aos 22 anos casou. Esteve casada apenas dois anos, sendo que no primeiro ano nasceu o seu primeiro e único filho e depois ficou logo viúva, falecendo o marido de uma doença que desconhece a causa. Ficou a morar ainda em casa dos patrões até á idade do filho ir para a escola, voltando depois a viver com os avós.

Personalidade prévia:

Maria refere que sempre foi uma pessoa infeliz, desde a infância até aos dias de hoje, refere que nunca teve alegrias na vida. Sempre foi introvertida e sempre muito

reservada. Foi sempre dedicada ao filho e ao trabalho e nunca pensou muito em si. Quando trabalhava gostava do que fazia e adaptava-se a qualquer trabalho.

Quando questionada acerca dos sonhos que realizou ou deixou para trás refere que nunca teve tempo nem vontade de sonhar.

História Familiar:

Maria vem de uma família pobre e numerosa. O seu pai chamava-se José, teve vários trabalhos, sendo o último de Coveiro. Refere que era uma pessoa rígida, nada carinhosa, que estava sempre a ralar com os filhos e consumia álcool excessivamente. Este faleceu aos 63 anos vítima de doença que não sabe qual foi. A sua mãe chamava-se Maria, era doméstica mas também trabalhava no campo e era uma pessoa meiga e amiga dos filhos. Esta faleceu aos 60 anos de causa desconhecida.

Maria é a 4.^a mais velha de 10 irmãos, sendo 5 raparigas e 5 rapazes (especificado posteriormente no genograma). Na família desconhece outras doenças ou história de demência especificamente.

Em relação ao seu marido refere que foi o único namorado que teve mas que no pouco tempo que teve casada não foi feliz com ele pois era um homem que nunca lhe deu um carinho sendo mesmo vítima de violência doméstica.

Tem um filho que se chama João, de 60 anos, divorciado e que tem 2 filhos.

Refere que os seus avós sempre foram o seu pilar pois foi criada por eles e sabia que com eles poderia contar mas refere também alguma pena de não podido ter sido criada pelos pais. A morte destes foi uma grande perda na sua vida, assim como a de uma irmã sua com a qual teve um relacionamento mais próximo e que sempre a ajudou muito depois de ter ficado com um filho para criar.

História da Doença Atual:

Maria sempre foi uma mulher depressiva mas depois da morte do marido e ao ver-se com um filho de 1 ano de idade para criar refere que foi-se muito abaixo.

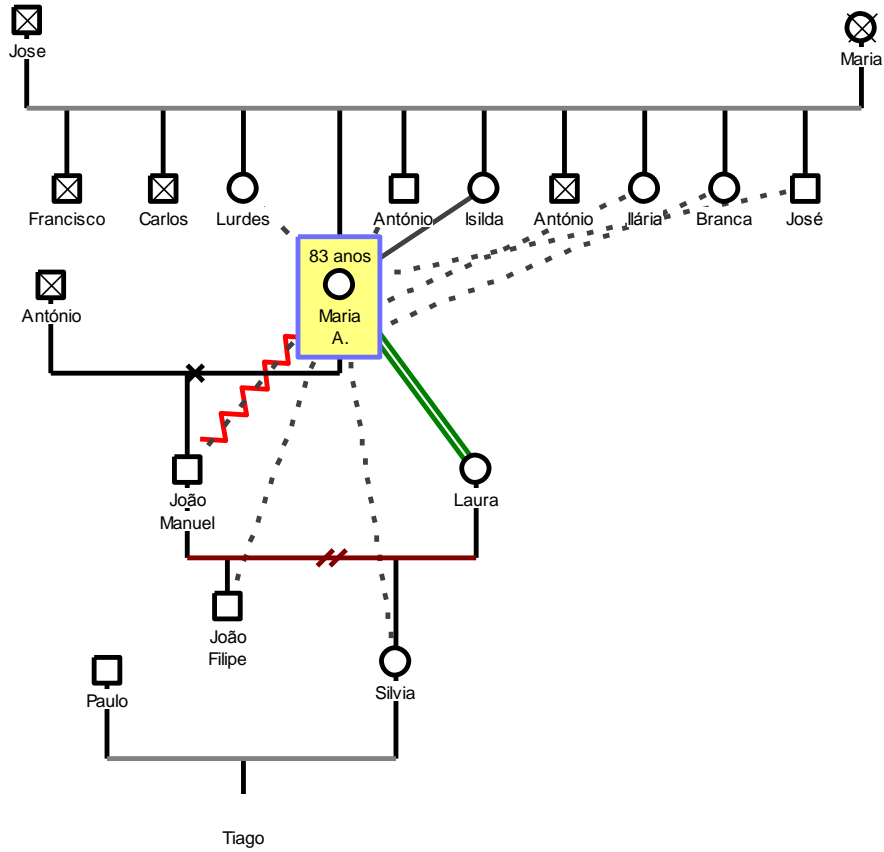
Desde essa altura é seguida em psicólogo e psiquiatra e muito nova (não sabe especificar a idade) lhe foi diagnosticado Alzheimer.

Refere que tem tido períodos melhor e outros piores mas nunca conseguiu verdadeiramente andar bem.

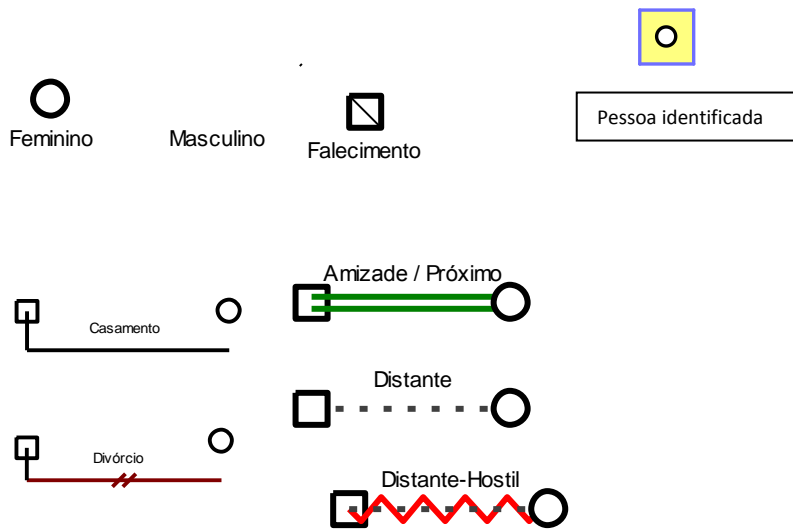
A Maria refere que foi um grande desgosto a separação do filho e que esta a levou novamente a ficar muito deprimida e sem vontade para nada pois a nora é como uma filha para ela, pois esta ficou sem mãe muito nova e foi ela que foi para si uma mãe.

A ida para o lar aconteceu há cerca de 4 anos pois sentia que já não tinha capacidades para estar sozinha.

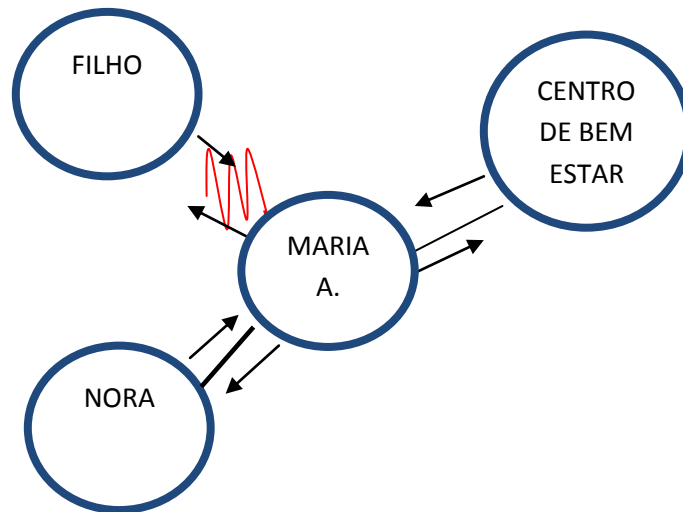
2.1- GENOGRAMA FAMILIAR




LEGENDA:





2.2 ECOMAPA DA MARIA



LEGENDA:

 Relação
fraca, stressante e conflituosa

 Relação
forte, compensadora

 Relação
fraca, requer esforço e energia

2.3 - EXAME MENTAL

Do preenchimento da grelha de exame mental surgiram os seguintes resultados:

Expressão facial- Triste

Postura- Retraída

Motricidade- Lentificação

Humor- Depressivo

Emoções – Ansiedade

Afetos – Restrito

Consciência – sem alterações

Orientação e Atenção – Sem alterações; Atenção alterada

Memória – Remota

Pensamento – Bradipsiquia

Percepção- Sem alterações

Linguagem – Sem alterações

Funções Biológicas – Sem alterações

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (CIPE 2)

Com base nas competências do enfermeiro especialista em saúde mental na implementação e planeamento de cuidados, foram delineados diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções de enfermagem em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) versão 2.0.

A formulação dos diagnósticos de enfermagem também teve por base aplicação de escalas, nomeadamente MMS (Mini Mental State (Folstein e McHugh, 1975) traduzido e adaptado para a população portuguesa por guerreiro e col. 1983), e GDS (Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage e col., 1983 *in* Sequeira, 2010) num momento inicial, registado a 15 de maio de 2013 e num momento final a 5 de Julho de 2013 avaliados com as mesmas escalas, após o desenvolvimento das intervenções quer individuais, quer de grupo contribuindo assim, para averiguar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1- Diagnóstico de enfermagem: Tristeza presente frequente

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar elementos precipitantes da tristeza;
- Escutar;
- Promover a socialização;
- Providenciar apoio emocional;
- Estabelecer confiança: criar relação de ajuda, evitar barreiras à comunicação;
- Implementar técnica de **Reestruturação Cognitiva** identificando aspetos positivos;
- Promover o bem-estar social: advogar a importância da socialização para alterar a tristeza;

-Implementar **Técnica de Distração**: estimular participação em atividades lúdicas de acordo com a sua preferência, descrever os benefícios e reforçar positivamente a sua participação nas atividades, implementar terapias de grupo e individuais como por exemplo relaxamento e **estimulação cognitiva de grupo**;

Resultado das intervenções:

Inicialmente foi necessário estabelecer uma relação de confiança e empática com a doente. Esse estabelecimento não foi difícil pois esta embora um pouco isolada não é uma pessoa fechada e com alguma tranquilidade foi falando da sua vida. Este diagnóstico foi logo identificado aquando dos primeiros contatos com a utente pois o seu fâcies era triste e depressivo. Após uma escuta ativa percebi que qual o motivo da tristeza, que, não se prende por estar no lar, pois esta até refere bastante contentamento por estar ali mas sim a sua vida, sendo atualmente o principal motivo desta, o divórcio do seu filho. Procurei que falasse sobre esse assunto sobre as coisas que a magoavam e preocupavam e procurei que esta identificasse aspetos da sua vida que fossem positivos que de alguma forma lhe pudessem fazer sentir-se mais alegre e motivada (**Reestruturação Cognitiva**). Os aspetos positivos que conseguiu identificar foram apenas a sua vida ali no lar e as visitas e telefonemas frequentes da sua ex nora.

De forma a se sentir menos triste a utente foi encorajada a socializar, incentivando a sua participação em atividades de grupo desenvolvidas no lar de forma a conseguir distrair-se (**Técnica da distratibilidade**). A utente participou e todas as atividades de grupo que desenvolvi.

Foi aplicada a escala de Depressão Geriátrica e o resultado foi: inicialmente de 22 e no final das intervenções de 17.

Considero que consegui atingir o objetivo com as minhas intervenções.

→ **Diagnóstico de enfermagem final** (alterou o estado de diagnóstico na frequência): **Tristeza presente às vezes = GANHOS EM SAÚDE**

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:

F2.2.2- Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental

F3.1.1- Identifica os problemas e as necessidades da pessoa (...) no âmbito da saúde mental

2- Diagnóstico de Enfermagem: **Socialização comprometida**

Intervenções de Enfermagem:

-Promover autoestima;

- Escutar

-Identificar obstáculos à socialização

-Ajudar indivíduo a compreender o seu comportamento.

-Apoiar o processo de tomada de decisão

-Implementar terapia pela diversão: assistir ao auto-cuidado atividade recreativa, encorajando o desenvolvimento de relações interpessoais;

- Promover a socialização

-Encorajar atividades sociais e comunitárias **-Intervenções Psicossocial e socioterapêuticas;**

- Implementar técnica de interação;

-Incentivar participação em atividades de grupo: projeto estimul@r - estimulação cognitiva de grupo, atividades de psicoterapia de grupo, relaxamento, psicoeducação, reminiscência

- Supervisionar socialização.

Resultado das intervenções:

Logo no início da minha ida para o Centro de Bem Estar percebi que aquela utente se isolava muito no seu canto e nunca a via a conversar com ninguém. Procurei aproximar-me dela e ir construindo uma relação de confiança que considerava ser a base fundamental para poder desenvolver atividades para promover a sua socialização. Procurei, através da escuta ativa perceber o porquê desse isolamento. Através da anamnese percebi que durante toda a sua vida foi uma pessoa retraída, de pouca interação com os outros e ali no lar não era diferente, ainda para mais pois tinha quedas frequentes o que a deixava bastante combalida e sem vontade para sequer se levantar do sofá onde passava os dias.

Percebi que era uma pessoa depressiva, sempre de fâcias triste e o meu objetivo era com sessões de grupo conseguir que se distraísse dessa tristeza através da socialização.

Assim sendo, a utente foi convidada a fazer parte do grupo Estimul@r após lhe ter sido explicado em que iria consistir esse mesmo grupo, dando-lhe total liberdade para decidir, apoiando dessa forma a decisão que tomasse. Foi-lhe explicado que haveriam muitas sessões de grupo e que gostaria que participasse no sentido da sua socialização ser melhorada e a utente concordou. Esta foi incentivada a participar em todas as atividades de grupo e participou efetivamente em todas. Inicialmente não se encontrava muito à-vontade para participar mas com a continuidade das sessões foi-se mostrando mais interativa, principalmente quando era solicitada.

Mesma nas atividades de psicoterapia de grupo em que eram solicitados a falar de sentimentos, mesmo nessas sessões a utente se mostrou participativa, embora sempre com uma postura algo retraída e envergonhada.

Nas atividades fora do lar, com objetivo socio terapêutico e psicossocial, como foi o caso da ida ao parque da Barquinha e à Sardinhada à praia Fluvial em Olhos de Água esta conseguiu interagir com os outros utentes participando quer no passeio parque quer no desfile de marcha popular na praia fluvial.

Considero que a estratégia utilizada para promover a socialização e reduzir assim o processo depressivo em que a doente se encontrava foi conseguido pois a utente passou a conversar com os outros utentes e interagir com estes.

→ Diagnóstico de enfermagem final:

Socialização melhorada = GANHOS EM SAÚDE

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:

F2.3-Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental (...)

F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, **socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional** á 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.

3- Diagnóstico de Enfermagem: Memória comprometida

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar a cognição;
- Estimular a memória;
- Ensinar Técnica de Treino da Memória;
- Implementar Técnica de Treino de Memória;
- Implementar terapia pela Reminiscência;
- Implementar terapia de validação;
- Providenciar orientação para a realidade
- Dar tempo ao utente

Resultado das intervenções:

Para a avaliação da cognição foi utilizado o Mini Mental, verificando-se assim a existência de défice cognitivo, sendo numa primeira avaliação 12 e numa segunda avaliação 17.

Para estimular a memória foram utilizadas atividades de grupo e individuais de estimulação cognitiva como jogos das diferenças, associações, etc...para além da memória estimulava a concentração.

Como forma de orientação para a realidade procurava ir com a utente sempre que fosse a estágio ao calendário do lar mudar os números para o dia correto.

A terapia pela Reminiscência foi outra das técnicas utilizadas para estimular a memória e foi uma das terapias que a utente mais gostou pois tinha de fazer um esforço para se lembrar de momentos do seu passado e quando conseguia ficava muito feliz. Mesmo o nome dos pais e dos irmãos tinha dificuldade em lembrar, mas sendo dado tempo a esta acabava por conseguir.

Considero que foram ações que produziram efeito na utente e esta sempre mostrou empenho em melhorar, participando em todas as atividades propostas.

→ Diagnóstico de enfermagem final:

Memória melhorada = GANHOS EM SAÚDE

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:

F3.1.1.Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa (...) no âmbito da saúde mental.

F3.1.6.Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental (...)

4- Diagnóstico de Enfermagem: **Medo frequente (de cair e da doença)**

Intervenções de Enfermagem:

- Encorajar autocontrole
- Escutar
- Providenciar Apoio Emocional
- Aliviar o medo
- Ensinar

Resultado das intervenções:

A utente encontrava-se muitas vezes condicionada na participação nas atividades devido ao medo que apresentava em deslocar-se por risco de cair, uma vez que apresentava quedas frequentes e por isso ficava com queixas álgicas a nível dorso lombar. Neste sentido foi procurado encontrar a causa das quedas e uma delas era o levantar repentino, principalmente pela manhã. Foi feita educação no sentido da prevenção de quedas, com um levantar gradual, sentando-se primeiro á beira da cama e só depois efetivar o levantar e um calçado mais justo pois encontrava-se frequentemente deambular com calçado pouco adaptado. Desde que começou a ter esses dois cuidados passou a não ter quedas frequentes e a sentir-se mais confiante para deambular.

Outro dos seus medos era o da doença de Alzheimer se agravar ainda mais e esta passar a esquecer-se de tudo, local das coisas, do que já fez e não fez, da sua memória ir ficando cada vez mais deteriorada. Foi dado espaço á utente para conversar sobre esse seu medo e essa sua preocupação fazendo psicoeducação sobre a doença.

Penso que estas duas estratégias surtiram efeito pois verifiquei um aumento da confiança da utente.

→ Diagnóstico de enfermagem final:

Medo ausente = GANHOS EM SAÚDE

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental:

F2.1.2- Avalia fatores promotores e protetores do bem estar e saúde mental (...)

F2.2.3- Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e **psicoeducacional** á pessoa (...)

4.CONCLUSÃO

A realização deste estágio permitiu-me por em prática algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria nomeadamente através das intervenções desenvolvidas com a minha utente do estudo de caso.

Considero que foi muito importante um maior conhecimento da história da doente através da realização de uma boa colheita de dados para a realização da anamnese, pois foi através desta que consegui identificar os focos de atenção em enfermagem.

Através do programa estimul@r pude realizar intervenções de estimulação cognitiva e reminiscência que foi algo de novo para mim visto que no outro estágio não tinha tido essa experiência. Neste tipo de população considero que são dois tipos de intervenção muito eficazes, principalmente a terapia da reminiscência que dá muito prazer aos idosos participar, promovendo a interação em grupo, a partilha de sentimentos e estimulando as suas memórias. Pessoalmente também me deu muito gozo dirigi-las e sentir a sua utilidade.

Considero ter feito uma boa intervenção junto da minha utente do estudo de caso e para isso considero ter sido muito importante a construção de uma relação empática e de confiança inicial para depois todo o processo de intervenção poder ser mais eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição). Lisboa: Climeps

CIPE Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Castro, H. – Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Trabalho original em Inglês publicado em 2010)

Diário da República_Regulamento nº129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da Republica, 2ª série.nº35 (2011.02.18), 8669-8673

Medeiros, Joana (2010); *Depressão no Idoso*. Acedido em 8 de Julho de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. (1ªedição). Coimbra: Quarteto.

Teixeira, Liliana (2010); *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção*. Acedido em 05 de Julho de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

ANEXO III

Guião do Relaxamento Progressivo de Jacobson

GUIÃO DE RELAXAMENTO

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO – ADAPTADO

A técnica de relaxamento que vou utilizar hoje chama-se relaxamento muscular progressivo e consiste basicamente na aprendizagem da contração e descontração sequencial de músculos do seu corpo. Ao mesmo tempo que o vou ensinar a relaxar, também o vou encorajar a reconhecer e a assinalar a tensão e o relaxamento nos diferentes músculos. O objetivo do treino de relaxamento muscular progressivo é ajudá-lo a aprender a reduzir a tensão muscular do seu corpo, sempre que lhe apeteça fazê-lo, em qualquer circunstância do seu dia a dia. Para conseguir isto, eu posso pedir, por exemplo, que foque a sua atenção nos músculos das mãos, que os force, contraia, com força... depois, e quando eu disser, simplesmente deixe-os relaxar, voltar ao estado de descontração, sinta-os leves. Uma outra vantagem importante deste tipo de relaxamento é que vai permitir que se foque nas diferentes partes do seu corpo, que tome consciência delas. Então pedia agora que fechasse os olhos e se colocasse numa posição confortável. Lembrem-se de respirar calmamente e relaxar.

1. Mãos

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos das mãos.

Feche as mãos, aperte-as com força, contraia as suas mãos. Sinta toda a tensão acumulada nas suas mãos.

Agora relaxe já as mãos, descontraia todos os músculos das mãos. Sinta as suas mãos muito leves. Focalize as sensações nos músculos das mãos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração das suas mãos.”

2. Braços

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos dos braços.

Assente os seus cotovelos com força no colchão e puxe-os para si. Insista na força dos cotovelos contra o colchão. Contraia os seus braços. Repare como é a

tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sinta toda a tensão acumulada nos seus braços.

Agora relaxe já os braços. Baixe-os e coloque-os ao longo do corpo. Descontraia todos os músculos dos braços. Sinta os seus braços muito leves. Focalize as sensações nos músculos dos braços à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração dos seus braços.”

Não mexa mais nem as mãos nem os braços. Sinta os membros superiores leves.

3. Face

“Vamos passar agora para os músculos do rosto. Sem abrir os olhos, levante as sobrancelhas com força, puxe-as para cima tanto quanto puder. Sinta a tensão subir através da testa até ao crânio. Insista.

Agora deixe toda a tensão sair, descontraia as sobrancelhas. Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

Agora faça um grande sorriso forçado, estique todos os músculos das maçãs do rosto, puxando os cantos da boca para traz. Insista, com força. Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos.

Agora descontraia esses músculos. Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento da face. Liberte a tensão nesta zona do corpo e aperceba-se de como é bom os músculos se tornarem descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente.”

4. Pescoço e garganta

“Passemos para o pescoço e garganta. Puxe o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito. Sinta a tensão nos músculos que está a forçar. Mantenha essa tensão.

Agora relaxe. Volte à posição inicial. Todos os músculos desta zona vão ficando cada vez mais e mais relaxados. Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Tente rodar, muito

lentamente, a sua cabeça para um e outro lado. Rode muito devagar a cabeça e aperceba-se da descontração dos músculos do pescoço. Pare. Reconheça a diferença entre o pescoço estar contraído e descontraído.”

5. Peito e ombros

“Focalize-se agora nos músculos do peito e ombros. Inspire bem fundo e sustenha a respiração. Puxe os ombros para traz. Mantenha mais um pouco. Agora expire. Respire normalmente. Descontraia-se. Repare como estão estes músculos agora. Bem mais agradável é esta posição de relaxamento.”

6. Abdómen

“Sem mexer o resto do corpo faça força na barriga. Muita força. Contraia toda a zona do abdómen. Com força.

Agora solte. Respire normalmente. Deixe a tensão na zona da barriga sair. Relaxe.

7. Pernas

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos das pernas.

Dobre as pernas e assente os pés no colchão. Apenas com os calcanhares insista na força dos pés contra o colchão. Contraia as suas pernas. Repare como é a tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sinta toda a tensão acumulada nas suas pernas.

Agora relaxe já as pernas. Baixe-as e estique-as de novo. Descontraia todos os músculos das pernas. Sinta as suas pernas muito leves. Focalize as sensações nos músculos das pernas à medida que elas vão ficando mais e mais relaxadas. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração das suas pernas.”

8. Pés

“Vamos passar para os músculos dos pés. Estique os pés e vire-os para dentro. Dobre os dedos dos pés para dentro. Faça força e sinta os músculos dos pés muito contraídos. Aprecie a sensação de tensão nos pés. Agora relaxe os pés. Descontraia-se. Repare como agora eles estão relaxados. Compare esta sensação com a anterior e veja a diferença entre tensão e descontração.”

Já relaxou os músculos das mãos, dos braços. Deixe que eles continuem a relaxar. Relaxou os músculos da face e do pescoço. Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados. Permita que os músculos do peito, ombros e abdômen se tornem ainda mais profundamente relaxados. Tal como os músculos das pernas e pés. Deixe-os estar completamente relaxados, leves.

Agora vou começar a contar, de traz para a frente, de 4 até 1. Quando disser 4 comece a mexer lentamente as pernas e os pés... 4... quando disser 3 pode com calma mexer os braços e as mãos... 3... quando ouvir 2, mexa a face e o pescoço devagar... 2... quando eu disser 1 abra os olhos... 1...

ANEXO IV

Formação em serviço: Importância da Comunicação no processo de cuidar de pessoas idosas



Centro de Bem Estar Social
Alcanena, 27 de Junho 2013

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS



ENF.ª VERÓNICA
MOITA
ENF.ª ORIENTADORA
ANA PAULA



O Envelhecimento traz...



- ✓ Diminuição da acuidade auditiva e visual;
- ✓ Alteração na dentição (o que também condiciona a comunicação);
- ✓ Alterações olfactivas, gustativas e tácteis;
- ✓ Reflexos mais lentos e respostas tardias;
- ✓ Alterações da memória;
- ✓ Aprendizagem (esta capacidade não está alterada mas existem factores que condicionam: Motivação, Atenção, Transmissão tardia da informação ao cérebro, Défices, Doenças);
- ✓ Atenção diminuída (Distracção com mais facilidade);
- ✓ Entre outros...

- Alteração dos órgãos sensoriais pode prejudicar a interacção com o ambiente e com outras pessoas



Influencia o estado Psicológico

Sentir -se inútil e socialmente isolado

TECNICAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL

Expressão	Clarificação	Validação
<ul style="list-style-type: none">• Permanecer em silêncio• Verbalizar aceitação• Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa• Ouvir atentamente• Verbalizar interesse	<ul style="list-style-type: none">• Devolver as perguntas feitas• Solicitar esclarecimentos de termos não comuns e duvidas <p>O mesmo conteúdo dito de formas diferentes Tem significado diferente</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Repetir a mensagem dita• Pedir a pessoa para repetir o que foi dito <p>↓</p> <p>A não validação da mensagem é uma das causas da falta de compreensão entre as pessoas.</p>

• “É impossível não comunicar”



Verbal

- Palavras expressas através da fala

Não Verbal

- Gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal...

A comunicação verbal tem características próprias e sofre transformações nas diferentes fases da vida humana...

A linguagem é um componente essencial para a inserção social, para a saúde geral e uma vida com qualidade e autonomia na velhice...

COMUNICAÇÃO

Comunicar é trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz.

A comunicação é o próprio relacionamento.

(Stuart & Laraia, 2002)


Escutar é mais que ouvir



- Exige disponibilidade
- Interesse pelo outro
- Interpretação correta das palavras
- linguagem corporal
- Prudência nos conselhos
- Paciência, calma e serenidade


ATTITUDES INDIVIDUAIS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO

- Saber deixar falar
- Colocar-se em empatia com o outro
- Centrar-se no que é dito
- Eliminar qualquer juízo de valor
- Não interromper o outro
- Não deixar transparecer as emoções pessoais
- Reformular



(Riley, 2004)

IMPORTANCIA DO SILENCIO NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



- Os silêncios dão espaço à pessoa para pensar, refletir
- Para escutar o outro é preciso estar em silencio

IMPORTÂNCIA DOS GESTOS NA INTERACÇÃO

Atenção às atitudes e comportamentos suscetíveis de pôr a pessoa cuidada pouco à vontade e bloquear o estabelecimento de uma relação interpessoal.

Os gestos podem ajudar a interpretar o conteúdo da comunicação



NA COMUNICAÇÃO É IMPORTANTE...

GESTOS

EXPRESSÃO FACIAL

PARALINGUÍSTICA

TOQUE

ESPAÇO

POSTURA

DISTORÇÕES À COMUNICAÇÃO

O Eclipse do sol...



História num quartel...

IMPORTÂNCIA DA POSTURA CORPORAL NA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL



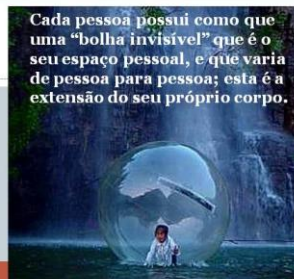
Virar a cara e o corpo na direção da pessoa com quem se comunica

Postura ligeiramente inclinada para a pessoa

Comunicação face a face

A posição dos braços é determinante na interação, sendo que quando estes estão cruzados ou nos bolsos ou mãos atrás das costas impedem uma reação aberta e favorável da comunicação.

Cada pessoa possui como que uma "bolha invisível" que é o seu espaço pessoal, e que varia de pessoa para pessoa; esta é a extensão do seu próprio corpo.



A invasão do espaço pessoal de alguém provoca reações de afastamento, mudança na orientação do corpo, interposição de barreiras com braços e pernas, mudanças corporais.

Invadimos o espaço do outro:

Com o olhar

Com perguntas desadequadas (despir psicologicamente o outro)

Quando mexemos indevidamente nas coisas dos outros

A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO PESSOAL NA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL



Cada pessoa tem o seu espaço... este deve ser respeitado

➤ Distância pública 2 a 3 m

➤ Distância Social 1,2 a 2,1 m

➤ Distância pessoal 0,45 a 1,25 m

➤ Distância íntima 0 a 0,5 m

PRINCIPIOS DA COMUNICAÇÃO

- Pronunciar as palavras correta e claramente
- Não falar nem muito alto nem muito baixo
- Não falar nem muito depressa, nem muito devagar
- Concentrar-se na mensagem
- Ser breve
- Mostrar-se interessado

- Sorrir
- Tratar corretamente o outro (pelo nome que mais gosta)
- Ser simpático
- Certificar-se que o outro entende o que lhe é dito
- Usar palavras simples

A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL É FUNDAMENTAL PARA A PRESERVAÇÃO DA ORIENTAÇÃO E DA MEMÓRIA NOS IDOSOS

DIMENSÕES DO RELACIONAMENTO

Respeito e aceitação pela pessoa

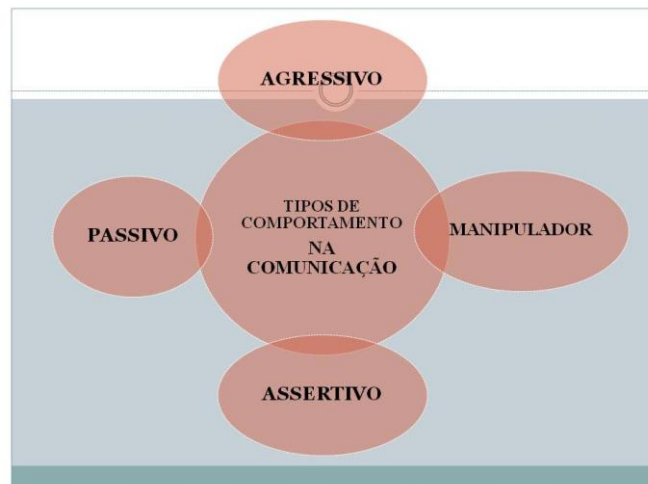
- Sugere que o idoso cuidado seja tratado de forma responsável como uma pessoa digna que é, valorizada e aceite sem restrição.



Tratar correctamente o outro (pelo nome que mais gosta)

- Não se deve infantilizar a pessoa idosa, chamando avózinha, ou outros nomes que não o dela...
- “D. Maria, precisa de ajuda?”





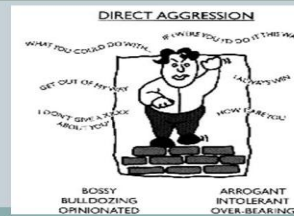
Agressivo

- Características**
- Perde a calma facilmente;
 - Não reconhece os seus erros e acusa os outros;
 - Agride, fala alto.

- Como os outros o vêem**
- Ninguém gosta de trabalhar com ele.

Mandão
Opinativo

Arrogante
Intolerante



Manipulador

- Características**
- Leva os outros a fazer o que ele gostaria de ter coragem para fazer.

- Como os outros o vêem**
- Evitam-no.

Insinuador

Induz a culpa nos outros



Adapted from: Robert C. Mann and Thomas L. Whitfield (1988)

Assertivo

Características

- Defende os seus direitos, mas respeita os outros e é honesto;
- Sabe dizer **não** mesmo que os outros não gostem ou o critiquem;
- Capacidade de auto-afirmação e de expressar sentimentos tanto positivos como negativos.

Como os outros o vêm

- Toda a gente gosta de estar junto dele.



Passivo

Características

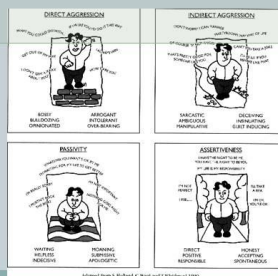
- Parece que não reage;
- Dificuldade em dizer **não**, para não criar conflito.

Como os outros o vêm

- É tipo “Maria vai com todas”.

Submisso
Necessidade constante de pedir desculpas

Espera sempre que os outros decidam – é indeciso



Por exemplo:

O utente não quer tomar banho!

- Vai tomar banho imediatamente!
- É importante tomar banho para ter um aspecto cuidado. Vá eu ajuda.
- Então pronto não toma banho.
- Fernanda, o Sr. Joel não quer tomar banho podes ir ter com ele uma vez que tu é que tens jeito para lidar com estas situações?



Como ser assertivo

1. Ser claro, conciso e específico

○

"Lembra-se de termos combinado que comia a refeição toda? Será que se esqueceu?"	
"Combinámos que hoje comia a refeição toda, porque não o fez?"	✓

2. Usar frases na primeira pessoa

○

"Está a entender?"	
"Faço-me entender?"	✓

3. Empatizar

Auxiliar A: Podes supervisionar hoje a alimentação como combinámos ontem?

Auxiliar B: Tenho pena, mas vou ter que ir almoçar a casa, hoje não posso.

Auxiliar A: “Eu compreendo que te possa criar dificuldades, mas já tínhamos combinado que o farias hoje.”



Auxiliar A: “Não quero saber onde vais almoçar, é sempre a mesma coisa! Eu quero que supervisiones as refeições como estava combinado!”

5. Pedir mudança de comportamento

Auxiliar A: “Estas a ser demasiado picuinhas.”

Auxiliar B: “Desculpa, tens razão...”

Auxiliar B: “Quero que isto fique exacto. Por favor, não me descrevas como picuinhas.”



4. Respeitar os outros

“Fico muito contente por teres a iniciativa de arrumar os sacos do lixo, mas não é assim que costumamos fazer. Vou explicar-te como fazemos para a próxima vez já saberes.”



“Nunca ajudas a fazer nada e quando fazes não fazes nada de jeito!”

6. Oferecer-se para mudar

Auxiliar A: "Acho que és demasiado agressiva para os idosos."	
Auxiliar B: "Tens razão, vou tentar mudar isso."	✓
Auxiliar B: "Acho que somos é bons demais para eles."	



Historia da estrela do Mar

Comunicar-se de forma eficaz
é dizer:

A coisa certa
Da forma certa
Na hora certa
No local certo
Para a pessoa certa

A assertividade não garante a não ocorrência de conflitos, porém é a melhor forma de os prevenir!!



Obrigada
pela
atenção!

ANEXO V

Folheto de adesão à terapêutica

Após ter decidido fazer a medicação, como pode obter os melhores resultados da mesma?

Muitas pessoas referem que têm dificuldades em fazer a medicação de forma regular. Determinadas medidas comportamentais podem ajudar... Cada pessoa tem as suas rotinas e será importante adaptar as medidas as necessidades individuais.

- Simplificar o horário das tomas de medicação o mais possível
- Faça a medicação à mesma hora todos os dias pois é mais fácil e evita esquecimentos. Este procedimento também pode contribuir para manter níveis de medicação mais estáveis na corrente sanguínea
- Adapte a toma da medicação às suas rotinas diárias- por exemplo quando for lavar os dentes...



- Utilize diversas formas para se lembrar de fazer a medicação- peça a um familiar ou amigo que o lembre...
- Mantenha presente e pense nos benefícios da medicação

**ADIRA
À
MEDICAÇÃO...
É IMPORTANTE!!**

Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria
Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar
Enf.ª Joana Brogueira
Enf.ª Verónica Moita



**ADERIR À MEDICAÇÃO
É IMPORTANTE?**



A MEDICAÇÃO É IMPORTANTE....

Quando as pessoas tomam regularmente a medicação como parte do seu tratamento, são menos afetadas pelos sintomas e têm menor probabilidade de ter recaídas.



Assim, quem toma a medicação...

- ▶ Tem sintomas com menor frequência e intensidade
- ▶ Melhoram a concentração e pensam com mais clareza
- ▶ Adormecem mais facilmente e dormem mais descansados
- ▶ Conseguem cumprir mais os seus objetivos

Quais são os benefícios de fazer medicação para os problemas de saúde mental?

A medicação evidenciou utilidade em dois aspetos fundamentais:

▶**Redução dos sintomas durante e após o episódio agudo da doença:** Algumas vezes a medicação pode atuar rapidamente, contribuindo para a pessoa ficar mais calma, pensar com mais clareza e ficar menos deprimida. No entanto, na maioria dos casos demora várias semanas até ocorrer uma redução significativa dos sintomas.

▶**Redução da probabilidade de ter novos episódios no futuro:** Fazer medicação adequada e de forma regular ajuda a prevenir recaídas. Fazer a medicação não é uma cura para a doença mental e não se pode garantir que não irá ter um novo episódio agudo. No entanto, para a maioria das pessoas, fazer o tratamento de forma regular pode reduzir muito o risco de recaídas e internamentos.

Quais são os efeitos secundários da medicação?

As pessoas têm respostas diferentes aos medicamentos..

Na maioria dos casos os efeitos secundários são temporários e passam com o tempo à medida que o organismo se adapta. Alguns efeitos menos comuns podem permanecer mais tempo.



Se apresentar efeitos secundários será importante consultar a sua equipa de saúde. O seu médico poderá ajudar a avaliar a situação e a propor soluções e alternativas, como por exemplo: reduzir a medicação, adicionar outro medicamento para corrigir os efeitos secundários ou mudar de medicação. Os medicamentos podem causar efeitos secundários e devemos aprender a lidar com estes e dar continuidade ao tratamento.

ANEXO VI

Escala de MARS

Escala de Adesão à Terapêutica (MARS)

Questão	Sim	Não
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?		
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
4. Por vezes, se sente pior quando toma a medicação, deixa de tomar?		
5. Só tomo a medicação quando me sinto doente?		
6. Não é natural para a minha mente e meu corpo ser controlado pela medicação?		
7. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação?		
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?		
9. Sinto-me estranho ou como um zombie com a medicação?		
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?		

Pontuação

Questões 1-6, 9 e 10: Resposta Não

Questões 7 e 8: Resposta Sim

ANEXO VII

Pedido de colaboração para aplicação da escala de MARS

Pedido colaboração ao serviço

Como alunas da Especialidade de Saúde Mental, Joana Brogueira e Verónica Moita gostaríamos de ter a colaboração de todos os elementos do serviço no sentido de nos ajudarem a monitorizar a Adesão ao Regime Terapêutico através da aplicação da escala MARS. Esta escala aplica-se a doentes internados com as seguintes patologias:

- Esquizofrenia;
- Perturbação esquizofreniforme;
- Perturbação Esquizoafetiva (mania);
- Perturbação Bipolar (mania);
- Psicose.

Para a operacionalização desta monitorização pedíamos que abrissem no sistema SAPE:

-Foco: Adesão ao Regime Terapêutico

- Intervenção: Monitorizar adesão ao regime terapêutico com escala de MARS, colocando a intervenção em SOS aplicando-a à entrada, à saída e sempre que necessário.

Para preencher a escala deve clicar-se duas vezes no canto superior esquerdo onde diz "Escala de adesão à terapêutica" e clicar na resposta "sim" ou "não" em cada item, no final clicar em "scores" e "ok". Junto desta informação está a escala em suporte papel para ser mais facilmente aplicada.

A disponibilidade de instrumentos que nos permitam uma avaliação fiável da adesão à medicação, pelos doentes, é crucial para o planeamento de estratégias apropriadas a cada situação, daí a importância desta monitorização.

Nota: A escala encontra-se em suporte digital, para imprimir, no H, pasta Escala MARS adesão à terapêutica.

Desde já o nosso muito obrigado pela vossa colaboração.

ANEXO VIII

Manual de Atividades para treino de competências sociais



Alunas do 2.º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria

Enfermeira Joana Brogueira

Enfermeira Verónica moita

Tomar Março e Abril de 2013

INDICE

INTRODUÇÃO	2
ATIVIDADE 1: Ouvir os outros.....	3
ATIVIDADE 2: Fazer pedidos.....	4
ATIVIDADE 3: Expressar sentimentos positivos.....	5
ATIVIDADE 4: Expressar sentimentos negativos.....	6
ATIVIDADE 5: Recusar pedidos.....	7
ATIVIDADE 6: Abrigo subterrâneo.....	8
ATIVIDADE 7: Acordos e desacordos – comunicação assertiva.....	10
ATIVIDADE 8: Alunagem forçada- Resolução de Problemas	11
ATIVIDADE 9: Cumprimento das regras	13
ATIVIDADE 10: Eu tenho o direito de	15
ATIVIDADE 11: Pares de Sentimentos	16
ATIVIDADE 12: Penso que devias	22
ATIVIDADE 13: Provérbio desordenado	23
ATIVIDADE 14: Quem conta um conto	24
ATIVIDADE 15: Entrar numa conversa	26
ATIVIDADE 16: Exprime-te nas situações de dificuldade	28
ATIVIDADE 17: Reagir às Críticas	29
ATIVIDADE 18: Reconhece como te exprimes.....	30
ATIVIDADE 19: Gestão da medicação.....	31
ATIVIDADE 20: Ida ao Supermercado – gestão do dinheiro.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUÇÃO

As competências sociais são, para Spencer (2003), citado por Aguiar (2009), referido em Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2011, pág. 4), “a capacidade de obter resultados (positivos) a partir de interações interpessoais”. Muitas vezes usam-se os termos competências sociais e habilidades sociais como sinónimos, porém Del Prette & Del Prette (1999), referidos por Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerk-Carneiro (2000) dizem-nos que as competências e habilidades são diferentes, sendo que habilidades são os comportamentos verbais e não verbais necessários à competência social, que é a avaliação da adequação dos comportamentos e do efeito que produz em determinada situação. Assim, todo o treino de comportamentos verbais e não verbais (habilidades sociais) leva à promoção de competências sociais. Ora a promoção destas competências sociais são fundamentais para o bem-estar do utente, mas têm neste momento uma importância redobrada uma vez que a política de saúde mental pretende a reabilitação e a inserção das pessoas com doença mental grave.

Petrakis, Gonzales, Rosenheck & Krystal (2002), referidos por Lucas (2013) dizem-nos que as intervenções psicossociais podem ser úteis no tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e conseqüentemente a qualidade de vida destes utentes (Lucas, 2003), uma vez que, segundo Sadock & Sadock (2007), promovem habilidades sociais, auto-suficiência, bem como a comunicação interpessoal, que leva a uma vida mais independente (Lucas, 2013). Segundo Pitta (1996), referido por Silva & Firmino (s.d.) a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a autonomia dos utentes na comunidade, tão importante para os manter a sua funcionalidade.

Para que haja a aquisição das competências sociais é necessário haver um treino de habilidades sociais que é realizado pelas intervenções psicossociais e socioterapêuticas, que para além de facilitarem a integração do utente na comunidade também, como dizem Bellack e col. (1997), diminuem o risco de recaídas. Este livro demonstra algumas atividades que se podem realizar com os doentes no sentido de treinar as suas

habilidades sociais e conseqüentemente estes adquirirem as competências sociais esperadas para a sua vida na comunidade.

ATIVIDADE 1: Ouvir os outros

Objetivos:

Desenvolver capacidades de ouvir os outros.

Desenvolvimento:

Primeiro explicar a importância de que quando se está numa conversa com alguém se deve mostrar a essa pessoa que estamos a ouvi-la pois assim é mais provável que esta queira continuar a conversar. Ensinar que há determinados sinais para mostrar o interesse pela conversa com essa pessoa. Ensinar a:

- 1 – olhar para a pessoa
- 2 – mostrar que se está a ouvir a pessoa acenando com a cabeça ou dizendo algo como “estou a ver”, “ok” ou emitir o som “hum, hum”
- 3 – repetir o que a outra pessoa disse

Realizar dramatização em grupos de dois, poderão os outros ficar a ouvir e depois comentar ou poderão todos os elementos fazer em duplas e depois então fazer os comentários sobre as vivências de cada um.

Deverá haver dramatização com expressões de interesse e sem expressões de interesse.

Temas para dramatização:

- Ouvir alguém falar do seu passatempo favorito ou do seu programa favorito de televisão
- Ouvir um profissional falar sobre as regras deste serviço de internamento
- Ouvir o médico a falar sobre a sua medicação

Ter em atenção que uma pessoa fala sobre o tema e a outra pratica os sinais que mostram interesse pela conversa, não deixar que a conversa dure muito nas primeiras vezes que se treina e em pessoas com menor capacidade de prestar atenção (cerca de 30 segundos).

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 2: Fazer pedidos

Objetivo:

Treinar a interação social de fazer pedidos.

Desenvolvimento:

Para alguns doentes pode ser difícil a realização de pedidos a outras pessoas, muitas vezes por terem experiências negativas. Pode ser necessário pedir a alguém que faça alguma coisa ou que mude o seu comportamento. Deve-se iniciar explicando que um pedido que soe a ordem normalmente leva a que a outra pessoa não queira cumprir o pedido, assim deve-se ensinar a fazer o pedido de forma positiva pois apesar de não haver garantias de ser aceite este é melhor recebido. Ensinar a:

1 – olhar para a pessoa

2 – dizer exatamente o que se pretende que a pessoa faça

3 – dizer de forma a mostrar o que isso significa para si:

“eu gostaria que tu/você _____”

“eu realmente apreciaria se tu fizesses _____”

“É muito importante para mim que me pudesse ajudar com _____”

Temas para dramatização:

- Convidar alguém para ir almoçar ou tomar café
- Pedir um conselho sobre um problema

- Pedir emprestado a um amigo um cd de música
- Pedir a alguém que está a incomodar-nos com alguma atitude para que pare com ela
- Pedir a uma auxiliar para lhe ir abrir o armário para ir buscar algo e no final agradecer
- Pedir a alguém que está com a música muito alta para baixar o volume

Poderá usar-se uma situação que um dos utentes refira que não conseguiu fazer, poderá ter que ser algo mais complicado para alguém já com boas capacidades a fazer pedidos. Não esquecer que se deve avisar os utentes que os pedidos poderão não ser aceites na mesma, uma vez que se uma pessoa tem o direito de pedir a outra tem o direito de recusar.

ATIVIDADE 3: Expressar sentimentos positivos

Objetivo:

Ajudar utentes a expressar sentimentos positivos.

Desenvolvimento:

Quando as pessoas têm problemas costumam manter a atenção neles e esquecer as atitudes positivas que os outros têm. É importante demonstrar que fizeram algo bem e que agradou aos outros, pois assim repetirão essa atitude. Ensinar a:

- 1 – olhar para a pessoa
- 2 – dizer exatamente o que nos agradou e como isso nos fez sentir

Temas para dramatização:

- Um amigo ajudou a resolver um problema
- Alguém cozinhou uma refeição que estava do nosso agrado
- Alguém que deu boleia para ir a um local muito importante, como ir ao médico, a uma entrevista, etc
- Um profissional deste serviço de internamento ajudou-nos em uma determinada situação

No caso de algum utente referir que não é importante dizer coisas positivas uma vez que as pessoas já sabem quando as fazem é necessário fazer entender que todos gostam quando alguém aprecia algo que se fez.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 4: Expressar sentimentos negativos

Objetivo:

Aprender a expressar sentimentos negativos

Desenvolvimento:

Mesmo que as pessoas façam o seu melhor, poderão algumas vezes não ser do nosso agrado, ou mesmo magoar com a atitude e despertar sentimentos negativos como raiva, tristeza, ansiedade, preocupação. Deve-se sempre expressar esses sentimentos de uma forma correta, para prevenir discussões, bem como o aumento desses sentimentos.

Ensinar a:

- 1 – olhar para a pessoa e falar-lhe de forma calma, mas firme.
- 2 – dizer exatamente aquilo que a pessoa fez e que não agradou.
- 3 – dizer à pessoa como é que a fez sentir.
- 4 – fazer sugestões de como pode prevenir que volte a acontecer no futuro.

Temas para dramatização:

- Um familiar que vinha fazer uma visita cancelou a mesma.
- Um amigo chegou atrasado a um encontro que tinham marcado.
- Um profissional do serviço falou-nos de forma que não gostámos.
- O colega do quarto mexeu nas nossas coisas.

Os temas devem ser de preferência identificados pelos membros da sessão, as sugestões são para alguém que não conseguiu identificar nenhum tema. É útil numa primeira sessão criar uma lista de sentimentos negativos, essa lista pode estar escrita e afixada para que os elementos da sessão possam vê-la durante o desenvolvimento das dramatizações.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 5: Recusar pedidos

Objetivo:

Aprender a recusar pedidos

Desenvolvimento:

Não podemos fazer sempre aquilo que os outros nos pedem para fazer, podemos estar ocupados, não nos sentirmos capazes ou ainda acreditar que o que nos estão a pedir não é correto. Se recusarmos de forma rude ou desagradável podemos criar uma situação de irritação ou magoar a outra pessoa. Por outro lado se não formos claros na mensagem de recusa ou se falarmos de forma hesitante pode levar a mal entendidos ou a discussão.

Ensinar a:

- 1 – olhar para a pessoa e falar de forma calma e firme.
- 2 – Dizer à pessoa que não pode fazer aquilo que esta pediu: “Desculpe mas eu não posso fazer isso _____”, pode acrescentar uma razão se entender necessário.

Temas para dramatização:

- O seu médico marca uma consulta para as 15h mas já tem um compromisso para essa hora.

- Um amigo convida-o para ir ver um jogo de futebol, mas os jogos deixam-no ansioso.
- Um amigo pede-lhe para lhe emprestar dinheiro mas precisa dele para si.

Não esquecer de lembrar os membros do grupo que há situações em que alguns pedidos não devem ser recusados, como por exemplo quando um profissional pede para fazer uma determinada tarefa ou seguir uma determinada regra.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 6: Abrigo subterrâneo

Objetivos:

- Desenvolver competências de tomada de decisão
- Desenvolver capacidade de argumentação
- Promover o trabalho de equipa

Material:

- Ficha “O Abrigo subterrâneo”

Desenvolvimento:

1. O terapeuta distribui a cada elemento da turma uma pequena ficha, pedindo-lhes que, durante 5 minutos, respondam a cada uma das questões indicadas.
2. Seguidamente, divide o grupo em pequenos grupos. Os vários elementos devem discutir as opções individuais e chegar a um consenso final relativamente às opções do grupo.

3. Após a conclusão do trabalho dos grupos, inicia-se a apresentação e a discussão em grande grupo.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

Abrigo Subterrâneo

Imaginem que são governantes de uma cidade que está sob ameaça de um bombardeamento. Os vossos subordinados pedem-vos que tomem uma decisão imediata.

Numa determinada área da cidade existe apenas um abrigo subterrâneo e este só pode acomodar seis pessoas. Contudo, há doze que pretendem entrar.

Seguidamente, apresenta-se uma relação das doze pessoas que estão interessadas em entrar no abrigo.

Indique apenas as seis que, na sua opinião, deverão entrar no abrigo.

Um violinista com 40 anos de idade, viciado em narcóticos. ____

Um advogado de 25 anos de idade. ____

A mulher do advogado, com 24 anos de idade, que acaba de sair de um manicómio.

Ambos preferem, ou ficar juntos no abrigo ou ficar fora dele. ____

Um sacerdote com a idade de 75 anos. ____

Uma prostituta com 34 anos de idade. ____

Um ateu com 20 anos de idade, autor de vários assassinatos. ____

Uma universitária que fez voto de castidade. ____

Um físico com 28 anos de idade, que só aceita entrar no abrigo se puder levar consigo a sua arma. ____

Um declamador fanático com 21 anos de idade. ____

Uma menina com 12 anos de idade e baixo Q.I. ____

Um homossexual com 47 anos de idade. ____

Uma débil mental, com 32 anos de idade, que sofre de ataques de epilepsia. ____

ATIVIDADE 7: Acordos e Desacordos

Comunicação Assertiva

Objetivo:

Aprender a exprimir desacordo de forma assertiva

Desenvolvimento:

1. O terapeuta divide o grupo em pequenos grupos
2. Entrega a cada grupo um cartão com uma situação que implique a expressão de desacordo.
3. Pede ao grupo que analise a situação distribuída e que trabalhe os papéis dos vários elementos.
4. Após trabalhar a situação os grupos irão representá-la para todos.
5. No final da representação de cada grupo, abre-se a discussão.

Temas para dramatização:

Local: Trabalho

Intervenientes: Dois elementos e alguns figurantes

Situação: Explicar aos colegas de trabalho que um colega está a ser acusado injustamente de maltratar outro.

Local: Casa

Intervenientes: Filho e pais

Situação: É confrontado pelos pais que dizem acreditar que é responsável por uma determinada situação, mas recusam-se a dar-te oportunidade de o demonstrar.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 8: Alunagem forçada

Resolução de Problemas

Objetivo:

- Desenvolver competências de tomada de decisão
- Desenvolver capacidade de argumentação
- Promover o trabalho de equipa

Material:

- Listagem de objetos

Desenvolvimento:

1. O terapeuta explica ao grupo a atividade:

“Imaginem que são membros da guarnição de uma nave espacial, a qual tem um encontro marcado com a estação mãe na superfície iluminada da Lua. Devido a problemas mecânicos, contudo, a sua nave é forçada a alunar num local a cerca de 300 km do ponto de encontro. Perante a alunagem forçada, a maior parte do equipamento a bordo ficou avariado e, como a sobrevivência depende de se conseguir alcançar a estação mãe, há que escolher os objetos mais importantes para a expedição de 300 km”.

2. Distribui a cada elemento do grupo uma listagem dos objetos que ficaram intactos e

operativos após a alunagem. O problema consiste em priorizá-los, relativamente ao objetivo que é a guarnição chegar ao ponto de encontro.

3. Individualmente, e durante 5 minutos, os formandos priorizam os objetos por ordem de importância para a consecução do objetivo

4. Seguidamente, o terapeuta divide o grupo em pequenos grupos. Os vários elementos do grupo devem discutir as opções individuais e chegar a um consenso final relativamente às opções do grupo.

5. Após a conclusão do trabalho dos grupos, inicia-se a apresentação e a discussão em grande grupo.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

Alunagem forçada

Priorize os seguintes objetos, relativamente ao objetivo que é a guarnição chegar à estação mãe.

Atribua o nº 1 ao elemento mais importante, o nº 2 ao seguinte e assim sucessivamente até ao 15º mais importante.

Caixa de fósforos ____

Concentrado alimentar ____

150 m de corda de nylon ____

Pára-quedas de seda ____

Unidade de aquecimento portátil ____

Duas pistolas de calibre 45 ____

1 Caixa de leite condensado ____

2 Tanques de 50 kg de oxigénio ____

Um mapa estelar (da constelação da lua) ____

Uma jangada salva-vidas ____

Uma bússola magnética ____

25 Litros de água ____

Sinais luminosos ____

Caixa de primeiros socorros ____

Transmissor/recetor de FM com bateria solar ____

ATIVIDADE 9: Cumprimento das regras

Perceção das regras

Objetivo:

- Refletir sobre os fatores que interferem com o processo de comunicação.
- Tomar consciência da importância do cumprimento das regras para o funcionamento do grupo

Material:

- Questionário

Desenvolvimento:

1. O terapeuta explica que irá distribuir um questionário, indicando que este deve permanecer virado ao contrário até que todos os elementos do grupo tenham acesso ao mesmo
2. O preenchimento deverá ser individual; não podem conversar durante a sua realização.
3. Informa ainda que o tempo máximo para realização desta atividade é de 3 minutos.
4. Ao fim desse tempo informa que irá recolher novamente todos os questionários.
5. Depois de concluir as explicações e de todos os participantes terem o questionário, indica que o podem começar a ler e a seguir os passos propostos.
6. Após a realização da atividade passa-se para a discussão em grande grupo.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

Cumprimento das regras

Siga com todo o rigor as diretivas que se seguem e execute-as o mais rapidamente possível.

1. Inicie o seu trabalho, o mais rapidamente possível, após ter lido inteiramente todas as diretivas com muita atenção.
2. Coloque a data de hoje no canto superior direito da folha.
3. Sublinhe o título deste exercício.
4. Há um erro ortográfico nesta frase: sublinhe-o. Se não o encontrar coloque uma cruz atrás do nº 4.
5. Faça a sua assinatura no canto inferior direito da folha.
6. Faça um círculo à volta do nº 6, que corresponde a esta diretiva.
7. Multiplique a sua idade por 2, some 4 ao produto obtido e coloque o resultado ao lado do nº 7 que corresponde a esta diretiva.
8. Diga alto: eu cheguei à 8ª diretiva.
9. Levante-se da cadeira e sente-se novamente.
10. Faça um pequeno círculo no canto oposto àquele em que se encontra a sua assinatura.
11. Tussa baixinho.
12. Pergunte ao seu colega do lado: como vai o trabalho?
13. Escreva, entre parêntesis, o local onde habita.

14. Adicione os números que correspondem a todas as diretivas que já fez.
15. Bata na sua mesa de trabalho, 5 vezes, com o dedo indicador.
16. Diga alto: estou quase a terminar.
17. Faça duas diagonais que atravessem inteiramente a folha.
18. Já leu todas as diretivas. Resolva somente a que corresponde ao nº 5.

ATIVIDADE 10: Eu tenho o direito de...

Comunicação assertiva

Objetivo:

- Aprender a defender os direitos próprios
- Treinar a capacidade de comunicar de forma assertiva

Desenvolvimento:

1. O terapeuta divide a turma em pequenos grupos
2. Entrega a cada grupo uma situação na qual existe violação dos direitos individuais.
3. Pede ao grupo que analise a situação distribuída e que defina os papéis dos vários elementos.
4. A mesma cena deverá ser representada assumindo os vários tipos de comportamento: assertivo, agressivo e passivo.
5. No final da representação de cada grupo, abre-se a discussão a todos.

Temas para dramatização:

- Está com os amigos numa fila para comprar bilhetes de cinema. Alguém tenta meter-se à vossa frente. Reage.
- Num restaurante sente-se incomodado pelo fumo de uma pessoa da mesa ao lado. Pede-lhe para apagar o cigarro. Ela recusa, respondendo incorretamente.

- Faltam 5 minutos para a repartição fechar. A funcionária recusa-se a atendê-lo dizendo para voltar no dia seguinte. Defende o seu direito de ser atendido.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 11: Pares de Sentimentos **Quebra Gelo, Comunicação não Verbal/Formação de Grupos**

Objetivo:

- Permitir o aquecimento dos participantes
- Provocar um ambiente relaxado e descontraído
- Sensibilizar para a observação dos sinais do nosso corpo e dos outros
- Permitir expressar sentimentos sem palavras

Material:

- Leitor de CD
- Cartões com sentimentos

Desenvolvimento:

1. Os utentes formam um círculo, em pé, no centro da sala.
2. O terapeuta explica que irá distribuir a cada elemento um cartão no qual está representado um sentimento (tristeza, alegria, dor,...). Existem dois cartões representando cada um dos sentimentos.
3. Os utentes deverão circular pela sala, sem falar, representando o sentimento descrito no seu cartão, e procurando o outro elemento a quem foi atribuído o mesmo sentimento.

4. Após a explicação o terapeuta dá início à atividade, que se desenvolve ao som de música.

5. Quando todos os pares tiverem sido formados a atividade termina.

Discussão:

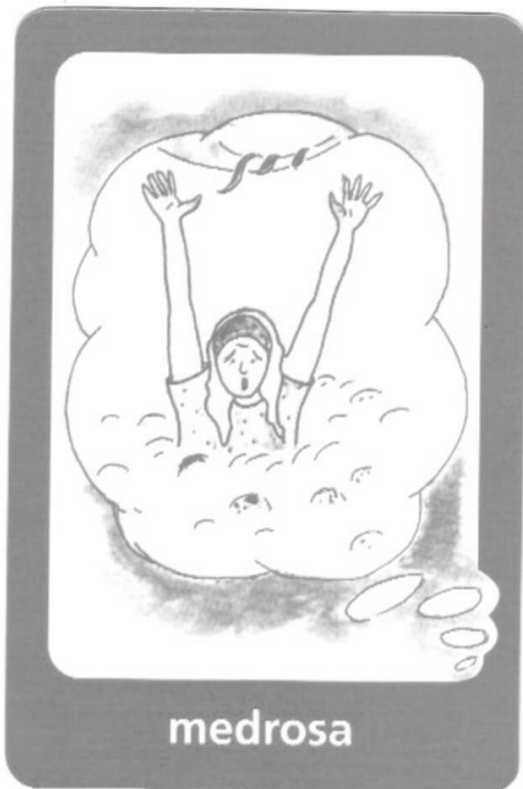
No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.



aborrecida



aborrecido



medrosa



medroso



rejeitado



rejeitada



sozinho



sozinha



alegre



alegre



triste



triste



satisfeita



satisfeito



zangada



zangado



frustrado



frustrado



envergonhado



envergonhada

ATIVIDADE 12: Penso que devias...

Comunicação assertiva

Objetivo:

- Manter o respeito pelo outro
- Treinar a capacidade de argumentar
- Treinar a capacidade de comunicar de forma assertiva

Desenvolvimento:

1. O terapeuta divide o grupo em pequenos grupos.
2. Entrega a cada grupo uma situação na qual seja necessário convencer alguém.
3. Pede ao grupo que analise a situação distribuída e que defina os papéis dos vários elementos.
4. Cada grupo irá representar a situação que lhe foi atribuída, respeitando sempre os direitos do outro sem negligenciar os do próprio.
5. No final da representação de cada grupo, abre-se a discussão a todos.

Temas para dramatização:

Tentar convencer um colega a prevenir-se contra a SIDA.

Tentar convencer um colega a não experimentar drogas.

Tentar convencer alguém a deixar de usar um produto que adora mas que polui o ambiente e cujo cheiro te desagrada.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 13: Provérbio desordenado

Objetivos:

- Refletir sobre os fatores que interferem com o processo de comunicação
- Treinar as competências de resolução de problemas

Material:

- Cartões com Provérbios recortados

Desenvolvimento:

1. O terapeuta pede aos participantes que se coloquem em círculo e explica que a atividade consiste em colocar por ordem um provérbio que se encontra dividido em bocados.
2. Seguidamente informa que, a partir desse momento, não poderão voltar a falar até ao fim da atividade.
3. Explica que irá entregar a cada um dos elementos do grupo um cartão com uma palavra de um provérbio (por exemplo: *Dá / Deus / nozes / a / quem / não tem / dentes.*)
4. Os elementos do grupo, sem falarem entre si, devem ordenar as palavras, podendo para o efeito trocar de lugar a fim de reconstruir o provérbio.
6. Os participantes não podem trocar a palavra que lhe foi entregue com os outros colegas e a atividade termina quando o grupo considerar ter ordenado corretamente o provérbio.
8. O terapeuta pede a cada elemento que leia em voz alta a parte do provérbio que lhe foi entregue.

Exemplos de provérbios:

“Orvalho de S. João, tira o vinho e não dá pão.”

“Quem vai ao mar, avia-se em terra.”

“Não há caminho plano que não tenha algum barranco.”

“Se não chove em Abril, perde o lavrador o carro e o carril.”

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 14: Quem conta um conto...

Comunicação Interpessoal

Objetivos:

- Analisar as falhas na comunicação
- Refletir sobre a importância da comunicação na vida das pessoas

Material:

- Pequenos textos

Desenvolvimento:

1. O terapeuta explica que vão fazer um pequeno jogo e pede entre 4 a 6 voluntários.
2. Os voluntários saem da sala. Os restantes lêem a 1ª história.
3. O terapeuta chama um dos voluntários e pede a um dos presentes na sala para lhe transmitir a história.
4. Depois de terminarem, o terapeuta chama um 2º voluntário e pede ao 1º para lhe contar a história que ouviu. E assim sucessivamente até todos os voluntários terem entrado, ouvido e contado a história.
5. No final confronta-se a versão final com a história escrita.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma

Quem conta um conto...

Texto 1 - O Capitão Silva, com o seu uniforme de gala, cheio de medalhas e galões, chamou ao seu gabinete o Sargento Santos e transmitiu-lhe este aviso:

- Sargento Santos, como amanhã haverá eclipse do sol, pretendo que todo o batalhão, em uniforme de campanha, se reúna às oito horas no pátio novo, onde estacionamos as velhas viaturas. Para explicar a ocorrência deste raro fenómeno meteorológico ou astronómico, sei lá, virá até nós o Tenente Sousa que atuou como adido militar português na Embaixada Brasileira, aquando do conflito do Atlântico Sul. Caso, entretanto, chova e a nebulosidade nos impeça de ver o fenómeno que irá ser descrito, desloque o batalhão para o pátio interno onde se fazem as disputas de futebol de salão e treine, até aos limites da exaustão, a montagem e desmontagem das novas metralhadoras que chegaram.

Texto 2- Reinaldo estava à espera do autocarro para Faro, quando ouviu uma enorme travagem. Já imaginando o acidente, saiu da paragem, foi ao local e percebeu que o carrinho vermelho da loirinha nervosa havia raspado ao de leve o carrão cinza metalizado do cidadão engravatado, com cara de executivo ou empresário de multinacional. O mais engraçado é que nenhum dos dois motoristas estava tão exaltado quanto o passageiro do autocarro que vinha atrás e que, angustiado pelo atraso, clamava aos céus pedindo que descongestionasse a avenida. Contudo, o congestionamento foi crescendo e uma verdadeira multidão se aglomerou-se ao lado do acidente, dividindo-se entre a culpa da motorista, que se apresentava como modelo, e a vítima que alegava não ter seguro. O desfecho parecia intrigante se, de repente, não passasse pelo local a Lisete, colega de Reinaldo, que, oferecendo-lhe uma boleia, o afastou desse matutino acidente.

ATIVIDADE 15: Entrar numa conversa

Objetivo:

- Aprender a inserir-se numa conversa já iniciada

Desenvolvimento:

1.O terapeuta comunica ao grupo o jogo: um participante de cada vez deverá sair da sala enquanto os outros iniciam uma conversação sobre um determinado tema interessante. A ordem de saída da sala é livre.

2.Sai o primeiro participante e o terapeuta pede ao grupo para apertar o círculo e simular uma situação na qual uma pessoa desconhecida procura inserir-se no grupo. Inicia a conversação. Quando o debate estiver mais animado, o animador faz entrar o participante que está fora da sala e convida-o a encontrar um modo para se inserir no grupo e na conversa, escolhendo também a colocação espacial, simulando uma situação em que não conhece ninguém.

3.Deixa-se o tempo necessário para que cada membro possa realizar o exercício.

4.No final do jogo, o animador convida o elemento que entrou em último lugar a verbalizar como se sentiu quando estava fora da sala e quais foram as suas dificuldades em se inserir na conversa. O animador convida o grupo a exprimir o que sentiu ao dever aceitar um novo elemento no seu seio.

Variações

Este jogo pode gerar muita ansiedade, nos casos em que a pessoa que se vai inserir na conversa represente alguém absolutamente desconhecido do grupo. Portanto, pode-se repetir o jogo várias vezes propondo diferentes papéis, numa graduação progressiva de ansiedade: por exemplo, pode-se começar com o papel de um amigo que durante alguns anos esteve fora do país, e só, depois propor uma figura mais desconhecida do grupo.

Sugestão

Este jogo é importante para identificar as modalidades e limites individuais que se manifestam quando se tem que enfrentar os outros numa situação não controlável.

O terapeuta deverá observar quais as dificuldades de cada participante em se inserir na conversa do grupo, quais os membros do grupo que opõem maior resistência, quais os membros que se mostram mais disponíveis ao acolhimento. Se algum participante experimentar dificuldades particulares de inserção, pode repetir o jogo até quando se sentir satisfeito.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma

ATIVIDADE 16: Exprime-te nas situações de dificuldade

Comunicação

Objetivos:

- Exprimir o que pensamos e sentimos em relação às pessoas para nós significativas

Desenvolvimento:

- 1.O terapeuta convida os participantes a pensarem numa situação presente ou passada em que gostavam de ter exprimido um certo sentimento ou opinião a uma determinada pessoa (ou pessoas) e não o conseguiram fazer.
- 2.Chegados a este ponto cada membro escolhe um colega do grupo que represente a pessoa em questão.
- 3.Formados os pares, começa-se o jogo.
- 4.Um membro de cada vez coloca-se à frente da pessoa escolhida e exprime aquilo que pensa e sente.

5.No final, cada participante comunica ao grupo como se sentiu durante o desenrolar do exercício e se conseguiu dizer o que queria. O colega, escolhido para o efeito, por seu lado, verbaliza o que sentiu ao representar o papel que lhe foi pedido.

6.O grupo avalia se cada membro se conseguiu exprimir coerentemente mediante a comunicação verbal e não verbal.

Sugestão

Durante as representações o grupo deve estar em silêncio. Se algum participante tiver dificuldades em realizar o exercício, o terapeuta pode convidar alguém do grupo para o substituir, fazendo de modelo, interpretando a parte do outro. A cena pode ser repetida várias vezes até que o elemento em dificuldade se sinta satisfeito. Depois, se assim o desejar, poderá ele próprio repetir a cena.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma

ATIVIDADE 17:Reagir às Críticas

Comunicação

Objetivo:

- Aprender a reconhecer as modalidades pessoais de reação às críticas

Desenvolvimento:

1. O terapeuta convida os participantes a observarem-se uns aos outros.
2. Pede-lhes que pensem num aspeto que não gostam de ver em alguém do grupo e que sentem o desejo de comunicar.
- 3.Cada um escolhe o seu par.
- 4.Colocam-se os dois frente a frente.
5. O que começa o exercício comunica ao outro o que sente e pensa dele.
- 6.Este último procura reagir às críticas segundo as suas próprias modalidades.

7.No final do jogo, o primeiro verbaliza o que experimentou ao comunicar o que sentia em relação ao outro enquanto o companheiro verbaliza o que experimentou ao sentir-se criticado e a sua dificuldade em reagir.

8.No final do trabalho em pares, todos partilham, em grupo, as suas próprias vivências.

Sugestão

Este jogo ajuda os participantes a tomarem a tomar consciência de como habitualmente reagem às críticas. Se alguém teve grandes dificuldades em reagir, pode repetir o exercício até se sentir satisfeito com o seu desempenho. Também pode ser útil pedir a um membro do grupo que faça de modelo e, depois, convidar o participante em dificuldade a repetir a cena.

No final do encontro, cada um pode apresentar exemplos pessoais de situações em que recebeu críticas, para verificar se a própria reação durante o exercício em grupo espelha o modo habitual de reagir do participante.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma

ATIVIDADE 18: Reconhece como te exprimes

Comunicação

Objetivo:

- Reconhecer as modalidades pessoais de comunicação através da mímica facial, da expressão do olhar, do tom de voz, da atitude corpórea.

Desenvolvimento:

- 1.Os participantes deverão colocar as cadeiras em semi-círculo.
2. O terapeuta distribui por cada participante uma folha de papel e um lápis.

3. Um de cada vez e livremente, os participantes vão ocupar o espaço vazio do semi-círculo.
3. O terapeuta indica, em privado, a cada um, a emoção que deverá exprimir numa conversação banal ou absurda (por exemplo, falar com cólera acerca do relógio que traz no pulso; falar com tristeza do sofá que tem em casa; falar alegremente acerca da chave de parafusos, etc.).
4. Antes de iniciar o jogo, o terapeuta deve indicar que o conteúdo da conversação não é importante. Interessam somente os modos de expressão.
5. Enquanto um participante faz a sua representação, o grupo vai anotando na folha de papel, o tipo de emoção exprimida, a eventual discrepância entre a atitude corpórea, o tom de voz, a mímica facial e a expressão ocular.
6. No final do exercício cada um verbaliza as sensações experimentadas durante a representação.
7. Quando todos tiverem representado o seu papel, o grupo lê as anotações feitas acerca do reconhecimento das emoções e da eventual discrepância entre comunicação verbal e não verbal.

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma.

ATIVIDADE 19: Gestão da medicação

Objetivos:

- Promover a adesão à terapêutica
- Promover o desenvolvimento de competências sociais

Material:

- Projetor de imagens
- Drageias de chocolate coloridas
- Caixas vazias de medicamentos

- Receitas simuladas
- Copos de medicação

Desenvolvimento:

1. Antes da sessão aplica-se a escala de adesão à terapêutica (MARS) segundo os critérios da mesma
2. Breve explicação sobre a importância da adesão à medicação.
3. A sessão será desenvolvida com a representação de situações em dramatizações:
 - Ida do doente à consulta médica onde será passada uma receita (enfermeiro faz de médico)
 - Ida à farmácia para comprar a medicação prescrita; (enfermeiro faz de farmacêutico)
 - Preparação da medicação no domicílio (caixas de medicamentos identificadas com: Medicamento A e medicamento B, cada uma com smarties a representar os comprimidos, sendo os da caixa A e B de cores diferentes), esta tarefa será feita em grupo em simultâneo.
4. Verificação de todos os copos de medicação pelo enfermeiro

Discussão:

No final da sessão segue-se um momento de discussão da mesma

ATIVIDADE 20: Ida ao Supermercado

Gestão do dinheiro

Objetivos:

- Desenvolver competências de tomada de decisão
- Desenvolver capacidade de argumentação

- Desenvolver capacidade de gerir o dinheiro

Material:

- Lista de compras
- Produtos à venda num supermercado (iogurtes, leite, detergente, etc)
- Sacos de compras
- Notas de monopólio

Desenvolvimento:

A actividade consiste em representar a ida ao supermercado, para isso fazemos grupos de dois utentes, sendo os grupos preferencialmente escolhidos por eles, que terão uma lista de compras para fazer em conjunto, mediante uma situação descrita e uma quantia de dinheiro (notas do monopólio) e terão que gerir entre eles o que vão comprar com esse orçamento, sem o ultrapassar. Primeiro dois a dois assinalam numa lista de compras o que pretendem comprar e depois desenvolve-se a dramatização. Em cada dramatização haverá um terceiro utente a desempenhar o papel de operador de caixa.

Situações sugeridas:

1 - Dois amigos resolvem ir fazer um piquenique no fim-de-semana que vem. Para isso vão fazer uma lista de compras daquilo que querem comprar. Depois da lista feita vão às compras em conjunto sabendo que só podem gastar uma determinada quantia.

2 - Dois irmãos vão às compras para casa mandados pela sua mãe que lhes deu uma determinada quantia em dinheiro que não pode ser ultrapassada. Esta disse-lhes que deveriam ser eles a fazer a lista, tendo em conta que devem escolher produtos essenciais para o dia-a-dia.

3 - O João faz anos este fim-de-semana. A mãe quando quis fazer um bolo verificou que não tinha os ingredientes necessários e mandou-o ir às compras com a sua irmã. Para isso deu-lhes a receita:

Pão de Ló

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de psicologia*, 5 (2), 401-419.

Baptista, N. J. M, Monteiro, C. A. G, Silva, M. O., Santos, F. A. C. P. & Sousa, I. S. S. (2001). *Programa de promoção de competências sociais: intervenção em grupo com alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico*. Acedido em 5 de Março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf>

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia*. (2ª edição). New York: The Guilford Press

Coelho, C. S. M & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi editores

Lucas, C. O. (2013). *Intervenções psicossociais no domínio das intervenções psicóticas*. Acedido em 16 de Março de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf>

Silva, L. & Firmino, R. (s.d.). *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 5 de Março de 2013 em <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

ANEXO IX

Imagens: Fatores Promotores da saúde mental

**MANTER-SE
ATIVO...**



SORRIR...



RELAXAR...



CONVIVER COM
OS AMIGOS
E FAMÍLIA...



CONHECER-SE
E ACEITAR-SE...



Se o homem buscasse conhecer-se a si mesmo primeiramente, metade dos problemas do mundo estariam resolvidos.

(John Lennon)

kdfrases.com

TER UMA
ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL...



DIZ NÃO



ÀS DEPENDÊNCIAS!



INICIAR UMA
ATIVIDADE
CRIATIVA...



Força de vontade + persistência =
idéias criativas

CONVERSAR
COM OS
OUTROS...



www.farje.com.br/ingles.com

**SER UM BOM
OUVINTE...**



**PEDIR
AJUDA...**



ANEXO X

Pedido de colaboração para a monitorização das visitas

Pedido de Colaboração

Verónica Brites Correia Moita e Joana Brogueira, alunas do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, a desenvolver estágio no serviço de internamento de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar, vimos por este meio pedir a colaboração do Senhor Enfermeiro Chefe no sentido de conseguirmos dar resposta a uma das competências do enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria no que diz respeito a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental. Assim, de forma a dar resposta a essa competência, consideramos importante avaliar o número de visitas que todos os doentes têm durante o mês de Abril. Com isto pretendemos saber se há solidão nos doentes internados e, para tal, consideramos que a forma de operacionalizar o nosso pequeno estudo seria a seguinte:

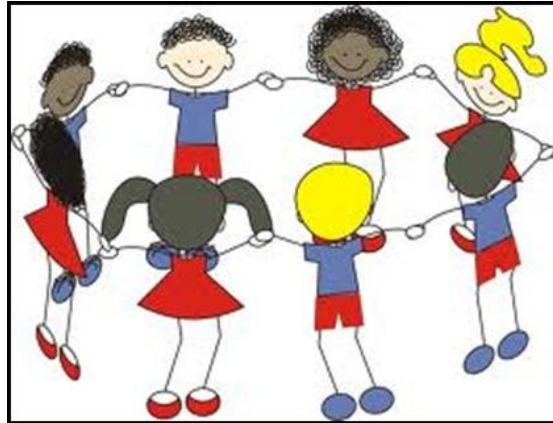
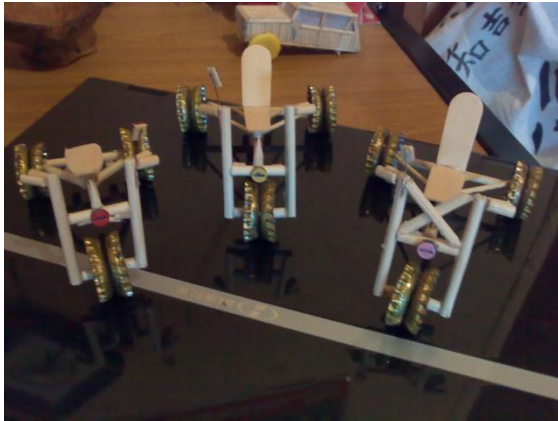
Na data de entrada de cada doente, o enfermeiro abrisse a intervenção: promover a presença da pessoa significativa. Nesse item, no turno da manhã e da tarde todos os enfermeiros para todos os doentes escreveriam: teve visitas ou não teve visitas. Deste modo, e, recorrendo ao sistema SAPE, poderíamos avaliar se o doente teve ou não visitas durante o tempo que teve internado. A recolha destes dados e, se for continuada no tempo pode-nos dar a visualização do acompanhamento que é feito ao doente mental enquanto este se encontra internado. O tempo de recolha de dados vai ser curto e temos noção disso mas, consideramos que pode ser um ponto de partida para colher dados importantes e se for o caso se poder intervir na família.

Desde já o nosso agradecimento

Atenciosamente

ANEXO XI

Imagens Reminiscência Infância

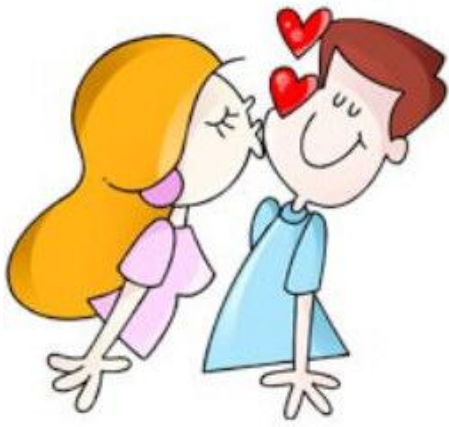




ANEXO XII

Imagens Reminiscência Namoro





ANEXO XIII

Imagens Reminiscência Saudade





ANEXO XIV

Artigo para publicação na Revista Referência

Título: Impacto do Programa “Estimul@r” na promoção da saúde mental em idosos institucionalizados

Autora: Verónica Brites Correia Moita; Licenciada em Enfermagem; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Enfermeira a exercer funções no serviço de Medicina III do Hospital Doutor Manoel Constâncio de Abrantes – Centro Hospitalar do Médio Tejo; Morada: Rua Jornal o Almonda, Lote 13- 2D, 2350 – 359 Torres Novas; veronica.moita@hotmail.com; telemóvel: 918661064.

RESUMO

Contexto: Este estudo foi desenvolvido no Centro de Bem Estar Social em Alcanena. Consistiu num projeto de promoção de saúde mental em idosos institucionalizados denominado “Estimul@r” onde foram realizadas intervenções de grupo de Estimulação Cognitiva, Socioterapêuticas e Psicossociais, de Reminiscência, Psicoeducacionais, Psicoterapêuticas e de Relaxamento.

Objetivo: Avaliar o impacto do Programa “Estimul@r”, a nível da cognição e da sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

Metodologia: Estudo Descritivo, Analítico, Longitudinal, Quase-Experimental, de carácter quantitativo, com desenho de pré-teste e pós teste, sem grupo de controlo. A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística intencional, n=7, 85,71% do sexo feminino e 14,29% do sexo masculino, com uma média de idades de 83,57 anos (DP=5,50). Foram utilizadas as versões portuguesas das escalas *Mini Mental State Examination* (MMS) e *Geriatric Depression Scale* (GDS), aplicadas antes e depois da implementação do programa.

Resultados: Permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) nas variáveis em estudo (funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva).

Conclusão: Ficou comprovado o impacto positivo deste programa nas variáveis em estudo nos idosos institucionalizados na instituição. Sugere-se a realização de estudos do impacto do programa em amostras de maior dimensão e com grupo de controlo.

Palavras-chave: promoção, saúde mental, idosos, institucionalizados

ABSTRACT

Context: This study was developed in Centro de Bem Estar Social em Alcanena. It consists in a mental health promotion program to institutionalized elders named “Estimul@r” where was done cognitive stimulation, sociotherapeutic and psicossocial, of reminiscence, psychoeducational, psychotherapeutic and relaxation, group interventions.

Objective: Evaluate the impact of the “Estimul@r” program at cognition level and depressive symptomatology of institutionalized elders in Centro de Bem Estar Social de Alcanena.

Methodology: Descriptive, Analytic, Longitudinal, quasi-experimental, qualitative study, with pre-test and post-test design, without control group. The sample technique used was non probabilistic intentional, n=7, 85,71% of women and 14,29% of men, with an average of ages of 83,57 years old (StDev=5,50). Was used the Portuguese versions of *Mini Mental State Examination* (MMS) e *Geriatric Depression Scale* (GDS), used before and after of the program.

Results: There was some statistical significant differences ($p \leq 0,05$) in the two variables in study (cognition level and depressive symptomatology)

Conclusion: There was proved a positive impact of this program in the variables in study in the elders institutionalized in this institution. We make the suggestion of further studies of the impact of this kind of program in larger samples with control group.

Key-words: mental health, elder, institutionalized, promotion

RESUMEN

Antecedentes: Este estudio se llevó a cabo en el Centro de Bem Estar Social em Alcanena. Consistió en una promoción de la salud mental entre los ancianos institucionalizados proyecto llamado "Estimul@r" donde se realizaron Relajación intervenciones grupales estimulación cognitiva, psicológica y socio-terapéutico, el retroceso, psicoeducativa y psicoterapéutica.

Objetivo: Evaluar el impacto de la "Estimul@r" en el nivel de la cognición y los síntomas depresivos en los ancianos institucionalizados en el Centro de Bem Estar Social em Alcanena.

Metodología: Analítica, longitudinal, de carácter cuantitativo Quasi-Experimental descriptiva y dibujo pre-test y post-test, ningún estudio grupo control. La técnica de muestreo utilizado fue intencional no probabilístico, n = 7, 85,71% mujeres y 14,29% hombres, con una edad media de 83,57 años (SD = 5,50). Se utilizaron escalas portuguesas Mini Examen del Estado Mental (MMS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) versiones, aplicadas antes y después de la ejecución del programa.

Resultados: Se permitieron establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) en las variables objeto de estudio (el funcionamiento cognitivo y sintomatología depresiva).

Conclusión: Se demostró el impacto positivo de este programa en las variables objeto de estudio en ancianos institucionalizados en la institución. Se sugiere llevar a cabo estudios sobre el impacto del programa sobre muestras más grandes y el grupo control.

Palabras clave: salud mental, ancianos, institucionalizados, promoción

Introdução: A investigação em qualquer área do saber é importante pois permite desenvolver conhecimentos que fazem evoluir a sociedade, tal como diz Fortin (2009,p.4) “a investigação científica é um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos”.

Toda a investigação científica é algo sério, que requer rigor na procura da verdade e na área da Enfermagem não foge a regra. Os enfermeiros têm o dever de contribuir para que a investigação em Enfermagem se faça.

O enfermeiro especialista na Área da Saúde Mental deve ser capaz de, acordo com a Regulamento nº122/2011 de ir incluindo na sua prática as novas descobertas da investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, deve conseguir identificar indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental, descrever e monitorizar os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a utilização da evidência para informar as nossas ações é uma forma critica e de fácil viabilidade para que o sistema de saúde seja melhorado. Considera ainda que usando uma abordagem baseada na evidência permite que desafie e sejamos desafiados e que consigamos rever constantemente a nossa prática e que procuremos novas formas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar. Como utilizadores de investigação, os enfermeiros também geram conhecimento.

O envelhecimento demográfico é hoje um fenómeno que ocorre em todo mundo, acentuando-se nas sociedades desenvolvidas. Costa e Sequeira (2013)

De acordo com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (2008) a população da União Europeia está a envelhecer o que pode levar a alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social e aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência, referindo ainda que as taxas de suicídio são mais altas neste grupo etário. O envelhecimento psicológico sofre várias alterações, principalmente no desempenho cognitivo, afetivo e social (Aversi-Ferreira, Rodrigues & Paiva 2008; Berger,1995) citados por Gonçalves (2012).

Assim sendo, é de enorme importância haver especialistas na área da saúde mental dos idosos que consigam desenvolver ações próximas destes para fazer o seu acompanhamento.

Neste sentido surgiu o Programa “Estimul@r, em contexto comunitário no Centro de Bem Estar Social de Alcanena. Este programa surgiu após terem sido averiguadas as necessidades existentes neste local e tendo por base a revisão da literatura e os resultados de estudos realizados no âmbito da estimulação cognitiva e tem como principal objetivo a promoção da saúde mental do idoso. Assim terminada a implementação do referido programa foi realizado um estudo de investigação no sentido de avaliar o impacto do mesmo na saúde mental dos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena, nomeadamente a nível da cognição e da sintomatologia depressiva. Através deste estudo é possível avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental.

Quadro teórico: Em Portugal o envelhecimento da população é uma realidade e prevê-se que o continue nas próximas décadas. Segundo Ribeiro e Paúl (2011), os dados das projeções da população residente em Portugal 2008-2060, do Instituto Nacional de Estatística, apontam para um aumento do peso relativo

da população com 65 ou mais anos, prevendo a sua duplicação nos próximos 50 anos, passando de 17,4% em 2008 para 32,2 % em 2060.

O processo de envelhecimento e a velhice devem ser considerados como parte integrante do ciclo de vida. Segundo Teixeira (2006) este está relacionado com o meio físico e social no qual estamos inseridos e é um caminho de degradação progressiva com vários agentes que o influenciam.

De acordo com Barua (2010) citado por Quintão e Almeida (2012) existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice, e a que predomina entre estas perturbações é a depressão.

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008) citado por Teixeira (2010).

Segundo Zimerman (2000) a depressão é muito mais do que um sentimento, pois pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares.

Em números, estima-se que apenas 10% a 40% dos idosos com perturbação depressiva tenham tratamento adequado, tal como entre 65% a 75% têm possibilidades de ser tratados com sucesso (Charney et al., 1988, citado por Vaz, 2009).

Segundo Medeiros (2010) a depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressiva, definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DMS-IV)* e na *International Classification of Diseases (ICD-10)*, em indivíduos com mais de 65 anos de idade. A prevalência de depressão major, em indivíduos que residem em lares de terceira idade, é de 12-14%, sendo que 17-35% apresentam depressão minor ou sintomas clínicos significativos de depressão.

Segundo Nunes (2008), a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. A depressão pode afetar a memória de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas nomeadamente da memória.

Apostolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) referem que, com o envelhecimento da população tem havido um aumento da prevalência de doenças degenerativas crónicas, em especial as demências. Assim, refere ainda que o declínio cognitivo nos idosos é cada vez mais reconhecido como um importante problema de saúde.

De acordo com Rosness, Barca e Engedal (2010) citados por Apostolo et al (2011), a evidência demonstra que os doentes com depressão tem um risco mais elevado de desenvolverem distúrbios cognitivos e demência, pelo que, faz todo sentido trabalhar de forma a que estes não desenvolveram depressão ou melhorarem o seu nível. Ao contrário também é verdade, ou seja, os idosos com depressão apresentam maiores perdas cognitivas (Egger et al, 2008 citados por Apostolo et al, 2011) e daí os programas de estimulação cognitiva serem tão importantes. Raes, Williams e Hermans, 2009; Niue t al., 2010, citados por Apostolo et al (2011) referem que nos idosos com declínio cognitivo, a estimulação da cognição pode ser uma intervenção auspiciosa na redução dos sintomas depressivos.

De acordo com as conclusões do estudo sobre o efeito da estimulação cognitiva em idosos de Apostolo et al (2011), esta melhorou a condição cognitiva dos idosos aconselhando a sua utilização nos cuidados a idosos em contexto domiciliário. Também Gonçalves (2012) refere que as pessoas idosas podem

desenvolver e aumentar as suas funções cognitivas com a implementação de programas de estimulação cognitiva. Júnior e Tavares (2005) e Quintela (2001) referidos por Gonçalves (2012) defendem que muitos idosos institucionalizados estão mais predispostos ao sedentarismo, resultado da falta de atividade que estimule a área cognitiva, a área social e a área física.

Metodologia: Estudo Descritivo, Analítico, Longitudinal, Quase-Experimental, de carácter quantitativo, com desenho de pré-teste e pós teste, sem grupo de controlo. A população foi constituída pelos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena, sendo a técnica de amostragem utilizada, não probabilística intencional. Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Utentes que frequentassem na Vila de Alcanena, o Centro de Bem Estar Social
- Utentes com mais de 65 anos;
- Utentes que falassem português;
- Utentes que demonstrassem vontade própria em participar no Programa Estimul@r.

Resultando uma amostra constituída por 7 elementos (N=7). Para caracterização sociodemográfica da amostra apenas foi utilizada a idade e o sexo. Dos 7 idosos que compuseram a amostra, 6 (85,71%) eram do sexo feminino e apenas 1 (14,29%) do sexo masculino, com uma média de idades de 83,57 anos (DP=5,50), variando entre 74 (Xmin) e 89 anos (Xmáx).

Foram ainda utilizados como instrumentos de avaliação, as versões portuguesas das escalas *MiniMental State Examination* (MMS) e a *Geriatric Depression Scale* (GDS).

O MMS foi segundo Sequeira (2010) traduzida e adaptada para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro e col. Esta permite fazer uma avaliação breve do estado mental, permitindo avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva sendo atribuído um ponto por cada item correto. É um instrumento de avaliação de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010). O máximo de cotação é 30 pontos, sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos que se considera com défice cognitivo os seguintes: analfabetos: ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos, e escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos.

Roman e Callen (2008) citados por Medeiros (2010) referem que GDS é a única criada especificamente para a população idosa. Ela compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não), correspondendo à pontuação de 0 ou 1.

Sequeira (2010) refere que a Escala de Depressão Geriátrica é uma escala que permite identificar sintomas de depressão em idosos e permite distinguir idosos deprimidos de idosos não deprimidos (Yersage e col, 1983)

A cotação desta escala é a seguinte: 0-10- Ausência de depressão; 11-20- Depressão ligeira; Maior que 20- depressão severa

As Hipóteses em estudo, foram as seguintes:

H1: “O Programa Estimul@r melhora o funcionamento cognitivo dos idosos residentes no Centro de Bem Estar Social de Alcanena?”

H2:” O Programa Estimul@r melhora o estado depressivo dos idosos residentes no Centro de Bem Estar Social de Alcanena?”

Para levar a cabo este programa foram realizadas intervenções de grupo de Estimulação Cognitiva, Socioterapêuticas e Psicossociais, de Reminiscência, Psicoeducacionais, Psicoterapêuticas e de Relaxamento dirigidas à amostra, grupo de 7 idosos.

No quadro seguinte (quadro 1), apresentam-se todas as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental do projeto “Estimul@r”.

QUADRO 1 – Resumo do Programa “Estimul@r”

Programa Estimul@r				
Cognição	Emoções	Memórias	Interação	Aprendizagem
Tipo de Intervenção				
Estimulação Cognitiva	Psicoterapia de Grupo	Reminiscência	Psicossociais e Socio terapêuticas	Psicoeducação/ Mudança Comportamental
Atividades				
Atenção, memória, concentração, cálculo	Cartões com faces e sentimentos; Completar Frases	Temas: -Infância -Namoro -Saudade	Atividades ao ar livre: -Passeio ao Parque da Barquinha; - Sardinhada em Olhos de Água; - Comemoração dos 101 anos do CBESA	-Cartaz: Maio mês do coração; -Puzzle: Promoção da Saúde Mental; -Jogo da Uva: Alimentação

Para se poder iniciar a investigação são necessários procedimentos formais e éticos. Segundo Fortin (2009), em ética é muito importante ter em conta a responsabilidade de quem investiga a respeito da proteção dos direitos das pessoas, qualquer que sejam os aspetos a estudar. Assim sendo, para aplicação deste Programa teve-se em conta os princípios éticos, respeitando a ocultação da identidade dos participantes e não colocando em causa os seus direitos fundamentais. Tendo como princípio o que foi referido anteriormente, foi feito o pedido de autorização à diretora do Centro de Bem Estar Social de Alcanena, para se efetuar a aplicação das escalas e aplicação do Programa Estimul@r, tendo sido este concedido. De seguida foi explicado aos idosos o objetivo do estudo, o caráter voluntário da participação e a confidencialidade dos dados obtidos. Fortin (2009) refere que é necessário o consentimento livre e esclarecido, ou seja, a pessoa tem de dar a sua concordância em participar, sabendo antecipadamente que pode mudar a sua decisão a qualquer momento e deve ser esclarecida com informações suficientes através de uma linguagem clara e simples para que não fique com dúvidas. Após estes procedimentos formais e éticos iniciam-se então os procedimentos para por em prática o estudo de investigação pretendido.

Análise dos dados e discussão dos resultados: Esta amostra é constituída por 7 elementos (N=7), tendo em conta que o número que compõe a amostra é reduzido e sem grupo de controlo, as generalizações serão entendidas de forma cautelosa.

A apresentação dos dados e discussão dos resultados foi realizada tendo em conta, os resultados advinentes da aplicação das escalas em dois momentos distintos, antes e após a implementação do Programa “Estimul@r”.

Pela análise do Gráfico 1 pode verificar-se que houve uma melhoria do nível de funcionamento cognitivo dos idosos passando de um valor médio de 20,57 para um valor médio de 22,29 após a implementação do Programa Estimul@r (quanto maior o valor da escala melhor o desempenho cognitivo). Quanto à sintomatologia depressiva também se verificaram níveis melhorados após a intervenção, passando de 17 para 14,47. Ao contrário da escala MMS, quanto menor o valor, melhores são os resultados, ou seja, mais baixo é o nível de sintomatologia depressiva.

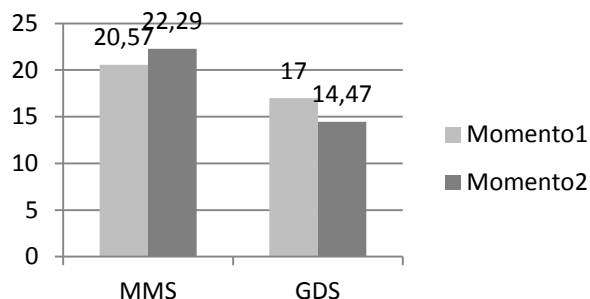


GRÁFICO 1- Média do MMS e do GDS antes e após a implementação do Programa Estimul@r

Para avaliar a normalidade das variáveis em estudo, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilks verificando-se uma amostra não homogênea, recorrendo-se por isso ao teste de Wilcoxon, teste não probabilístico. Este teste utilizou-se uma vez tratar-se da comparação de duas amostras emparelhadas de uma variável quantitativa não normal ou ordinal. Para avaliar se os resultados são estatisticamente significativos, considerou-se o nível de significância para $p < 0,05$, pois, segundo Fortin (2009, p.450), “na maior parte das investigações o nível de significância estabelecida é de 0,05”. Através da análise da Tabela 4 pode dizer-se que existe diferença estatisticamente significativa apresentada pela MMS num primeiro momento (MMS1) e segundo momento (MMS2). Pela análise das ordens podemos afirmar que houve uma melhoria do nível do estado mental no primeiro e segundo momento na amostra em estudo após a aplicação do programa Estimul@r havendo melhoria em 5 dos casos e 2 que mantiveram. No entanto, dada a curta duração de tempo entre as duas aplicações da escala é necessário considerar que os idosos possam ter arranjado estratégias e/ou tenham memorizado as questões da escala, e não seja o aumento da pontuação totalmente relacionado com a aplicação do projeto.

Rodrigues (2006) através do seu programa de estimulação cognitiva concluiu que houve um desenvolvimento de capacidades cognitivas específicas após o programa de Estimulação cognitiva, nomeadamente a nível da memória, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa, tendo havido sim diferença estatisticamente significativa relacionada com a capacidade de abstração. Pires (2008) através do seu programa de estimulação cognitiva, neste caso através do uso de videojogos também concluiu que estes levam a uma melhoria do funcionamento cognitivo dos idosos. No Brasil, Souza e Chaves (2005) ao comparar os resultados do mini exame do estado mental antes das atividades estimuladoras do sistema cognitivo (Programa “Oficinas de Memória”) com os resultados deste mesmo teste após as atividades de intervenção, observou que houve acréscimo significativo estatisticamente. Melo (2008) que no programa que desenvolveu utilizou para além de outras, a técnica da Reminiscência (também usada no Programa Estimul@r) obteve resultados que evidenciam que a estimulação cognitiva melhora significativamente o desempenho em tarefas de memória a curto prazo. Também Gonçalves (2012) obteve resultados positivos, estatisticamente significativos no desempenho cognitivo do grupo

experimental do pré teste para o pós teste (embora tenha utilizado outra escala de avaliação diferente da utilizada no presente programa) no seu programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados.

Tavares (2007), embora não tivesse obtido diferenças estatisticamente significativas ao nível do desempenho cognitivo após o seu programa constituídas por atividades lúdicas, como jogos de memória, grade de números para exercícios de concentração, entre outros, obteve no seu estudo um aumento entre as médias individuais dos sujeitos ao nível das capacidades cognitivas após 22 sessões de Estimulação cognitiva.

Assim sendo, os resultados do Programa Estimul@r vão ao encontro dos estudos realizados nesta área que demonstram cientificamente a importância prática da realização deste tipo de programas de estimulação cognitiva junto dos idosos.

TABELA 1- Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon no Mini Exame do Estado Mental (MMS) antes e após a implementação do Programa Estimul@r

			W	P
Mini Exame do Estado Mental (MMS1)	Ordens Positivas	5	-2,032	0,042
	Ordens Negativas	0		
Mini exame do estado mental MMS2	Empates	2		

Através da análise da Tabela 1 pode dizer-se que existe diferença estatisticamente significativa apresentada pela GDS num primeiro momento (GDS1) e segundo momento (GDS2). Pela análise das ordens podemos afirmar que houve uma melhoria do nível de Depressão Geriátrica no primeiro e segundo momento na amostra em estudo após a implementação do Programa Estimul@r, havendo melhoria em 5 dos casos e mantendo-se em 2. Também no estudo levado a cabo por Castro (2011) os resultados embora não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas mostraram haver uma diminuição na pontuação total da GDS após a intervenção de estimulação cognitiva. Gonçalves (2012) que teve como um dos objetivos avaliar os sintomas depressivos através de um programa de estimulação cognitiva obteve também como resultados valores estatisticamente significativos indo pois o presente estudo ao encontro destes resultados, elevando assim a larga importância da prática de estimulação cognitiva na diminuição da depressão. Tavares (2007) no seu estudo de estimulação em idosos institucionalizados, em que uma das variáveis era a depressão, não obteve resultados estatisticamente significativos.

TABELA 2- Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon na Escala Geriátrica da Depressão (GDS) antes e após a implementação do Programa Estimul@r

			W	P
Depressão Geriátrica (GDS1)	Ordens Positivas	0	-2,032	0,042
	Ordens Negativas	5		
Depressão Geriátrica (GDS2)	Empates	2		

Pelo evidenciado anteriormente, existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento cognitivo e na sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados no Centro de Bem Estar Social de Alcanena após a implementação do programa “Estimul@r”, pelo que se aceitam as Hipóteses em estudo.

No que diz respeito às limitações, é de salientar o fato deste estudo não ter grupo de controlo, sugerindo-se assim, para futuras investigações nesta área a realização de um estudo com grupo de controlo pois só assim é possível comparar as mudanças devidas às intervenções com o grupo experimental. Como Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, com competências específicas nesta área, nomeadamente Psicoterapêuticas, Socioterapêuticas, Psicossociais e Psicoeducacionais e, visto os resultados das intervenções terem sido positivos, sugere-se a implementação de Programas como o Estimul@r com a população idosa em contexto institucional.

Conclusão: Os resultados do Programa Estimul@r em que o objetivo principal era a promoção da saúde mental dos idosos institucionalizados no Centro De Bem Estar Social de Alcanena através de intervenções diversas de estimulação cognitiva onde se obtiveram resultados positivos, estatisticamente significativos em termos de desempenho cognitivo e de níveis de depressão, vão ao encontro dos resultados referidos nos estudos encontrados.

Este é um Programa simples de aplicar, económico e que tem como finalidade principal o bem estar dos idosos pelo que a sua utilização é recomendada.

Referências Bibliográficas:

1. APÓSTOLO, João Luis Alves; CARDOSO, Daniela Filipa Batista; MARTA, Lilia Marisa Gonçalves; AMARAL, Taciana Inês de Oliveira (2011) - Efeitos da estimulação Cognitiva em Idosos. Revista de Enfermagem Referência. Série III, nº 5, p. 193-201. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a20.pdf>
2. CASTRO, Ana Elisa Marques (2011) - Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Dissertação para obtenção do grau de mestre, especialização em psicologia clínica e da saúde. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7007/1/5218.pdf>.
3. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2012) - Combater a desigualdade: da evidência a ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 Abril em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf ??
4. COSTA, Ana Rita Dias; SEQUEIRA, Carlos (2013) - Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. nº9, p. 14-20. Acedido a 22 de janeiro de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1647-21602013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
5. FORTIN, Marie Fabienne (2009) - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta
6. GONÇALVES, Carla (2012) - Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Acedido em 20 de Abril de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>

7. MEDEIROS, Joana (2010) - Depressão no Idoso. Acedido em 8 de Julho de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>
8. MELO, Mariana Balduino (2008) - Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre. Tese de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Acedido em 20 Abril de 2014 http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3976/1/2008_MarianaBalduinoMelo.pdf
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). *Pacto Europeu para a saúde mental e bem-estar*. Bruxelas: União Europeia
10. NUNES, Belina (2008) - Memória: Funcionamento, perturbações e treino. Lisboa: Lidel.
11. PIRES, Ana Carla Seabra Torres (2008) - Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido a 15 Abril de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22139>
12. QUINTÃO, Sónia; ALMEIDA, Lurdes (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. Acedido em 20 Abril de 2014 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1351>
13. REGULAMENTO nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, II Série. n.º 35 (2011-02-18), 8669-8673.
14. RIBEIRO, Óscar; PAÚL, Constança (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel
15. RODRIGUES, Maria Rita Teles (2006). Efeitos de uma Intervenção Psicoeducativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. Cadernos de Estudo. Porto: ESE de Paula Frassinetti. 3, 77-84. Acedido a 15 Abril de 2014 em http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/106/Cad_3IntervencaoPsico.pdf?sequence=2
16. SEQUEIRA, Carlos (2010) - Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa - Porto: Lidel.
17. TAVARES, Lorine (2007) - Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Acedido em 15 Abril de 2014 em <http://www.cfh.ufsc.br/~ppqp/Lorine%20Tavares.pdf>
18. TEIXEIRA, Liliana (2010) - Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção. Acedido em 05 de Julho de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf
19. VAZ, Sérgio Filipe Alves (2009) - A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.
20. TEIXEIRA, Paulo (2006) - Envelhecendo passo a passo. Acedido em 24 de Abril de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>

21. ZIMERMAN, Guite (2000) - Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editora.

22. SOUZA, Juliana Nery; CHAVES, Eliane Corrêa (2005) - O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39 (1), 13-19. Acedido em 20 Abril de 2014 em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/40.pdf>