



Josefina da
Costa Pina

A pessoa com depressão pós Acidente Vascular Cerebral

Contributos do Enfermeiro Especialista
em Saúde Mental para a promoção da
Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto realizado no
âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria

Dezembro, 2013



Josefina da Costa Pina **A pessoa com depressão pós
Acidente Vascular Cerebral**

Contributos do enfermeiro Especialista
em Saúde Mental para a promoção da
Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado
para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Mental e Psiquiatria, sob a orientação do
professor Mestre Lino Ramos

Dezembro, 2013

É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se
deve aprender a fazer.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

A todos que estiveram presentes neste percurso de aprendizagem:

- Ao Coordenador do Curso, Professor Doutor Joaquim Lopes;
 - Ao Professor Lino Ramos pela orientação, disponibilidade e empenho dispensados;
 - À Enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar do local de estágio pela disponibilidade, apoio e sugestões imprescindíveis para a concretização deste projeto;
 - Aos utentes pela colaboração;
 - A todos os colegas pela dedicação, motivação e incentivos;
 - À minha família, pelo carinho, compreensão, incentivo e motivação, que me ajudaram a superar os momentos de desânimo para continuar este percurso, até à sua concretização.
-

RESUMO

A Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) é a complicação mais frequente no Acidente Vascular Cerebral (AVC), com uma taxa de prevalência estimada em 60% (Sequeira et al 2006). As repercussões da doença são significativas pelo grau de limitação funcional que provocam (Terroni et al, 2008).

De acordo com Ginkel et al (2010), é realçada a importância e o papel do enfermeiro na reabilitação física da pessoa com AVC, comparativamente à reabilitação mental, sendo pouco conhecidas as intervenções terapêuticas que podem ser realizadas nesta área. Consciencializados para a problemática existente e com intenção de intervir visando a promoção da Saúde Mental, abordamos neste documento a necessidade da continuidade de cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental, à pessoa com DPAVC. Para salientar o trabalho desenvolvido e as atividades realizadas de acordo com a intervenção pretendida, elaboramos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

O PIS assenta na prática baseada na evidência em contexto da prática clínica e baseou-se na Metodologia de Projeto, com as etapas a ele inerentes. A etapa diagnóstica que serviu de base para este documento, relacionou-se com a identificação das necessidades no domínio dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental, em pessoas com DPAVC. A problemática da situação centrou-se na pessoa com depressão pós AVC, sem acompanhamento em Saúde Mental após alta do hospital.

Com base na metodologia de projeto procedemos à deteção de alterações emocionais em pessoas internadas numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), de um hospital numa região no sul do país. Para tal, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale).

As intervenções de enfermagem planeadas apoiaram-se nas relações interpessoais e visaram a continuidade dos cuidados de enfermagem em Saúde Mental na comunidade, assentes numa parceria com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na referida localização.

Este Trabalho de Projeto permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção especializada, contribuindo para a qualidade dos cuidados.

Para a sua concretização foi realizada uma revisão bibliográfica de vários autores e de artigos de investigação localizados e reunidos nas bases de dados Medline, Cinahl e Cochran.

Palavras chave: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Metodologia de Projeto; Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

The Post Stroke Depression (PSD) is the most frequent complication in stroke (CVA) with a prevalence rate estimated at 60 % (Sequeira et al 2006). The repercussions of the disease are significant degree of functional limitation that cause (Terroni et al, 2008).

According Ginkel et al (2010), is highlighted the importance and role of the nurse in the physical rehabilitation of people with stroke , compared to mental rehabilitation, being little known therapeutic interventions that can be performed in this area. Made aware to the problems existing with intent to intervene for the promotion of mental health, in this paper we address the need for continuity of care in skilled nursing Mental Health, the person with PSD. To highlight the work and activities undertaken in accordance with the intended intervention, we prepared a Draft Intervention Service (PIS).

The PIS is based on evidence-based practice in the context of clinical practice and based on the Project Methodology, with steps attached thereto. The diagnostic phase which formed the basis for this document was related to the identification of needs in the area of specialized nursing care of Mental Health, people with PSD. The problematic situation focused on the person with depression after stroke, unaccompanied Mental Health after discharge from hospital.

Based on the design methodology proceeded to the detection of emotional changes in people hospitalized in Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), a hospital in the south region of the country. To this end, we applied the Hospital Anxiety and Depression – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale). Nursing interventions planned relied on interpersonal relations and aimed continuity of care in mental health nursing in the community, based on a partnership with the Primary Health Care, through the Community Care Unit at said location.

This Project work allowed the acquisition and development of skills in the specialized intervention, contributing to the quality of care. For its realization was a literature review of several authors and research articles located and gathered in the databases Medline, CINAHL and Cochran.

Keywords: Cerebral Vascular Accident (CVA), Post Stroke Depression (PSD), the

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Project Methodology; Mental Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CMESMP – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CEEEESM - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPAVC - Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral

EICSM - Equipa de Intervenção Comunitária em Saúde Mental

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PNS – Plano Nacional da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1 Acidente Vascular Cerebral - AVC	24
1.2 Depressão	25
1.3 Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral – DPAVC	29
1.4 Teoria das relações interpessoais de Hildgard Peplau	40
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO – PIS	43
2.1 Diagnóstico da Situação	45
2.2 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço	50
2.3 Implementação do Projeto de Intervenção em Serviço	52
2.4 Apresentação dos Resultados	54
2.5 Avaliação do PIS	55
2.6 Divulgação dos Resultados	57
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS	58
3.1 Análise das Competências Específicas	59
3.2 Análise das Competências de Mestre	69
4. CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICE I – ARTIGO	94
ANEXO I – Escala HADS	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica da amostra por género.	51
Figura 2 - Indicadores de patologia da Escala de HADS (Hospital Anxiety and Depressio Scale).	54

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Para o seu desenvolvimento foi elaborado um projeto de intervenção em serviço (PIS) e decorreu em contexto de estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um Centro de Saúde numa região no sul do país. Neste contexto e a vivência do exercício da profissão numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral, emergiu a vontade de intervir para melhorar o acompanhamento em Saúde Mental na comunidade, da pessoa com depressão pós Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O referido estágio foi orientado por um professor do IPS e por uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Segundo a Direção Geral da Saúde,¹ as doenças cardiovasculares, designadamente os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são a principal causa de morte em Portugal e a principal causa de morbilidade e invalidez. A depressão é o transtorno emocional mais frequente na pessoa que sofreu AVC, afeta negativamente ao nível funcional, cognitivo, e está associada a pior prognóstico (Barata,2004). Contudo, a reabilitação da Saúde Mental nas pessoas com AVC não tem o mesmo destaque que a reabilitação física, continuando a persistir a preocupação com a recuperação motora, visando a realização das atividades de vida diária de forma autónoma.

De acordo com a análise da realidade, visando a prevenção da doença e a promoção da Saúde Mental, o ponto de partida para o PIS direcionou-se para a pessoa com depressão pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC).

O diagnóstico da situação para elaboração do PIS, centrou-se na pessoa com sinais DPAVC internada na UAVC num hospital, de uma região no sul do país. Para a deteção de sinais de ansiedade e depressão foi aplicada a escala de HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale, instrumento validado para a população portuguesa. Perante os resultados

¹ Programa Nacional de Prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Despacho nº 16415/2003 (II série) – D.R. nº 193 de 22 de Agosto. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde.

obtidos solicitamos informação relativa ao acompanhamento da pessoa com alterações emocionais, após alta do hospital.

A pesquisa efetuada ao departamento de psicologia do hospital, forneceu informação relativamente ao acompanhamento da pessoa em Saúde Mental, sendo este efetuado pela psicóloga da equipa multidisciplinar da UAVC, durante o internamento. Segundo a mesma fonte após alta do hospital, o défice funcional associado ao insuficiente suporte familiar e fatores económicos não proporcionaram o acompanhamento no hospital como previsto, de pessoas com necessidades em Saúde Mental. Da evidência da situação surge a pergunta: a pessoa com sinais de depressão pós AVC, não beneficiaria com o acompanhamento de enfermagem em Saúde Mental na comunidade?

A necessidade evidente de cuidados especializados, em enfermagem de Saúde Mental no domicílio a pessoas com AVC, despertou para a hipótese do estabelecimento de uma parceria, visando a articulação dos cuidados entre o hospital e os CSP. Perspetiva-se com esta articulação contribuir para a promoção da Saúde Mental, com vantagens na relação custo/ benefício, reforçar o suporte familiar para incentivar e maximizar as habilidades para o cuidar, reduzir ou excluir os fatores de stress e fomentar o pedido de ajuda precoce, aumentando deste modo o acesso aos cuidados de enfermagem com qualidade.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade (2011) em enfermagem de Saúde Mental, o enfermeiro especialista em Saúde Mental, tem como missão prestar cuidados centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, em contexto profissional no internamento e na comunidade.

A intervenção ao nível emocional e social à pessoa em contexto familiar facilita o acesso à equipa de Saúde Mental, para responder com maior brevidade ao pedido de ajuda com intervenções eficazes (Rodrigues, 2004).

A finalidade do PIS visa a implementação do sistema organizacional para o estabelecimento de uma parceria, através da referência interdisciplinar de pessoas com alterações emocionais após AVC, do hospital para acompanhamento em Saúde Mental no domicílio pela UCC. A promoção de níveis mais elevados de autonomia, a forma ajustada de lidar com a doença e a prevenção da depressão, são os principais objetivos a atingir.

Com base na percepção do problema encontrado e com a finalidade de intervir propusemos como **objetivo geral**:

Relatar o trabalho realizado no acompanhamento das pessoas com Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) no domicílio após alta do hospital, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Como objetivos específicos propusemos:

- Promover a continuidade de cuidados de enfermagem em Saúde Mental na comunidade à pessoa com DPAVC, após alta do hospital;
- Reduzir o impacto da doença física para prevenir a depressão, assim como o risco de ideação suicida e suicídio.

A organização deste projeto compreende cinco capítulos. No primeiro referente ao Enquadramento Teórico descrevemos os conceitos de AVC e depressão, para fundamentação e desenvolvimento da teoria relativa à DPAVC, com reflexão sobre os contributos do enfermeiro para a promoção da Saúde Mental e psiquiatria. O segundo capítulo corresponde ao PIS, com a descrição das etapas componentes da metodologia de trabalho de projeto. Neste capítulo descrevemos também a Escala de HADS e os resultados da sua aplicação. No terceiro capítulo efetuamos a análise das competências específicas e de mestre em Saúde Mental desenvolvidas no decorrer do curso de mestrado, com reflexão sobre as intervenções realizadas. Finalizamos com a conclusão sobre o trabalho realizado, as dificuldades sentidas e as limitações para a obtenção dos objetivos propostos.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo iremos abordar os principais conceitos que nos pareceram importantes e que serviram de base à elaboração deste trabalho. Neste contexto, descrevemos o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a depressão e a Depressão pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC), constituindo esta o tema para o presente trabalho. Relativamente ao desenvolvimento da teoria da relação interpessoal, efetuamos uma breve referência à teórica Hildgard Peplau, pelos contributos para a enfermagem em Saúde Mental, que sustentaram a teoria deste percurso.

O estágio que proporcionou o desenvolvimento do PIS realizou-se numa UCC na região sul do país, a qual caracterizamos de forma sucinta. Abordamos também a prestação de cuidados de enfermagem em Saúde Mental na comunidade, de acordo com os objetivos traçados no projeto elaborado pela enfermeira especialista em Saúde Mental, da referida unidade.

A unidade supracitada está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da referida região geográfica. Os recursos humanos desta unidade são constituídos por quinze enfermeiros, um dos quais especialista em Saúde Mental.

A Equipa de Intervenção na Comunidade em Saúde Mental e Psiquiatria (EICSMP) da UCC desenvolve e assegura uma rede de suporte de proximidade, para possibilitar maior e melhor acessibilidade aos cuidados de enfermagem de forma personalizada, continuada, com cooperação e coordenação de vários profissionais e em articulação com o Hospital Psiquiátrico da mesma área geográfica. Com este acompanhamento perspetivam a deteção de alterações emocionais na fase inicial, para proceder precocemente ao seu encaminhamento. Pretendem também prestar cuidados de enfermagem para responder às necessidades das pessoas, visando a prevenção da doença e a promoção da Saúde Mental, de acordo com projeto da UCC mencionado anteriormente.

Com a execução do referido projeto, as pessoas com perturbações emocionais consideradas menos graves, como ansiedade, depressão e com necessidade de intervenção na comunidade, são referenciadas para a unidade. Pretende-se com esta atitude promover a proximidade da população, através do envolvimento, participação da pessoa, familiares e outras entidades da comunidade no processo dos cuidados.

A enfermeira especialista intervém clinicamente de forma preventiva, através de rastreios para detetar precocemente alterações emocionais e dar apoio de acordo com as necessidades encontradas. Os cuidados na comunidade são direcionados para a prevenção e promoção numa colaboração com a equipa multidisciplinar, através da receção, triagem, diagnóstico e encaminhamento, com utilização de recursos técnicos organizados, com a finalidade de proporcionar qualidade de vida à pessoa e à família.

As perturbações mentais constituem um sério problema de saúde pública, causam grande sobrecarga à pessoa, família, serviços de saúde e sociedade em geral (Sequeira et al 2006). A EICSMP tem como finalidade reduzir a recorrência ao serviço de urgência, promover a acessibilidade e interligação da pessoa com o médico de família e a Saúde Mental, promovendo deste modo a acessibilidade da pessoa aos cuidados de enfermagem, na referida área da especialidade.

A rede comunitária surge como uma oportunidade para reduzir os internamentos em Saúde Mental. A referência das pessoas para a UCC, tem como finalidade assegurar cuidados em Saúde Mental com qualidade, assentes na equidade e ética profissional.

Citando Canário (1998, p. 22) a rede é ... *uma conexão não estabilizada de atores ligados em torno de um objeto de colaboração.*

Ou seja, esta rede funciona pela proximidade de critérios de atuação desenvolvidos por diferentes parceiros com o mesmo objetivo. Esta atitude positiva requer a mobilização de recursos de retaguarda necessários como entrevistas, visitas domiciliárias e contacto com outros profissionais implicados no processo de reabilitação da pessoa.

A Lei da Saúde Mental² regulamenta a organização dos serviços de assistência, de acordo com um modelo de referência para a articulação restrita, entre os cuidados hospitalares e os comunitários.

A mudança em relação a prestação de cuidados em Saúde Mental, com interação entre os CSP e o hospital psiquiátrico, através de contactos mais frequentes para internamentos em caso de necessidade, visam a promoção da desinstitucionalização.

² Lei nº 36/98 de 24 de Julho e do Decreto – Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro.

O Plano Nacional da Saúde Mental³ de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera importante a organização dos serviços de Saúde Mental, em estreita articulação com os CSP, para garantir a acessibilidade a todas as pessoas com perturbação mental, assumindo a responsabilidade de uma área geo-demográfica específica.

O PNSM prevê a tomada decisão para internamento, quando todas as alternativas de tratamento na comunidade se encontrem esgotadas, assim como, reduzir o estigma associado às instituições psiquiátricas, uma vez que a pessoa sem patologia grave deixa de ser referenciada para o serviço de psiquiatria e passa a ser acompanhada no domicílio pelos CSP. Nesta perspetiva, os esforços para a desinstitucionalização de pessoas com internamentos prolongados, a atribuição de maior importância à reinserção social e o processo de internamento em caso de necessidade, implicam interação através de contactos mais frequentes entre os CSP e o hospital psiquiátrico. Com Base neste pressuposto, a parceria da UCC com o hospital psiquiátrico, proporciona a interação entre ambos para o encaminhamento de acordo com as necessidades.

A prestação de cuidados em Saúde Mental para a doença mental comum, com a orientação dos CSP, proporciona melhoria na articulação dos cuidados com satisfação das pessoas (Rodrigues, 2004).

A atribuição de maior importância à reinserção social também tem sido uma realidade. Para tal tem contribuído a prestação de cuidados por profissionais especializados, através de sessões com dinâmicas de grupo, com abordagens direcionadas para reduzir ou eliminar as dificuldades e estabelecer a relação de ajuda.

O diagnóstico precoce efetuado pelos CSP aumenta a capacidade de intervenção, possibilita a alteração do percurso da perturbação e evita o desenvolvimento de sintomas ou comportamentos adaptativos mal dirigidos (Rodrigues,2004). Com esta medida pretende – se prevenir os múltiplos internamentos e minimizar os custos em Saúde Mental e Psiquiatria. A articulação dos cuidados de enfermagem em Saúde Mental contribui para melhorar a continuidade dos cuidados, promove a saúde e os conhecimentos específicos dos profissionais (Rodrigues, 2004).

³ Plano Nacional da Saúde Mental 2007 – 2016. Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Julho 2008.

A intervenção ao nível emocional e social à pessoa em contexto familiar facilita o acesso à equipa de Saúde Mental, para responder com maior brevidade ao pedido de ajuda com intervenções eficazes (Rodrigues, 2004).

Durante o percurso do estágio, pretendemos que as nossas atitudes se desenvolvessem de forma equitativa, com intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa, à família, grupos sociais mais vulneráveis ou mais isolados. As atividades desenvolvidas visaram a continuidade de cuidados no domicílio, de pessoas referenciadas após avaliação crítica da situação. Os cuidados de enfermagem em Saúde Mental ao nível preventivo, terapêutico e de reabilitação, disponibilizaram-se na sua globalidade de forma abrangente, para garantir a sua continuidade em estreita articulação com os diversos profissionais.

A nossa intervenção desenvolveu-se numa relação com a pessoa, para responder às necessidades identificadas, visando a prevenção da doença e a promoção da Saúde Mental. Para o desenvolvimento da relação interpessoal, contribuíram as sessões com dinâmicas de grupo, com abordagens direcionadas para reduzir ou eliminar as dificuldades e estabelecer a relação de ajuda. Os registos e as cartas de transferência com a informação mais relevante da pessoa, em relação ao diagnóstico psiquiátrico, indicação do risco de suicídio, possibilidade dessa ocorrência e orientação terapêutica efetuam-se por sistema informático. O processo de enfermagem como instrumento metodológico e com registos informatizados, foi utilizado para a identificação de problemas, sua resolução e para facilitar a troca de informação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar.

O reconhecimento pela prestação dos cuidados em Saúde Mental na comunidade, através da UCC, surge como uma oportunidade para a continuidade de cuidados, após alta do hospital, à pessoa com DPAVC.

Segundo a Lei da Saúde Mental para a proteção e promoção da Saúde Mental⁴, a sua proteção efetiva-se através de medidas que contribuem para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive. Para tal os profissionais devem valorizar a singularidade das

⁴ Lei Da Saúde Mental. Lei nº 36/ 98, capítulo 1. Artigo 2º. 1- 2 Assembleia da República. Lei nº 36/ 98 de 24 de Julho

situações em contexto, agindo como mediadores na mobilização dos cuidados de forma confiante pela pessoa, para atingir o seu bem-estar. Com esta atitude pretende-se que a pessoa reconheça a perturbação emocional, para facilitar a adesão terapêutica e a organização relativamente à família, situação laboral e social perspetivando uma recuperação mais rápida.

1.1 Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a primeira causa de morte em Portugal e a terceira nos países mais desenvolvidos, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS)⁵.

A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2011) refere que esta doença incapacitante é responsável por mais de vinte e cinco mil internamentos por ano, com custos elevados para o Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a DGS Portugal continua a possuir a incidência mais elevada de AVC, relativamente a União Europeia constituindo a idade e os fatores de risco os principais responsáveis pela sua ocorrência. Estudos efetuados revelam três quartos da ocorrência da doença, em pessoas com mais de sessenta e cinco anos (Myint et al 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶ define o AVC como um comprometimento neurológico focal ou global, de início súbito, com duração superior a vinte e quatro horas, podendo causar morte e com provável origem vascular.

O AVC isquémico resulta de um bloqueio num vaso sanguíneo que reduz a quantidade de glicose e oxigénio necessários ao metabolismo celular, provocando insuficiente irrigação sanguínea e consequente diminuição ou ausência da atividade funcional, na área do cérebro que é afetada (Coull, Goldstein, et al 2002). Segundo a mesma fonte, o AVC hemorrágico é

⁵ Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 03/DSPCS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Despacho nº 16415/2003(II Série) - D.R. nº 193 de 22 de Agosto, com alterações do Despacho nº 266/2006 do Alto Comissário da Saúde, publicado no DR, II Série, nº 9, de 12 de Janeiro.

⁶Manual STEPS DE Acidente Vascular Cerebral da Organização Mundial de Saúde (OMS): Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de Acidentes Vasculares Cerebrais / doenças não – transmissíveis e Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde 2005.

provocado por rutura num vaso sanguíneo em contexto de hipertensão arterial, com extravasamento de sangue para o cérebro.

A extensão e localização da lesão cerebral são responsáveis pelos défices motores localizados no lado oposto ao da lesão, podendo manifestar -se por paralisias completas (hemiplegias) ou parciais, incompletas (hemiparesias). Os danos neurológicos são responsáveis pelos défices ao nível das funções: sensorial, comportamental, percetiva e da linguagem (Cancela, 2008).

A súbita evidência dos sintomas da doença depende das lesões cerebrais existentes, permanecendo pelo menos vinte e quatro horas (Coull. Goldstein, et al, 2002). Segundo a mesma fonte, a alteração é reversível quando a interrupção do fluxo sanguíneo é inferior a três minutos, tornando-se irreversível se ultrapassar esse tempo, devido à necrose no tecido nervoso.

O Acidente Isquémico Transitório (AIT) é definido por Coull et al (2002) como uma redução temporária do aporte sanguíneo ao cérebro. Os sinais e sintomas do AIT são semelhantes aos do AVC, mas revertem durante a primeira hora após a ocorrência. Para Cancela (2008) o AIT constitui um fator de risco muito elevado, sendo considerado como a primeira manifestação clínica da doença cerebrovascular. A autora justifica a afirmação referindo que um terço das pessoas que sofrem um AIT, se encontram predispostas a contrair um AVC devido às lesões provocadas no cérebro.

Como principais fatores de risco para o AVC para além da idade, consideram-se a obesidade, doenças valvulares e arrítmicas, a hipertensão arterial, a arteriosclerose, a diabetes, o sedentarismo, o alcoolismo e o tabagismo (Lopes, 2012). Estes fatores podem ser evitados ou atenuados através de mudança nos estilos de vida, adoção de uma alimentação saudável, exercício físico e com tratamento médico, para controlo do colesterol, hipertensão arterial, diabetes e coagulação (Oliveira, 2012).

1.2 Depressão

O Ministério da Saúde através do Plano Nacional de Saúde (PNS),⁷ cita *a depressão é uma doença mental que se caracteriza por tristeza mais marcada ou mais prolongada,*

⁷ Ministério da Saúde 2006. Plano Nacional de Saúde. Portal da Saúde. Enciclopédia da saúde. Ministério da Saúde. Saúde Mental 2006.

perda de interesse por atividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil.

Para OMS a depressão é *um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite.*

A depressão pode afetar pessoas da infância à terceira idade, podendo levar ao suicídio se não tiver um tratamento adequado, sendo reconhecida como um problema de saúde pública (P NS, 2000- 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2006), Portugal apresenta a taxa mais elevada de prevalência de doença mental da europa. Refere ainda que a depressão é uma das doenças mentais mais frequente na sociedade portuguesa, afetando cerca de 20% da população, com tendência a aumentar, contribuindo também para este facto a atual crise económica.

Para a DGS a depressão é a primeira causa de incapacidade na globalidade das doenças nos países desenvolvidos e responsável pela perda de oitocentas e cinquenta mil vidas por ano em todo o mundo e mais de mil e duzentas mortes em Portugal.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens, estimando-se a prevalência de depressão unipolar de 1,9 % nos homens e de 3,2% nas mulheres. Os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade como os aspetos sócio - culturais poderão estar na origem dos dados da prevalência (Cordeiro, 2009).

Existe uma relação entre a depressão e a ansiedade sendo ambas provocadas por um acontecimento negativo, desagradável, ameaçador, com possível tendência para viver a vida de forma negativa (Coelho, 2004).

A tristeza é a forma mais básica de perturbação, surge como uma manifestação exterior da emoção de forma desagradável e desencadeada por uma situação de perda (Coelho, 2004).

Quando a tristeza se estrutura na personalidade e permanece com duração superior ao acontecimento desencadeante ou à gravidade do mesmo, dá origem à depressão (Sequeira C; Sá, L., 2010). Segundo a mesma fonte, a depressão é refletida como um sentimento de infelicidade, com formas persistentes de sentir e de pensar, em associação ao sofrimento atual, a uma incapacidade ou uma perda.

Para Fernandes (1984) mencionado por Costa e Maltez, a tristeza deve ser compreendida e valorizada no cruzamento de fatores bio - psico - sócio - culturais.

Qualquer que seja a causa, a depressão deve ser considerada uma manifestação de disfunção comportamental psicológica ou biológica na pessoa (Costa; Maltez, 2009). De acordo com os autores, os fatores cognitivos que permitem a pessoa fazer a avaliação da gravidade da situação, assim como os recursos a utilizar para lidar com a mesma, influenciam a variabilidade interpessoal e a sua reação à perda, podendo manifestar - se de várias formas como: irritação, ansiedade ou tensão, apatia, desistência, frustração, suscetibilidade e agressividade ou passividade, dependência ou apelação. Mas outras formas de personalidade podem reagir com astenia, com humor de fundo triste mantido, pouco reativas às perdas, como se o acontecimento fosse esperado (Schneider, 1974).

Os sentimentos de angústia e depressão normalmente confundem-se, embora constituam expressões de conflito de personalidade significativas com reações básicas do Eu, os conteúdos são opostos (Berg, 2000).

A depressão é uma consequência de experiências vividas que apresentam um sofrimento significativo, prejudicial no funcionamento social, familiar e profissional. A angústia está relacionada com a resposta face a um acontecimento ameaçador no futuro, por vezes com manifestações de pânico (Berg, 2000).

A etiologia da depressão pode não ser somente psicológica, mas associada à componente biológica em que a tristeza é desencadeada por patologia somática ou induzida por fármacos (Costa; Maltez, 2009). Segundo a mesma fonte, em todas as depressões ocorrem queixas físicas como cefaleias, astenia, obstipação, boca seca, podendo constituir uma base hipocondríaca. Na depressão grave a preocupação excessiva com funções somáticas é comum (Guiana et al, 2010). De acordo com a mesma fonte, a depressão é caracterizada por humor deprimido, isolamento social, desinteresse pelos objetos exteriores, falta de entusiasmo, de prazer pela vida e pela maioria das atividades (anedonia). Sendo comuns também sintomas, como perda de apetite e de peso, diminuição do nível de energia, baixa auto - estima, alterações no sono, normalmente com despertar precoce, podendo no entanto, algumas pessoas apresentar hipersonia. Normalmente a pessoa com depressão apresenta discurso lento. O discurso espontâneo na depressão grave é raro ou inexistente, podendo evoluir para mutismo (Costa; Maltez,

2009). Ainda como sintomas de depressão são observados o pensamento depressivo, o pessimismo, a lentificação motora, embora se verifiquem alguns casos de inquietação, seguida de caminhadas constantes com aumento de ansiedade e tabagismo. As relações interpessoais e a sexualidade também são afetadas (Costa; Maltez, 2009).

A depressão dificulta as funções cognitivas devido à diminuição de atenção, incapacidade ou ausência de concentração. Completar uma tarefa ou tomar uma decisão também se tornam difíceis (Correia; Barbosa, 2008). Os excessivos sentimentos de culpa são comuns, podendo adquirir proporções delirantes. A pessoa deprimida tem tendência, a relembrar atitudes menos próprias apesar de irrelevantes ou danos causados a terceiros, também pouco relevantes, culpando-se indevidamente por isso. Os últimos acontecimentos dolorosos ou os problemas específicos ocupam obsessivamente muitos dos pensamentos dessas pessoas (Costa; Maltez, 2008).

De acordo com o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), os transtornos depressivos incluem o transtorno depressivo *major*, distímico e depressivos não especificados (Costa; Maltez, 2008). Referem os autores que a perturbação depressiva *minor* é menos grave, tem uma intensidade sintomática mais leve e o período de duração é mais curto estimando-se em quinze dias. A classificação psiquiátrica é de extrema importância para determinar quais os fatores que influenciam o desenvolvimento da depressão crónica (Guaiana et al, 2010).

A depressão crónica é menos intensa, apresenta evolução na sintomatologia superior a dois anos, com uma variedade de alterações emocionais designadas por perturbações distímicas (Costa; Maltez, 2008). Estas perturbações pertencem a diferentes tipos, como a depressão residual unipolar ou bipolar, sem melhoria total evoluindo para depressão major. Além disso a depressão crónica também pode resultar de uma doença física ou como resultado de medicação, ingestão de bebida alcoólica, opiáceos ou cocaína (Costa; Maltez, 2008).

Nos modelos cognitivos da depressão, o humor deprimido está relacionado com perturbações cognitivas, a partir das quais a pessoa faz uma representação distorcida de si própria e da realidade (Correia; Barbosa, 2008). De acordo com a mesma fonte o modelo cognitivo de Beck, foca a imagem cognitiva que a pessoa faz de si própria, do seu

comportamento perante as situações, da visão negativa do futuro e do sofrimento presente.

Na classificação do DSM a sintomatologia depressiva e ansiosa é revelada pelo diagnóstico das respetivas perturbações e pelas perturbações de adaptação (Correia; Barbosa, 2008). Os diagnósticos podem ser obtidos através de entrevistas estruturadas, para intervenção em estudos caso.

De acordo com o PNS (2010) a depressão causa grande sofrimento à pessoa e a família, com prejuízo ao nível social e profissional podendo tornar-se crónica se não for tratada. A ideação suicida é comum e surge como resolução para o sofrimento que não é ultrapassado. São várias as razões que podem desencadear a depressão: genéticas, biológicas, medicamentosas ou fatores externos (Costa; Maltez, 2009).

De acordo com alguns autores, os níveis de ansiedade e depressão podem ser diferentes na pessoa com doença médica, relativamente à pessoa com doença mental, sendo por isso utilizados instrumentos de avaliação baseados na sintomatologia emocional.

1.3 Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral

A pessoa é um ser único tanto para a saúde como para a doença, numa interação permanente com o psicológico, o biológico e o social, necessária à compreensão do funcionamento normal e aos desvios patológicos (Cordeiro, 2001)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011),⁸ no percurso da vida e da saúde a pessoa é confrontada com inúmeros desafios e o sucesso na resolução está dependente das suas capacidades de adaptação.

Os sentimentos de consciência de prazer ou dor, normalmente são expressos nos momentos de grande stress (Benner 2001). Em qualquer situação de doença, o medo a angústia e a ansiedade estão presentes. No Acidente Isquémico Transitório (AIT) e no AVC esses sentimentos constituem um fator de risco, devido a possibilidade de potenciarem o desenvolvimento da depressão.

⁸ Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. 22 de Outubro de 2011.

Viver com doença crónica conduz a trajetórias diferentes, principalmente se as consequências da doença se refletem na qualidade de vida, como pode acontecer com a pessoa com sequelas de AVC. As mudanças que ocorrem implicam novo ritmo de vida, outras exigências, novas atitudes para evitar o conflito pessoal e interpessoal, para superar as dificuldades que se multiplicam na primeira fase de instalação da doença.

As consequências do AVC com alguma frequência são graves, podendo variar entre a incapacidade física, cognitiva, emocional e social (Martins, 2006). Um número elevado de sobreviventes de AVC fica com sequelas que comprometem a fala, a deglutição, a marcha e por vezes a interação, o que interfere na reabilitação.

A depressão é a alteração emocional mais frequente no AVC. Estima-se que um terço das pessoas que sofreu AVC desenvolve depressão, constituindo portanto um problema importante para a saúde pública (Terroni et al, 2008). Como fatores de risco associados a ocorrência são referidos o défice cognitivo, alterações na fala, défice funcional, história de depressão, localização cerebral, sexo, idade, Acidente Vascular Cerebral (AVC) anterior e rede de suporte insuficiente (Terroni, 2008).

A sintomatologia da depressão pode influenciar negativamente a recuperação de muitas doenças, das quais se destacam as doenças cardiovasculares como o AVC. Os danos no sistema vascular cerebral, podem afetar o processo de regulação do humor na pessoa que sofreu AVC, com consequente redução nos níveis de bem – estar psicológico e de Saúde Mental com manifestações emocionais ou afetivas negativas, como labilidade emocional, ansiedade ou depressão nos primeiros dias após a ocorrência da doença (Aben et al, 2003).

Para o desenvolvimento do PIS contribuiu a realidade vivida em contexto profissional, numa UAVC.

O novo conceito de UAVC proposto pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2001) e de acordo com as recomendações da Associação Americana do Acidente Vascular Cerebral (American Stroke Association), pretende prevenir o agravamento do AVC, iniciar precocemente o tratamento e a neuroreabilitação da pessoa, com a finalidade de reduzir a incapacidade funcional e complicações pós AVC, visando também a redução de custos para o Serviço Nacional de Saúde (Rocha, 2008). Nesta unidade está preconizado o

desenvolvimento de um plano adequado para alta, com procedimentos a seguir em função das necessidades relacionadas com a reabilitação física da pessoa e do familiar ou cuidador.

O impacto da doença associado à sua gravidade e ao grau de dependência, a hospitalização principalmente quando se refere à experiência do primeiro internamento, a insegurança e o medo em relação ao futuro, tendencialmente constituem fatores de stress, com possibilidade de evoluir para a perturbação ansiosa ou depressiva. A ansiedade surge como resposta à avaliação do estímulo ameaçador, ou seja, ao medo (Stuart, G; 2001).

A “interrupção” no decurso normal da vida da pessoa, e a necessidade de adaptação às novas circunstâncias de vida após AVC, podem contribuir para o desenvolvimento da perturbação emocional para algumas pessoas, independentemente do sexo ou idade, devido à transição no ciclo vital, como consequência do défice funcional e pela consciência da situação. É na fase aguda da doença que surgem os primeiros sinais de alteração emocional e a evolução deste estado pode impedir que as pessoas se envolvam em programas de reabilitação, com conseqüente atraso na recuperação física e psicossocial. Com estas evidências apela-se à necessidade de evitar alterações emocionais, através da avaliação e redução dos fatores de risco.

A nova fase de vida após o AVC, aparece como uma preocupação, exige a reorganização do pensamento, e reflete a forma como a pessoa encara e aceita a doença.

A percepção de que subitamente e sem aviso prévio se perdeu a capacidade funcional de metade do corpo, para algumas pessoas é sentida como um acontecimento desastroso. A pessoa com défice motor normalmente recebe a adaptabilidade, pelo grau de dependência a que está sujeita e conseqüente comprometimento na realização das atividades de vida diárias. De acordo com a situação, a pessoa tem necessidade de atenção, pode apresentar dificuldade em controlar as próprias ações devido ao medo relativamente à doença e a incógnita sobre a recuperação dos défices. Reconhecer a pessoa com compreensão pelos seus valores e desejos proporciona a interação no seu ambiente para a ajudar a desenvolver capacidades para a autonomia. O papel do enfermeiro neste contexto, focou-se no desenvolvimento de capacidades na pessoa para tentar aceitar os fatores de stress e as respostas alternativas para os enfrentar. Pretendemos assim, contribuir para a prevenção de alterações emocionais e promover a Saúde Mental de forma otimista, positiva e

harmoniosa, transmitindo confiança e a ideia de auto-ajuda à pessoa, com responsabilidade pela sua própria saúde.

De acordo com Stuart (2001) prevenir o desenvolvimento da doença mental torna-se benéfico para a pessoa, família ou cuidador, para a comunidade e para a sociedade.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, implica trabalho de equipa de forma integrada, responsável, que vise o bem-estar da pessoa, com respeito pelos seus direitos, pelo seu sofrimento, necessidades, opiniões, pelo seu espaço, tempo e ritmo, contribuindo para reduzir o estigma, a discriminação e melhorar a competência social (Cordo, 2003).

Por vezes na UAVC o familiar ou a pessoa que sofreu AVC solicita a restrição de visitas, reservando o seu direito só a familiares mais próximos. Normalmente esta ocorrência verifica-se em pessoas mais jovens e que apresentam alteração da imagem ou emocional, associadas ao estigma, reagem com vergonha, com medo de ser abandonados ou despedidos do emprego. O estigma surge como uma barreira que os separa da sociedade e dos amigos. O nosso papel como profissionais, foca-se na ajuda à pessoa para lidar com os fatores de stress, mudar as atitudes e comportamentos das pessoas e dos familiares, perspetivando a destruição dos mitos associados.

A apatia é também um sentimento frequente após o AVC. É caracterizada pela redução na motivação para o envolvimento em atividades, ou pela falta de iniciativa (Hama.Yamashita. et al, 2011). Com alguma frequência estas pessoas ao desenvolverem apatia e desesperança desistem precocemente dos programas de reabilitação física, com conseqüente aumento nos graus de deficiência. A falta de vontade em colaborar na recuperação física, é referida pela desesperança de um processo sentido como demasiado lento, para a necessidade que consideram urgente para readquirir as funções perdidas.

A fase de mudança, a transição temporária ou definitiva nas suas vidas revelam-se de forma ansiosa não só para a pessoa que sofreu AVC, mas também para o familiar ou acompanhante. O comportamento da pessoa com alteração emocional, relativamente à doença física pode aumentar a sensibilidade para os sintomas físicos, ou reduzir a capacidade de adaptação aos mesmos, tornando-se mais vulnerável à doença física, com frequente recorrência aos cuidados médicos (Rodrigues, 2004).

As pessoas com sequelas do AVC mais acentuadas apresentam mais incapacidade e estão mais deprimidas. Os fatores cognitivos que permitem a pessoa fazer a avaliação da gravidade da situação, assim como os recursos a utilizar para lidar com a mesma, influenciam a variabilidade interpessoal e a sua reação à perda (Blanco,2009). Emocionalmente são identificados estados de ansiedade, irritabilidade, impulsividade, negativismo, diminuição do apetite e alteração no padrão do sono, com interferência na qualidade de vida da pessoa e familiares

A depressão dificulta as funções cognitivas devido à diminuição de atenção, incapacidade ou ausência de concentração e dificuldade em completar uma tarefa ou tomar uma decisão (Smith et al, 2010). Neste contexto, a depressão por afetar o nível funcional e cognitivo compromete a capacidade de recuperação da doença física.

As alterações emocionais de acordo com Stuart (2001) podem ser causadas por múltiplos fatores, como situacionais, interativos e socio-culturais. De acordo com a mesma fonte, a resolução dos problemas ou de respostas desadaptadas visando a prevenção da doença mental, deve incluir a terapia comportamental.

O estado psicológico influencia a capacidade da pessoa se realizar pela necessidade de auto confiança, motivação, otimismo que a vão ajudar a manter a autonomia (Moreira et al 2005). Neste contexto referem como principais dificuldades a auto - estima negativa, depressão e perturbações emocionais originadas pela incapacidade física e cognitiva a que ficam sujeitos.

A interação social da pessoa com sequelas de AVC é um fator desencadeante de momentos de angústia, ansiedade e pode desenvolver depressão facilmente (Sousa et al, 2006). O receio pela rejeição ou não aceitação ao nível social, a vergonha por não conseguir executar ou concluir atividades devido a incapacidade adquirida, interferem no auto-conceito e auto-estima da pessoa, podendo provocar sentimentos de revolta e frustração, com conseqüente isolamento.

Citando Martins (2006, p.46) *O auto- conceito e a auto - estima são aspetos subjetivos com muita importância na avaliação do bem - estar psicológico.*

O auto- conceito segundo a mesma fonte, considera as crenças e os sentimentos da pessoa acerca de si própria e da forma como vê a sua imagem corporal, a sua personalidade, motivações, objetivos e os papéis desempenhados pelo profissional.

Neste contexto os cuidados de enfermagem direcionaram-se para o incentivo, desenvolvimento de estratégias para aumentar as capacidades da pessoa e família relativamente a motivação, esperança, auto-estima, poder, tolerância ao stress e frustração, melhorar e aumentar as habilidades para enfrentar as situações e solucionar os problemas interpessoais.

As alterações no comportamento da pessoa com AVC e a dependência que provoca em algumas pessoas, também podem comprometer o bem - estar do familiar ou cuidador (Lains et al, 2002). O relacionamento da pessoa doente com o familiar ou pessoa significativa é de extrema importância, constitui a trajetória para o desenvolvimento do construto processual e dinâmico, para a pessoa desenvolver de forma resiliente a capacidade de se recuperar, fazendo frente às dificuldades e lidar positivamente com as adversidades para seguir a sua trajetória de vida (Moreira et al, 2005).

Sendo o AVC uma doença súbita, a alteração dos papéis familiares ocorre num período de tempo reduzido em que a família ou cuidador não se encontram preparados para uma rápida mobilização no sentido de gerir o efeito de crise. A sobrecarga física, emocional e social constitui níveis significativos de stress, ansiedade e depressão no familiar ou cuidador (Lains et al, 2002).

Com alguma frequência na UAVC percebemos a preocupação quer da pessoa quer do familiar ou cuidador, relativamente à mudança. Para algumas pessoas os recursos familiares, económicos e sociais não existem ou são insuficientes. Estes fatores podem impedir ou dificultar alterações na habitação necessárias para permitir ou facilitar a mobilidade da pessoa com sequelas de AVC no espaço físico e consequentemente poderão contribuir para causar ou aumentar a ansiedade à pessoa e à família. É fundamental que o enfermeiro compreenda o contexto familiar através de uma avaliação, tendo em conta que muitas das intervenções de enfermagem são direcionadas para a família, visando a mobilização do seu apoio à pessoa, assim como a alteração de padrões familiares. Para tal o enfermeiro deve recorrer a informações produzidas a partir da teoria, de pesquisas e da

prática clínica para completar a avaliação e intervir adequadamente. O apoio à família ao nível social e psicológico contribui para a melhoria dos resultados.

A prestação de cuidados de forma personalizada à pessoa com AVC e ao familiar ou cuidador com demonstração de interesse, disponibilidade e transmissão de confiança, proporcionou o estabelecimento da relação interpessoal, contribuindo deste modo para a promoção da Saúde Mental. A relação interpessoal visou ajudar a pessoa com AVC a enfrentar os fatores de stress de forma adaptada, para reduzir ou eliminar as consequências negativas. Neste contexto fornecemos informação ao familiar ou cuidador para poder ajudar a pessoa, assim como o seu envolvimento no planeamento das intervenções e encorajamento para participar nas atividades. Sensibilizamos os profissionais de saúde para a prestação de cuidados de forma incentivadora, sensível e humana, com atenção para os fatores psicossociais que podem afetar a saúde e a doença da pessoa, visando a promoção da Saúde Mental e a prevenção da doença.

Qualquer doença mesmo sendo breve, pode suscitar na pessoa a consciência da mortalidade, podendo por isso desencadear alterações ao nível emocional (Moreira, 2005).

Alguns estudos revelam um índice de mortalidade superior em pessoas com depressão após AVC, relativamente as não deprimidas (Siren et al, 2011). O desespero e a dificuldade em ultrapassar o sofrimento são sentimentos expressos pela desesperança e suscetíveis de conduzir à ideação suicida.

Se a DPAVC não se resolve nos primeiros três meses, poderá tornar-se crónica (Kootker et al, 2012). Pelo que, a identificação dos sintomas depressivos na fase aguda do AVC, com intervenção precoce pode impedir efeitos mais graves. Apesar da elevada prevalência da DPAVC e do seu impacto a longo prazo, a depressão não é devidamente reconhecida (Ginkel et al, 2010). De um modo geral, o desempenho profissional é direcionado para a reabilitação física, com grande preocupação em reduzir a dependência nas atividades de vida diária. Mas se a pessoa se encontra triste, deprimida, com sentimentos negativos e de desesperança, não colabora na reabilitação e o insucesso na recuperação física é uma realidade.

O risco para o desenvolvimento da depressão na forma mais grave durante a fase aguda do AVC, é maior nas pessoas mais jovens (Sequeira et al, 2006). Nesta sequência a

pessoa idosa apresenta maior probabilidade para o desenvolvimento da depressão numa fase mais tardia do AVC. Alguns autores consideram que o nível de literacia se encontra associado à depressão no AVC, ou seja, para um nível mais elevado de literacia maior é a probabilidade de desenvolver depressão, devido a consciencialização da situação e ao maior impacto ao nível social e profissional.

O desenvolvimento da alteração emocional numa fase inicial do AVC, coloca a pessoa em risco para a continuidade da depressão, elevando a sua dependência funcional podendo conduzir à morte (Kootker et al, 2012). Existe uma relação bidirecional entre o AVC e a depressão que é explícita na elevada prevalência de depressão na pessoa com AVC e do risco elevado de Acidentes Vasculares Cerebrais em pessoas com depressão (Sequeira et al, 2006).

Quanto à associação da DPAVC e a localização do AVC, alguns autores atribuem a alteração emocional à localização da lesão. Já outros atribuem a causa da alteração emocional à incapacidade da doença física e ao grau de dependência a que ficam sujeitos (Siren et al, 2011). A dimensão e as características da lesão cerebral também podem estar associadas à DPAVC na fase aguda da doença (Terroni et al, 2008).

Apesar da quantidade de variáveis consideradas nos estudos para a DPAVC, o único fator de risco a considerar para o desenvolvimento da depressão é o AVC (Hackett e Anderson, 2008).

Relativamente à perda da qualidade de vida da pessoa com AVC, verifica-se que esse sentimento se expressa de forma diferente de acordo com a idade. Para a pessoa idosa os fatores que interferem na qualidade de vida são a incapacidade, sintomas depressivos, a co- morbidade, a alteração cognitiva e o atraso na recuperação física. Para os mais jovens a impossibilidade em retomar a atividade laboral é um fator acrescentado a alguns dos anteriores, não só pela questão da sobrevivência, mas também ao nível social, de relações sociais e do autoconceito (Terroni et al, 2008). Socialmente e no meio familiar o receio da pessoa em perder o papel ativo na família, ser abandonada pelo cônjuge, a dificuldade em retomar as funções anteriormente desempenhadas, a perda do estatuto e a restrição nos contactos sociais, podem constituir fatores de risco para a depressão.

Para a promoção da Saúde Mental e de acordo com os princípios da prevenção da doença mental, segundo Caplan descrito por Stuart (2001), são aplicados níveis de intervenção para reduzir a incidência do transtorno mental ou a taxa de desenvolvimento de novos casos. Neste contexto refere que para reduzir a prevalência de alterações emocionais é necessário reduzir o número de casos existentes, através da identificação precoce de sinais de alteração emocional, com rastreios e proceder ao tratamento imediato de forma eficaz.

As intervenções para a prevenção da doença mental, têm como finalidade reduzir a gravidade do transtorno emocional, através de atividades de reabilitação (Stuart, 2001). A relação interpessoal e o aconselhamento são intervenções desenvolvidas por profissionais especializados para a prevenção da doença mental, na pessoa e família ou cuidador em risco para o desenvolvimento de alterações emocionais.

O Cuidar com conhecimento aprofundado sobre a pessoa utiliza o saber especializado para lhe proporcionar benefícios essenciais à saúde e garantir a qualidade dos cuidados.

Citando Hesbeen (2000, p.37) o *Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.*

A prestação de cuidados de enfermagem visou a redução do sofrimento da pessoa, a melhoria da capacidade para enfrentar os acontecimentos negativos, para seu benefício e da sociedade. As competências desenvolvidas tiveram como finalidade influenciar positivamente o resultado, através de intervenções realizadas nos momentos de crise, para ajudar a pessoa a enfrentar os fatores de stress de forma adaptada. O desenvolvimento de capacidades nos profissionais de saúde para reconhecimento da doença mental, contribuiu para a promoção da Saúde Mental e prevenção da doença. O processo de enfermagem com as etapas de forma lógica e ordenada, com plano de cuidados personalizados, perspetivou a melhoria do estado emocional da pessoa e apoio ao familiar ou cuidador. As intervenções selecionadas de caráter individualizado, especializado e centrado na pessoa para minimizar o problema até a sua resolução, visaram a promoção da Saúde Mental e a melhoria na qualidade de vida.

A prevenção da depressão com terapêutica anti depressiva, na fase inicial do AVC, pode interferir no processo de recuperação física de algumas pessoas (Terroni et al,

2008). Apesar do tratamento para a DPAVC se centrar nas intervenções farmacológicas, já se verifica alguma tendência para o tratamento com intervenções ao nível emocional. Como exemplo desta teoria são referidos os exercícios de respiração, a meditação, a visualização e a terapia relacional como estímulo, para uma nova maneira de pensar sobre a Saúde Mental (Kootker et al, 2012). Apesar do impacto que o AVC causa à pessoa e família, o seu reconhecimento e as intervenções de enfermagem para a reabilitação em Saúde Mental, ainda não alcançaram a proporção desejada (Ginkel et al 2010).

A realidade profissional permite-nos constatar que após a alta do hospital, algumas pessoas com DPAVC sem acompanhamento em Saúde Mental, tendencialmente apresentam uma quebra na recuperação funcional. Este facto sensibilizou – nos para a necessidade de intervenção. Neste contexto, este projeto teve como finalidade o desenvolvimento de estratégias para o estabelecimento de uma parceria entre os CSP e o hospital, para a continuidade de cuidados de enfermagem em Saúde Mental no domicílio, perspetivando uma resposta adequada às necessidades encontradas, visando a promoção da Saúde Mental ao cidadão, individualmente e ao familiar ou cuidador.

Um estudo sobre o acompanhamento no domicílio por enfermeiros especialistas em Saúde Mental a pessoas que sofreram AVC, revelou que a entrevista motivacional permitiu a pessoa identificar soluções, com apoio e reforço no otimismo e auto- confiança (Ginkel et al, 2010). Consideramos assim o aconselhamento, o apoio e a informação fornecida por enfermeiros especialistas em Saúde Mental à pessoa com DPAVC, no meio ambiente familiar, como o fio condutor para a prática desta teoria.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde⁹ (PNS) a possibilidade de assistir a pessoa com alterações emocionais no domicílio, preserva as suas referências e promove a Saúde Mental. Refere ainda que os CSP possibilitam o acompanhamento, desenvolvimento do indivíduo e família auxiliando-os nas fases mais complicadas das suas vidas.

Intervir com medidas para a prevenção e a promoção da Saúde Mental, com a intenção de restabelecer não só à pessoa doente, mas também os familiares ou cuidadores, pretendemos alcançar o desejado objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, constituindo por isso a nossa finalidade. Com esta atitude perspetivamos melhorar a adesão ao tratamento, reduzir as recaídas e internamentos, visando melhores

⁹ Plano Nacional de Saúde 2007 – 2016. Organização dos Serviços de Saúde Mental em Adultos 08. Avaliação e Garantia de Qualidade.

indicadores na prestação de cuidados de saúde, pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

A valorização das normas que regulam o exercício da responsabilidade profissional, com as atualizações necessárias, desenvolvem estratégias nas políticas de saúde, no sentido da prevenção através da continuidade dos cuidados pelos CSP, direcionados para a pessoa, família e comunidade (Amendoeira 2006). Pretende-se deste modo assegurar a continuidade dos cuidados e proporcionar qualidade de vida à pessoa e à família.

Um estudo realizado por enfermeiros na Austrália, concluiu que as visitas domiciliárias efetuadas por enfermeiros especialistas em Saúde Mental, a pessoas com DPAVC foram bastante positivas (Niall et al 2010). De acordo com a mesma fonte, o facto deveu-se ao estabelecimento da relação de confiança entre o enfermeiro especialista em Saúde Mental e a pessoa, através do desenvolvimento de competências e estratégias para o aconselhamento, a escuta, fornecimento de informações para responder ao pedido de ajuda, promover a esperança e prevenir a depressão.

A utilização de terapias ao nível comportamental deve focalizar a reintegração da pessoa no padrão de vida considerado normal (Sequeira et al (2006). Refere ainda que esta forma de tratamento, direciona-se para o desempenho de habilidades relacionadas com a tomada de decisão sobre a vida da pessoa, com o auto- cuidado, com a capacidade para desenvolver atividades da vida diária e o relacionamento social. Mas para que o desenvolvimento dessas habilidades se torne realidade é necessário que a pessoa reconheça e aceite os comprometimentos físicos e cognitivos (Sequeira, et al 2006).

Na opinião Smith et al (2008) as intervenções de enfermagem para o fornecimento de informação, entrevista motivacional e programas de apoio, apresentam fortes evidências na redução da gravidade da DPAVC.

As intervenções de enfermagem para a continuidade de cuidados requerem o desenvolvimento de estratégias de intervenção comunitária, para a mobilização de respostas adequadas visando a satisfação das necessidades específicas da população. As relações terapêuticas desenvolvidas pela enfermeira e a pessoa perspetivam ajudá-la a utilizar esta capacidade, para interagir de forma eficaz com outras pessoas (Townsend, 2000).

A perspectiva promotora do bem-estar mental e do Cuidar em contexto familiar na comunidade centra-se na dor, no sofrimento da pessoa e família para fazer face às necessidades encontradas, com o intuito de ajudar a superar a angústia, o medo e a insegurança através da continuidade de cuidados (Cordo, 2003). Para tal, o reconhecimento da doença mental por profissionais especializados, através da utilização de instrumentos precisos para avaliação de alterações emocionais, permite dar resposta às necessidades da pessoa para promover a Saúde Mental (Benner, 2001).

A intervenção de forma consciencializada para as dificuldades e possibilidades de reabilitação de pessoas com doença mental, desenvolve-se na informação e esclarecimento para aceitação da mesma com a intenção de reduzir ou eliminar obstáculos prejudiciais à sua reabilitação, contribuindo para a sua independência (Cordo, 2003).

Segundo o PNS¹⁰ a possibilidade de assistir a pessoa com alterações emocionais no domicílio preserva as suas referências e promove a Saúde Mental. Refere ainda que os CSP possibilitam o acompanhamento, desenvolvimento da pessoa e família auxiliando-as nas fases mais complicadas da sua vida.

O desenvolvimento social, cultural, as atitudes e os pensamentos do profissional em relação à comunidade, às pessoas com quem interage e com ele próprio proporcionam o desenvolvimento das competências sociais, como a capacidade de adaptação a várias situações na sociedade, a novas práticas profissionais e a comunicação com contributos para a qualidade dos relacionamentos interpessoais, visando também o comportamento assertivo. (Dias, 2006).

1.4 Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau

Para a abordagem à especialização em enfermagem de Saúde Mental é fundamental a referência ao modelo de Hildegard Peplau, pelo impulso e desenvolvimento que dedicou à profissão e em especial à referida área da especialidade. Peplau promoveu a

¹⁰ Plano Nacional de Saúde 2007 – 2016. Organização dos Serviços de Saúde Mental em Adultos 08. Avaliação e Garantia de Qualidade.

enfermagem fazendo uso das oportunidades existentes, para a educação à população com a adoção de modelos de desempenho de saúde física e mental, sem restrição a hospitais ou instituições. A referida teoria assenta numa relação interpessoal, que estabelece a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa, definindo a enfermagem como um processo significativo e terapêutico em cooperação com outros processos humanos, que viabilizam a saúde na comunidade.

A definição de saúde para Peplau (1992) implica um movimento da personalidade como um processo humano criativo, construtivo, produtivo, pessoal e comunitário. A parceria na relação de ajuda surge como a capacidade de ensinar, motivar e comunicar.

Peplau (1997) contribuiu para o desenvolvimento das relações interpessoais focalizando-se na relação enfermeiro doente, que define como “enfermagem psicodinâmica.” Este conceito segundo a autora refere-se à capacidade para compreender o comportamento da pessoa e ajudar a identificar as dificuldades sentidas, visando a aplicação de princípios de relações humanas, aos problemas na totalidade dos níveis de experiência. Este modelo com o qual nos identificamos, constitui a base da primeira competência do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, referindo-se esta ao desenvolvimento pessoal e profissional adquirido pela experiência e pelos processos de auto – conhecimento, com consciência do que somos enquanto pessoas e enfermeiros.

O enfermeiro através dos seus conhecimentos pode estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, num clima de confiança com papéis assumidos por cada um na relação, de acordo com as necessidades e dificuldades que a pessoa apresenta. Refere a autora que na relação terapêutica a informação, orientação e o esforço das expectativas positivas contribuem para a promoção da esperança com benefícios terapêuticos. Referindo-se ao estado de dependência da pessoa doente, descreve quatro fases da relação terapêutica: orientação, identificação, exploração e resolução.

A orientação é a fase a partir da qual a pessoa procura ajuda do profissional para a necessidade sentida. A pessoa reconhece e compreende o seu problema com a ajuda da enfermeira e determina a sua necessidade de ajuda.

A fase de identificação prevê o desenvolvimento da relação interpessoal, ou seja, a pessoa que ajuda. É fundamental a capacidade do enfermeiro para reconhecer

comportamentos da pessoa, que indiquem necessidades não satisfeitas e proporcionar experiências para promover o crescimento.

A exploração é a fase em que a pessoa procura extrair o máximo do que lhe é oferecido na relação. Nesta fase são expressos o esforço e poder da enfermeira em relação à pessoa, para os novos objetivos a atingir, após o seu reconhecimento pela pessoa.

A resolução refere-se ao momento em que a pessoa adota novos objetivos, desligando-se dos anteriores. Neste processo verifica-se a autonomia da pessoa, libertando-se da identificação com a enfermeira.

Para a relação interpessoal Peplau (1992) descreve seis papéis de enfermagem, para as diferentes fases da relação: papel de estranha, papel de pessoa de recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituta e papel de conselheira. No papel de estranha a enfermeira deve aceitar a pessoa tal como é, considerando a sua capacidade emocional sem fazer juízos prévios.

Como pessoa de recurso a enfermeira fornece informação sobre saúde, como resposta às questões colocadas. O papel de professora refere-se ao conhecimento da pessoa, do seu interesse para adquirir a informação e da sua capacidade para usar a experiência na aprendizagem adquirida.

No papel de líder o processo desenvolve-se democraticamente através de uma relação de cooperação e participação em que a pessoa é ajudada pela enfermeira a cumprir as tarefas. Como substituta permite que a pessoa reative os sentimentos de uma relação anterior através dos comportamentos e das formas de estar da enfermeira. Neste papel a enfermeira tem como função ajudar a pessoa a fazer distinção entre o profissional e a pessoa que é recordada.

A autora enfatiza o papel de conselheira na enfermagem em Saúde Mental, definindo o aconselhamento na relação enfermeira / cliente como a resposta do profissional aos pedidos do cliente. Na relação terapêutica segundo a mesma fonte, a informação, orientação e o esforço das expectativas positivas contribuem para a promoção da esperança com benefícios terapêuticos.

Peplau (1997) define a enfermagem como um instrumento educativo, que utiliza métodos de aprendizagem empíricos para a pessoa e para a enfermeira. Neste contexto a

enfermagem desempenha-se como instrumento educativo, que se projeta na promoção do crescimento da personalidade no sentido criativo, construtivo, produtivo, pessoal e comunitário. Deste modo a prestação de cuidados de enfermagem, efetua-se de forma abrangente, contribuindo para a promoção do bem estar e da educação da pessoa.

2. PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO - PIS

O balanço das competências segundo Jordão, (1997) mencionado por Dias serve de orientação profissional e para reconhecimento das necessidades de formação a colmatar. Refere ainda que o balanço das competências permite refletir sobre a própria pessoa e sobre as experiências adquiridas que poderão servir de orientação para um projeto profissional.

Um projeto é constituído por um plano de trabalho organizado para um estudo que tem como finalidade, a resolução de um problema num contexto (Fernandes, 1999).

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) assenta na prática baseada na evidência, em contexto da prática clínica. A finalidade do PIS foca-se na resolução de problemas em contexto de vivências, através da aquisição de competências numa conjugação entre a teoria e a prática.

Pretende-se com este projeto a integração de equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva, com a intenção de resolver problemas num contexto alargado e multidisciplinar relativo à área de especialização em enfermagem de Saúde Mental, numa colaboração com instituições e profissionais de saúde perspetivando ganhos em saúde, com contributos para a melhoria na saúde global da comunidade.

A Metodologia de trabalho de Projeto utilizada inseriu-se no âmbito académico do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP), servindo como estrutura de base para a sua concretização. A referida metodologia é constituída por um conjunto de técnicas e procedimentos que orientaram o caminho a seguir ao longo do projeto, com uma previsão para a sua finalização.

A metodologia de trabalho de projeto, segundo Guerra, Isabel (1994) refere-se ao conjunto de acontecimentos expressos, que representam de forma antecipada e finalizante um processo de transformação do real.

De acordo com Fortin (1999), a metodologia possibilita a determinação dos métodos a utilizar pelos investigadores, para a obtenção das respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Permite também definir a população e escolher os instrumentos mais adequados para a colheita de dados.

O Trabalho de Projeto visa a intervenção dos investigadores como tentativa para a resolução de um problema original, de forma dinâmica entre a teoria e a prática (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010).

Como características fundamentais da metodologia de trabalho de projeto consideram-se a atividade intencional, a qual prevê a formulação de um objetivo e a variedade de atividades para chegar ao produto final, respondendo ao objetivo inicial com reflexão sobre o trabalho realizado (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010). A iniciativa e a autonomia também são características da metodologia de projeto e referem-se a co - responsabilidade dos intervenientes pelo trabalho e pelas opções ao longo da continuidade das etapas do seu desenvolvimento e normalmente envolve a cooperação de um conjunto de pessoas (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010).

A referida metodologia é constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação; definição dos objetivos; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010).

A primeira etapa do processo surgiu com a identificação do problema, que serviu de base para este documento, efetuando-se a análise dos contextos e dos meios a utilizar para a sua resolução.

2.1 Diagnóstico da Situação

Esta etapa da metodologia prevê a identificação de uma situação problemática sobre a qual se pretende intervir. A análise das necessidades da população e a utilização de recursos disponíveis perspectivam desenvolvimento de estratégias e ações para incentivar o trabalho em equipa (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010).

Trata-se de um processo dinâmico em constante atualização devendo ser efetuado rapidamente para proporcionar uma atuação em tempo útil e permitir a implementação de medidas apropriadas para resolução do problema.

O diagnóstico da situação funciona como padrão comparativo no momento de avaliação, permite fazer o balanço no sucesso ou nos progressos com as medidas implementadas.

Esta etapa para a elaboração do PIS, foi direcionada para a pessoa com sinais de Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) sem acompanhamento em Saúde Mental, após alta da Unidade de Acidente Vascular (UAVC) de um hospital na região sul do país.

O objetivo geral deste projeto foi melhorar a continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio, à pessoa com DPAVC, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da referida região, após alta do hospital.

Existe uma diversidade de métodos para a elaboração do diagnóstico da situação e validação dos problemas que requerem resposta. Neste caso recorreremos a análise SWOT. Este método é apresentado por um quadro subdividido em quadrantes constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. A análise SWOT proporciona a reflexão e a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados para a situação (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010). Neste trabalho consideramos como fatores positivos a possibilidade de garantir a continuidade de cuidados, prevenir a doença mental e promover a Saúde Mental da pessoa com DPAVC e família através do estabelecimento da relação de ajuda, constituindo também uma oportunidade para a concretização dos objetivos do PNSM 2007/2016, relativamente ao estabelecimento da relação de proximidade com a pessoa e família com alteração emocional. O recurso existente, ou seja, a enfermeira especialista em

Saúde Mental da UCC, constitui também na nossa opinião um fator positivo por não implicar custos adicionais.

Como fatores negativos consideramos a dificuldade na articulação de cuidados entre o hospital e a UCC devido a escassez de recursos como consequência da atual crise económico - financeira do país, constituindo este fator uma ameaça ao preconizado pela OMS, relativamente à prioridade em promover a Saúde Mental.

A depressão é a complicação mais grave no AVC (Ginkel et al, 2010). O reconhecimento pelo seu impacto tem sido o foco de atenção para a mudança, numa perspetiva promotora da Saúde Mental e da prevenção da doença.

A constatação da crescente preocupação com a reabilitação física da pessoa com AVC surgiu como um alerta, para a busca de informações sobre o acompanhamento da pessoa em Saúde Mental, após alta da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) do referido Hospital. Esta UAVC é composta por uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte uma psicóloga para o acompanhamento da pessoa durante o internamento, de segunda a sexta- feira.

Relativamente ao acompanhamento de pessoas com Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) após a alta do hospital, em reunião informal com a psicóloga, fomos informados que as pessoas com patologia psiquiátrica grave são referenciadas para a consulta de Psiquiatria do hospital e as restantes referenciadas para a consulta de psicologia da referida instituição. Foi referido também que a adesão à consulta apresenta um número muito reduzido. Segundo a mesma fonte, este facto poderá estar relacionado com a dificuldade na deslocação ao hospital provocada pela incapacidade motora, ao insuficiente suporte familiar ou a falta de motivação da pessoa.

Perante o exposto foi solicitada autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do referido hospital, para a recolha de informação relativa ao número de pessoas seguidas em consulta de Psicologia por DPAVC, após alta da unidade no período de Janeiro à Setembro de 2011.

De acordo com a informação do Departamento de Aplicações do referido hospital, no período em análise, foram internadas na UAVC cento e seis pessoas das quais 2, 12%

do sexo masculino, com idades compreendidas entre os sessenta e dois e sessenta e cinco anos, tiveram acompanhamento em consulta de psicologia após alta do hospital.

Atualmente existem oportunidades de apoio que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades, como por exemplo a Rede de Cuidados Continuados na Comunidade, que intervém com um plano de medidas facilitadoras para superar as dificuldades, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem assim como a prevenção e promoção da Saúde Mental.

Efetou-se pesquisa sobre a temática e encontrou-se um estudo realizado por enfermeiros na Austrália, que evidencia bons resultados relativamente, às visitas domiciliárias efetuadas por enfermeiros especialistas em Saúde Mental, a pessoas com DPAVC (Niall et al, 2010).

Outro estudo sobre a DPAVC revelou que os programas de educação pretendem capacitar a pessoa, para o desenvolvimento de estratégias que promovam a adaptação saudável, para viver com a deficiência e reduzir a intensidade da depressão (Ginkel; Gooskens; et al, 2010). Neste contexto o papel do enfermeiro foi direcionado para a gestão da DPAVC, através de intervenções não farmacológicas mas igualmente eficazes.

Com a intenção de intervir procedeu-se ao desenvolvimento do projeto com estratégias visando a resolução do problema.

De acordo com Benner (2001) para o desenvolvimento da perícia é necessário apurar propostas, hipóteses e expectativas com origem em situações na prática real. Segundo a mesma fonte, a análise efetuada por peritas relativamente a uma situação, com fundamentação e esclarecimento de opções, constitui a base para a tomada de decisão consciente, perspetivando um plano de intervenção. Para tal, o conhecimento prático adquirido pelo tempo associa-se a estratégias para o saber fazer com a intenção de o desenvolver e melhorar. Com base nestes princípios, o contributo dos saberes adquiridos no curso MESMP e o desejo de participar na resolução do problema identificado, através da otimização dos cuidados numa perspetiva holística do saber e do saber fazer, emergiu o tema deste projeto.

Existe uma complexidade na relação entre depressão, ansiedade e a patologia física ou seja, ao nível comportamental e biológico (Burvill et al, 1997). Este facto segundo o autor dificulta a separação das alterações psicológicas da doença física, devido à utilização dos fatores comportamentais, através dos mecanismos de coping inadequados e da baixa adesão terapêutica.

Estima-se em cerca de 15% a 61% a prevalência das perturbações emocionais na doença física (Correia et al, 2009). Segundo a mesma fonte, a ansiedade é a resposta emocional a um estímulo específico como situações, pensamentos e emoções. Já as perturbações depressivas são consideradas pelo autor como reações à desadaptação ao stress ambiental. As características da pessoa, as experiências passadas e a situação atual são uma ameaça que conduz à ansiedade, sendo considerada a base para o possível desenvolvimento da depressão (Correia et al, 2009). Segundo o autor, a deteção de alterações emocionais deve ser efetuada com a utilização de instrumentos mensuráveis.

Um estudo sobre as alterações emocionais no AVC concluiu que o enfoque multidisciplinar sobre o funcionamento físico, recursos humanos insuficientes e a não utilização de instrumentos mensuráveis para a avaliação das alterações de humor, dificultam a prevenção da DPAV (Ginkel; Gooskens; et al, 2010).

O recurso ao apoio de escalas mensuráveis para avaliação das alterações de humor, constitui uma forte contribuição dos enfermeiros especialistas para a prevenção das alterações emocionais (Benner, 2001).

Neste contexto e numa perspetiva do cuidar especializado em enfermagem de Saúde Mental, considerou-se importante a utilização de um instrumento mensurável para a identificação adequada das alterações emocionais. Para tal efetuou-se a seleção do instrumento para a avaliação de sinais de ansiedade e depressão, tendo-se optado pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale, Apêndice 2), por se considerar fiável e de fácil utilização para o autopreenchimento durante a fase aguda da doença.

A Escala de Ansiedade e Depressão – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith (Correia; Barbosa, 2009). Este instrumento para a avaliação de ansiedade e depressão foi especificamente validado para a

população com patologia médica, uma vez que os resultados da avaliação são influenciados pela patologia física. As principais vantagens dos instrumentos de auto-avaliação centram-se na facilidade da sua aplicação e no facto da pessoa ser a única fonte que experimenta o objeto do estudo, sem influência de quem a aplica (Correia et al, 2009).

Uma das desvantagens deste método é o sentido de oportunidade, ou seja, a resposta da pessoa de forma premeditada na tentativa de obtenção de ganhos secundários.

A impossibilidade de aplicar o instrumento a pessoas iletradas é outra desvantagem (Correia et al, 2009). Os itens incluídos nesta escala baseiam-se apenas nos sintomas psíquicos, excluindo os sintomas que se relacionam simultaneamente com a perturbação física como vertigens, cefaleias, insónia e fadiga.

A eficácia da HADS foi demonstrada por Johnston (2000), ao justificar que a medição da sintomatologia ansiosa e depressiva está relacionada em grande parte, com o facto dos possíveis fatores que se confundem, encontrarem-se controlados devido a sintomatologia física (Correia et al., 2009).

A HADS descrita por Correia et al, (2009) é constituída por duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra que mede a depressão, contendo cada uma sete itens. A classificação das duas escalas é feita separadamente e os itens variam numa escala ordinal de zero (inexistente) a três (muito grave) considerando-se níveis significativos para a patologia, quando a soma das duas parcelas é superior a oito. A construção da escala de acordo com os referidos autores assenta numa base teórica, confirmada por uma análise estatística psicométrica.

A sua validação para português foi efetuada por Pais Ribeiro em 2006 (Correia; Barbosa, 2009), em pessoas com patologia médica para validade do conteúdo, critério, constructo, fiabilidade, sensibilidade entre populações e para a validade da sensibilidade à mudança.

A HADS segundo Correia et al (2009) é o único instrumento desenvolvido, com especial atenção para avaliar a ansiedade e a depressão na população com patologia física, validado para a população portuguesa.

A continuidade de cuidados pretendida insere-se no projeto *Sinergias no Cuidar*, implementado pela enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria da UCC, não importando por isso custos adicionais.

2.2 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)

A iniciativa e a tomada de decisão para a mudança com a implementação do projeto, foram acolhidas positivamente pela equipa da UAVC e pelas instituições implicadas que demonstraram a sua disponibilidade e vontade em cooperar de forma motivadora para a sua concretização.

Com o problema identificado e visando a concretização do projeto com as etapas a ele inerentes, procedeu-se à etapa do planeamento. Nesta etapa é efetuado o levantamento dos recursos a utilizar, são definidas as atividades a desenvolver, assim como os meios e as estratégias a utilizar de acordo com os objetivos propostos (Ruivo, A; Ferrito, C., 2010).

De acordo com Fortim, (1999) o objetivo das estratégias consiste na utilização dos recursos de forma eficaz e na articulação entre os elementos que integram o projeto.

Visando a oportunidade de intervenção com a definição de atividades, foi proposta a elaboração de um protocolo de parceria entre o hospital e a UCC na região no sul do país.

Segundo Nunes, (2007) o desenvolvimento de capacidades para analisar e implementar resultados de investigação contribuem para a evidência, com o objetivo de resolver problemas tendo em consideração os aspetos sociais e éticos.

Foi solicitada à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do referido hospital, autorização para a aplicação da HADS, na UAVC.

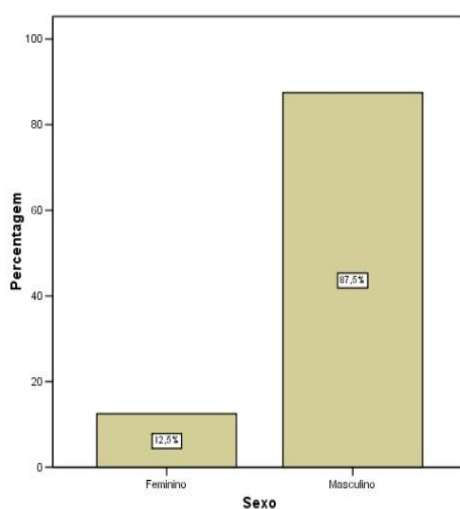
A aplicação da HADS efetuou-se na UAVC com o consentimento do utente, após esclarecimento da natureza do projeto, seus objetivos e modo de participação.

O consentimento esclarecido segundo Fortin, (1999) é um princípio ético, através do qual o investigador solicita a participação voluntária dos sujeitos depois de informados sobre as vantagens e dos possíveis inconvenientes do estudo.

Foi demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas no preenchimento da escala e respeitada a vontade da não participação, tendo sido informado a pessoa que não seria penalizado por recusar participar. Foi respeitada a privacidade da pessoa durante o preenchimento da HADS, assegurados o anonimato e a confidencialidade dos resultados, tendo estes sido utilizados unicamente para este projeto. Pretendeu-se deste modo garantir o consentimento informado, espontâneo e esclarecido de cada participante. A aplicação do instrumento efetuou-se em ambiente hospitalar, na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) de um hospital numa região no sul do país.

A amostra foi constituída por dezasseis participantes com idades compreendidas entre os quarenta e os setenta e dois anos. As dificuldades encontradas para constituir a amostra tiveram em conta o estado clínico da pessoa e a falta de vontade da mesma em não participar no estudo, o que não permitiu um número superior de pessoas. Da constituição da amostra 87,5% correspondem ao sexo masculino e 12,5% correspondem ao sexo feminino como apresentamos na Figura 1.

Figura 1- Representação da população por género.



A escala foi aplicada em pessoas internados na UAVC do referido hospital, de Janeiro a Abril de 2012. Como critérios de inclusão consideramos as pessoas conscientes, orientadas e com capacidade para o auto preenchimento da referida escala.

Foram excluídas da amostra as pessoas com Acidente Vascular Cerebral em presença de estado comatoso. As pessoas com alteração do estado de consciência, desorientação ou confusão, afasia, comprometimento da linguagem em grau moderado ou grave, demência, surdez severa, hemianopsia e história de doença psiquiátrica também não foram incluídos no estudo.

2.3 Implementação do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)

Esta etapa da metodologia de projeto prevê a realização das atividades planeadas para a sua concretização. Para tal surge a necessidade de pesquisar dados, informações e documentos relacionados com a distribuição de tarefas e gestão de tempo previamente estabelecidos. A execução é a etapa da transformação do real mental para a concretização do produto final construído, através da eficácia dos princípios orientadores e mobilização dos recursos humanos e materiais (Nogueira, 2005).

A elaboração e a execução de um Projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação – ação que deve ser simultaneamente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto, uma produção intelectual (Nogueira, 2005, p.84).

De acordo com as realidades apresentadas efetuou-se colheita de dados no âmbito teórico, em contexto social, político, cultural e institucional.

Foram discutidas com as equipas as fontes de informação e os dados da aplicação do instrumento de avaliação, com a finalidade de resolver o problema levantado.

Em contexto da UAVC, a prestação de cuidados com o foco de atenção na ansiedade acentuou a preocupação pelo bem-estar emocional da pessoa. Escutar a pessoa, foi uma intervenção de enfermagem associada às intervenções selecionadas para o foco de

ansiedade. Foi demonstrada disponibilidade para a escuta, transmitida confiança na relação estabelecida com a pessoa e família. A reação das pessoas na primeira abordagem ao nível emocional foi variável. Algumas mostraram-se revoltadas, com desesperança, referindo impaciência para a recuperação física, apresentando-se pouco comunicativos. Com a continuidade dos cuidados a relação interpessoal foi-se estabelecendo e a solicitação de ajuda também foi visível.

Foi sensibilizada a equipa, para os ganhos em saúde para a pessoa com o estabelecimento da parceria e motivada para atingir o objetivo proposto.

A participação de todos os elementos no processo de desenvolvimento do projeto, proporcionou a troca de experiências contribuindo assim para a formação e para a aprendizagem.

As intervenções de enfermagem planeadas com os recursos existentes, para dar resposta às necessidades em cuidados especializados, basearam-se no processo de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), Versão Beta 2. De acordo com a CIPE a ansiedade na pessoa refere-se ao auto-conceito do bem-estar físico, emocional e espiritual. Neste contexto, o diagnóstico de enfermagem baseou-se no estado emocional da pessoa, para atribuição de intervenções relativas à angústia, ansiedade ou depressão no sentido de encorajar a comunicação expressiva das emoções, o auto-controlo da ansiedade e registados na carta de alta de enfermagem da UAVC, visando a promoção da continuidade dos cuidados em Saúde Mental.

Apesar do interesse e motivação demonstrados, e do nosso papel ativo para o estabelecimento de uma parceria com a UCC, a sua concretização não se efetivou. A ausência da consecução do objetivo traçado, foi devida à indisponibilidade da enfermeira especialista da referida unidade. As tentativas de encaminhamento a título experimental de pessoas com depressão pós AVC, também não tiveram o sucesso esperado pelo mesmo motivo.

2.4 Apresentação dos Resultados

A aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em pessoas com AVC internadas na UAVC teve como finalidade, a identificação das necessidades de cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental.

Para melhor compressão da realidade da população afetada, o seu envolvimento e colaboração contribuíram para o reconhecimento e argumentação da necessidade de intervenção, para alcançar o objetivo da etapa de diagnóstico deste projeto.

Dos dezasseis participantes 68,75% como representado na figura 2, apresentaram sinais de depressão, correspondendo deste modo a um nível significativo de Ansiedade/Depressão.

Figura 2 – Representação dos resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).



Os dados obtidos com a aplicação da HADS na UAVC, proporcionaram a evidência de sinais de ansiedade e depressão com maior incidência no sexo masculino, principalmente em pessoas mais jovens.

Apesar de alguns participantes terem referido que mantinham a mesma motivação para as atividades de lazer, de um modo geral a análise dos resultados do instrumento,

mostrou algum receio relativamente ao futuro, às relações familiares e aos contactos sociais.

Estes resultados estão de acordo com os estudos referidos na análise do problema, relativamente às alterações emocionais em pessoas com AVC e da necessidade de intervenção em Saúde Mental.

Apesar de não ter sido satisfeita a necessidade pela qual nos propusemos intervir, as intervenções realizadas demonstraram uma mudança no comportamento dos profissionais, visaram a promoção da Saúde Mental e a prevenção da doença, o que consideramos positivo.

2.5 AVALIAÇÃO DO PIS

Na dinâmica do projeto está implícita a reflexão sobre a ação e sobre a tomada de decisão ao longo do seu percurso (Nogueira, 2005). De acordo com o autor, a avaliação implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos na concretização do projeto.

Pretende-se nesta etapa dar a conhecer a relação entre o problema identificado e o projeto, a gestão dos recursos e os meios utilizados para atingir os objetivos propostos.

A avaliação dos resultados esperados relativamente à aprendizagem para a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências têm maior incidência nesta etapa. De acordo com Leite et al (1989) a avaliação é contínua efetuando-se ao longo do desenvolvimento do Projeto. Esta avaliação possibilita a retrospeção que permite modificar o que foi estabelecido inicialmente, facilitando a redefinição da análise da situação, elaboração de novos objetivos e seleção de outros meios para análise dos resultados (Carvalho et al, 2001).

Apesar dos esforços na gestão de tempo para o desenvolvimento das etapas no tempo discriminado, o atraso na solicitação e autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do hospital, dificultaram a obtenção dos elementos necessários para o início do estudo no tempo previsto. A necessidade de cumprimento do prazo para entrega do relatório de Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), condicionou a aplicação

do instrumento HADS, tendo sido limitada a sua aplicação para o período de Janeiro a Abril de 2012 com conseqüente redução na amostra.

Segundo Nunes, L; Ferrito, C; Ruivo, A., (2010), na metodologia de projeto as necessidades surgidas para a obtenção e análise de informação seguem uma dinâmica que permite a adaptação e reorientação dos procedimentos desenvolvidos ao longo do trabalho. Neste sentido, a cooperação de profissionais para a colheita de informação com vista a resolução do problema original é fundamental.

As sequelas de AVC como alterações na imagem e na fala podem afetar a auto-estima e desencadear ansiedade. Como principais perturbações são referidas a auto - estima negativa, perturbações emocionais originadas pela incapacidade física e cognitiva a que ficam sujeitos.

A experiência da doença para algumas pessoas é sentida de forma arrasadora, para outras é vista como um desafio a superar ou sentida como uma punição por algum comportamento que julgam incorreto.

Segundo o relato de algumas pessoas internadas na UAVC por Acidente Isquémico Transitório (AIT), apesar de não ficarem com sequelas físicas, o facto de terem vivenciado a experiência, esta surge como uma ameaça, provoca medo em relação ao futuro e desconforto devido à mudança, relativamente à adoção de hábitos de vida saudáveis, podendo contribuir para alterações emocionais.

Embora a ocorrência da depressão seja semelhante no início, durante e na continuidade da doença, a fase aguda do Acidente Vascular Cerebral é considerada como uma fase importante relativamente à depressão (Hackett referido por Siren, 2008).

Partilhando a mesma opinião é salientado por Kootker et al, (2012) a possibilidade da fase aguda do AVC e a conseqüente comorbilidade na fase crónica, como responsáveis pelas alterações emocionais.

A intervenção de forma consciencializada para as dificuldades e possibilidades de reabilitação de pessoas com doença mental, desenvolve-se na informação e esclarecimento para aceitação da mesma com a intenção de reduzir ou eliminar obstáculos prejudiciais à sua reabilitação, contribuindo para a sua independência (Cordo, 2003).

Os relatos de pessoas com AVC e que apresentavam humor deprimido, expressaram a insatisfação pelo acontecimento, referindo alguns que o sofrimento teria uma duração mais curta, se não tivessem sobrevivido ao AVC. Outros culpabilizam-se por não terem cumprido a terapêutica ou por não praticarem hábitos de vida saudável. Houve quem tivesse referido: “ preferia ter morrido, viver com uma incapacidade e depender de outros... a vida já não tem o mesmo sentido.

A ansiedade pode traduzir-se num estado emocional transitório, como resposta à situação de doença física, tendendo para o agravamento em alguns casos e se não forem tomadas as devidas precauções poderá evoluir para a depressão (Cordeiro, 2001).

Apesar das estratégias utilizadas para a implementação do PIS, os objetivos propostos não foram atingidos, tendo constituído este fator uma limitação do estudo. As pessoas com alterações emocionais internados na UAVC, não foram encaminhados para os CSP para acompanhamento em Saúde Mental no domicílio, como previsto. A ausência da sua consecução foi devida a escassez de recursos humanos da UCC, com consequente indisponibilidade no momento, da enfermeira especialista em Saúde Mental, o que não permitindo o estabelecimento da parceria entre a UAVC e a UCC, coexistindo no entanto, a oportunidade de desenvolvimento da articulação dos cuidados para o futuro.

2.6 Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados permite dar a conhecer o projeto, os resultados obtidos com a sua implementação, e o percurso efetuado para a resolução do problema. Esta etapa permite também dar a conhecer os esforços realizados, fornecer informação científica, sensibilizar profissionais para a resolução do problema identificado, revelar os aspetos negativos e as limitações do estudo.

Os contratemplos imprevistos nesta etapa não possibilitaram a resolução do problema identificado, ou seja, a concretização do projeto, tendo sido comprometidos os objetivos propostos. No entanto os esforços e a motivação para o estabelecimento da parceria com a UCC mantêm – se, visando a sua concretização. Contudo, o percurso para o desenvolvimento do projeto, as expetativas, a aquisição de conhecimentos e competências,

assim como o reconhecimento de críticas construtivas, a análise e aceitação de atos considerados incorretos, contribuiram para a melhoria de projetos futuros.

Para divulgação do projeto à equipa multidisciplinar da UAVC, optamos pela formação em serviço para apresentação do desenvolvimento das etapas, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, com utilização de meios audiovisuais. Para divulgação aos pares e alertar quer para a problemática existente, quer para a necessidade de intervenção na temática, elaboramos um artigo que apresentamos em Apêndice 1 e um poster que apresentamos no congresso da Sociedade Portuguesa do AVC no Porto.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS

A evolução da sociedade portuguesa de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) e referido por Nunes (2007) tornou-se mais exigente, relativamente à satisfação de níveis de saúde e criou expectativas de acesso a cuidados de enfermagem com qualificação técnica, científica e ética. De acordo com a autora, as exigências nas mudanças ao nível das qualificações profissionais devem-se à crescente evolução nas carreiras de enfermagem e os seus reflexos são evidentes no ensino e nas práticas dos cuidados.

De acordo com o regulamento das competências comuns,¹¹ o aprofundamento nos domínios das competências do enfermeiro dos cuidados gerais, suscita o domínio das competências clínicas especializadas, sendo estas aplicáveis em contexto de cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

Define a OE as competências comuns do enfermeiro especialista como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade.” Ainda segundo a mesma fonte, essas competências devem ser demonstradas pela elevada capacidade de “conceção, gestão e supervisão de cuidados” e pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” Neste contexto e de acordo com a mesma fonte, o domínio das competências

¹¹ Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 5 de Maio de 2010. Aprovado em Assembleia geral de 29 de Maio de 2010.

especializadas envolvem dimensões relativas a educação da pessoa e pares, de orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade na investigação, visando o progresso e a melhoria da prática de enfermagem.

O conceito de competência refere-se a características individuais para potencialidades, habilidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados, conhecimentos gerais e especializados através dos quais o enfermeiro realiza de forma autónoma inúmeras atividades, que se designam por cuidados de enfermagem (Benner, 2001). Ou seja, todas as pessoas são detentoras de habilidades que se desenvolvem ao longo da vida e transformam o conhecimento em ação para o desempenho pretendido. Contudo a avaliação e descoberta de qualidades, comportamentos, valores, defeitos e a identificação de lacunas na aquisição de conhecimentos, implica auto- reconhecimento das competências (Dias, 2006).

O percurso académico surge como uma referência para o constante crescimento pessoal e profissional numa sobreposição à aquisição das competências de mestre em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que incluem o domínio das competências comuns, de acordo com o Regulamento das Competências da OE¹² relativamente a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste contexto procedemos a análise de cada uma das competências específicas e de mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

3.1 Análise das Competências Específicas

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Saúde Mental,¹³ os cuidados de enfermagem especializados, com reflexão crítica, direcionaram-se de forma equitativa com intervenções ao nível psicoterapêutico,

¹² Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 4.º, Ordem dos Enfermeiros.

¹³ Ordem dos enfermeiros. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Aprovado por unanimidade em Assembleia Geral extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, família, grupos sociais mais vulneráveis ou mais isolados.

As qualificações em enfermagem no âmbito das suas funções quer gerais, quer especializadas, devem ampliar e aprofundar os conteúdos, produzir conhecimentos científicos, incidir sobre a preservação da saúde e prevenção das doenças.

A preocupação em manter os conhecimentos científicos atualizados suscitou investimento pessoal para a sua aquisição, visando o crescimento profissional.

O Cuidar em enfermagem requer aquisição de conhecimentos, habilidades e motivação para responder adequadamente às necessidades da profissão (Benner, 2001).

Todo o percurso do mestrado foi acompanhado por pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca do IPS/ESS e por bases de dados científicas. O conteúdo teórico do mestrado contribuiu para colmatar a necessidade de auto conhecimento, desenvolver e aprofundar competências em contexto de interação com a pessoa, família e comunidade, como forma de valorizar a auto- formação ao nível profissional e pessoal. A publicação e a transmissão dos conhecimentos produzidos contribuem para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, para partilha da experiência e transmissão de conhecimentos, foi elaborado um artigo relativo ao PIS.

Como reforço ao que foi fornecido em contexto académico, referimos a participação em formações, como o modelo de Gestão de Caso, realizado no Centro de Saúde. Esta formação teve como finalidade dar a conhecer o referido modelo, assim como o histórico da sua implementação, as dificuldades sentidas, os esforços para as superar e o sucesso alcançado.

Especificamente, a abordagem relacionou-se com a dependência relativamente ao consumo de droga e bebidas alcoólicas, direcionada para a instituição onde se realizou a formação. A partilha da experiência, da prática da equipa multidisciplinar do modelo implementado, foi esclarecedora para os benefícios da sua utilização quer para a pessoa, quer para a instituição, pelos resultados obtidos considerados relevantes. Com este modelo foi demonstrada a necessidade de cooperação e envolvimento entre a equipa multidisciplinar com respeito e reconhecimento mútuo pelas competências de cada um, e a

pessoa no sentido de dar resposta às suas necessidades, motivar, promover a aceitação e responsabilidade pela própria saúde através da prevenção proporcionada pela intervenção comunitária. A implementação do modelo permite a equipa especializada articular-se para proceder ao diagnóstico, avaliação, planeamento, implementação, coordenação, monitorização de serviços e recursos de que as pessoas necessitam, fornecer-lhes o conhecimento do que há para lhes “oferecer,” proporcionando assim o acesso aos serviços de saúde e o seu uso de forma mais adequada com custos mais reduzidos.

O contexto da relação terapêutica permite o estabelecimento de uma parceria com a pessoa, com respeito pelas suas capacidades, sendo o enfermeiro uma referência no processo de ajuda fundamental para a confiança e autonomia com o objetivo de reduzir as recaídas, melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os consumos (drogas, bebidas alcoólicas). O modelo de Gestão de Caso dá visibilidade de melhores indicadores do trabalho produzido pelos enfermeiros, proporcionando cuidados de saúde com qualidade.

Para promover a Saúde Mental, em contexto de estágio, a participação em sessões de Terapia do Riso e técnicas de relaxamento, pela receptividade e motivação dos participantes, proporcionaram a demonstração de afetos e partilha de experiências. Neste contexto, para responder às necessidades da pessoa em Saúde Mental, as competências desenvolvidas visaram o estabelecimento da relação interpessoal, para aconselhamento, com incentivos e valorização das capacidades da pessoa.

A participação numa formação sobre anorexia, realizada pela equipa multidisciplinar do hospital conduziu à reflexão sobre a relação terapêutica e a equipa multidisciplinar. A anorexia é uma alteração emocional que pode induzir muitas jovens ao suicídio, continuando a requerer toda a atenção dos familiares e técnicos especializados. O tema foi abordado com a apresentação do caso de uma adolescente internada por doença orgânica, pelo facto dos familiares não aceitarem o transtorno emocional. A intervenção da equipa multidisciplinar orientou o seguimento em terapia familiar e os resultados obtidos corresponderam as expectativas do tratamento pretendido.

Na UAVC foi relevante o contributo da aquisição de conhecimentos e competências através do desenvolvimento de capacidades para interagir de forma particular, com a pessoa e a família, com o objetivo de contribuir pessoalmente na procura e satisfação de uma necessidade de ajuda do outro/família.

O contacto com familiares e pessoas com alteração emocional após AVC permitiu a aquisição de respostas, de significados e comportamentos para enfrentar situações problemáticas. A relação estabelecida com informação e esclarecimentos relacionados com a situação atual, pretenderam que a pessoa reconhecesse a perturbação emocional como consequência da doença física, para facilitar a adesão terapêutica e a organização relativamente à família, situação laboral e social perspetivando uma recuperação mais rápida. Neste âmbito foi adotado um modo de ser e comunicar, com atitude compreensiva, sem crítica ao comportamento quer da pessoa quer da família, refletindo sobre as limitações e motivações para a atitude terapêutica, para o estabelecimento da relação para promover o crescimento, desenvolvimento, maturidade, funcionamento de capacidades para a pessoa enfrentar a vida.

O princípio da enfermagem em Saúde Mental resulta da crença, a partir da qual todo o comportamento tem uma finalidade (Taylor, 1992). Como tal refere a autora que a importância que a enfermeira atribui ao seu significado e ao comportamento da pessoa permitem identificar a necessidade a satisfazer.

O estabelecimento da relação terapêutica pode ser influenciado por fatores interpessoais complexos, como a transferência e a contratransferência. As expectativas, crenças e respostas emocionais da pessoa refletem-se na relação terapêutica através da gestão de comportamentos de transferência e contra- transferência.

Ao transmitir compreensão pelo comportamento da pessoa, e o valor que se lhe atribui, é demonstrada a vontade da enfermeira para a ajudar a resolver o problema identificado. A comunicação, disponibilidade, a confiança transmitida e a compreensão, foram estratégias utilizadas para gerir comportamentos de transferência, demonstrados pela desconfiança da pessoa relativamente ao terapeuta, face às expectativas dos benefícios oferecidos pelo profissional ou pelo receio de ser desvalorizada, por não corresponder as expectativas na relação terapêutica. No entanto a tolerância do profissional para atitudes menos corretas, ou até mesmo incorretas pode estar a transmitir a ideia, de que a pessoa não é suficientemente importante, para que o profissional estude o seu comportamento na perspetiva de o ajudar, com conseqüente perturbação na relação terapêutica (Taylor, 1992).

Relativamente ao assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupo e comunidade, a prestação de cuidados de acordo com o previsto para o desenvolvimento

destas competências, direcionou-se para a prevenção da doença e para a promoção da Saúde Mental, numa colaboração com a equipa multidisciplinar através da receção, triagem e diagnóstico.

Ao nível comunitário, o desempenho das competências adquiridas, refere-se ao acompanhamento no domicílio de pessoas com necessidades de intervenção em Saúde Mental, identificada pela colheita de dados. Neste contexto, destacamos casos em seguimento periódico, como o de uma jovem com doença bipolar, com Insight, discurso coerente e bastante elaborado, relatou parte da sua história, as dificuldades sentidas na adolescência relativamente à interligação ao meio escolar, ao convívio social, por se sentir incompreendida, sem identificação com o grupo, sentindo-se de certa forma marginalizada. O ambiente familiar constitui mais um fator de agravamento para o distúrbio mental, pelos acontecimentos familiares relacionados com o falecimento da mãe. Embora a viver com o pai, sendo este reformado por sequelas de AVC, a pessoa referiu sentimentos de desamparo, abandono, com crescente dificuldade na interligação social, isolando-se no domicílio, sem motivação para cuidados na aparência pessoal, nem para tarefas domésticas. As competências desenvolvidas proporcionaram a prestação de cuidados, perspetivando a ajuda à pessoa, para o desenvolvimento de um nível mais elevado de maturidade face a situação da doença, concedendo-lhe capacidades para enfrentar os problemas recorrentes da vida.

Outra situação identificada refere-se ao acompanhamento no domicílio de uma pessoa idosa, referenciada por tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa com plano de execução. Inicialmente a pessoa encontrava-se com humor deprimido, pouco comunicativa, negativista, desmotivada e com recusa alimentar.

A comunicação na relação interpessoal com intenção de transmitir uma mensagem pressupõe a utilização de uma linguagem apropriada, de forma direta, sincera, sem rodeios (Townsend, 2000). Segundo a mesma fonte, a comunicação não-verbal, subjetiva, sublinha as expressões faciais ou o posicionamento físico adequados à situação.

A comunicação terapêutica e os modos de escuta foram utilizados intencionalmente para identificar a necessidade de ajuda, devido a dificuldade da pessoa em partilhar as suas preocupações e necessidades. O toque foi utilizado para reconfortar a pessoa e como meio de comunicação para a abordagem terapêutica. Com o desenvolvimento da relação

terapêutica, o toque foi substituído pela comunicação verbal. O desenvolvimento da relação de ajuda neste caso permitiu a elaboração de um plano de cuidados em Saúde Mental, com intervenções e atitudes centradas na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação para dar resposta às necessidades da pessoa.

A preocupação com a localização, o ambiente confortável, sem interrupções, com respeito pela privacidade da pessoa e a abordagem em tom de voz adequado, contribuíram para efetivar a comunicação de forma mais adequada, nas situações referidas.

O centro de atenções na relação terapêutica é a pessoa, competindo ao profissional a capacidade para identificar de forma empática o pedido de ajuda e ajudar a pessoa a trabalhar os seus sentimentos com a situação controlada pelo enfermeiro (Neeb, 1997).

O estabelecimento da relação de ajuda com as pessoas, permitiu reconhecê-las com as suas especificidades e interações no meio ambiente onde se encontravam inseridas. A ajuda perspetivou o desenvolvimento de capacidades para utilizar recursos pessoais para superar dificuldades, participar de forma ativa no processo terapêutico, com distinção de papéis de cada interveniente na relação.

O envolvimento e interesse demonstrados pelo profissional, num entendimento com a pessoa numa atitude não crítica, permitem a obtenção da informação pretendida e a adesão ao tratamento como o preconizado para a entrevista motivacional.

O desenvolvimento de estratégias para colocar os intervenientes à vontade, com reconhecimento do problema que afeta a pessoa permite estabelecer a relação, num equilíbrio de papéis para a escuta, na qual o profissional demonstra a sua utilidade como especialista e com autoridade (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

A participação informal em reuniões semanais com a equipa multidisciplinar da UCC, com o envolvimento e estabelecimento da comunicação efetiva das equipas, a partilha de informação, de experiências, constituíram momentos de formação, para a promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem de forma equitativa e com qualidade.

Relativamente ao desenvolvimento de projetos, no PIS foram desenvolvidas competências para a coordenação, implementação do projeto visando a promoção da Saúde

Mental e a prevenção da doença. Neste contexto, para deteção de sinais e sintomas de ansiedade/ depressão, foi aplicada a escala de HADS na UAVC após autorização da comissão de ética e da respetiva instituição.

Os resultados obtidos coincidiram com a perceção do problema identificado, confirmando a necessidade de intervenção, relativamente ao encaminhamento de pessoas com depressão pós AVC, para acompanhamento no domicílio pela equipa de intervenção comunitária em Saúde Mental.

Na UAVC o desenvolvimento de competências teve como finalidade, aumentar a flexibilidade nas fronteiras familiares, incentivar a aceitação à mudança com divulgação dos recursos físicos e humanos existentes, de modo a reduzir fatores stressantes à família/ cuidador da pessoa com AVC, devido à alteração/ ajustamento da vida familiar, social e económica perante a doença súbita e incapacitante evitando o disfuncionamento familiar.

Para dar visibilidade dos cuidados de enfermagem em Saúde Mental, realizados à pessoa internada na UAVC, procedeu-se à utilização do aplicativo SAPE, com intervenções em linguagem CIPE, para identificação e registo de perturbação emocional.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), os cuidados de enfermagem são definidos como o exercício profissional centrado na relação interpessoal entre enfermeiro, pessoa ou entre enfermeiro e família ou comunidade.

O estágio proporcionou também a participação em atividades psicoeducacionais, como contributo para o desenvolvimento de competências relativamente à coordenação e educação de pessoas, famílias e comunidade para proteger e promover a saúde e prevenir doenças.

O Plano Nacional de Saúde Mental¹⁴ (PNSM) para a promoção e melhoria da Saúde Mental em Portugal, visa o acesso equitativo nos cuidados de qualidade a todas as pessoas com perturbações emocionais, com especial atenção para as que pertencem a grupos vulneráveis. Para tal, pretende contribuir para a promoção da Saúde Mental das populações e reduzir o impacto das perturbações mentais.

¹⁴ Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Para dar resposta às necessidades da população, principalmente de grupos vulneráveis, foram desenvolvidas ações de sensibilização na comunidade, efetuados programas de prevenção e promoção.

Neste âmbito e para responder às necessidades encontradas direccionamos a nossa participação para sessões de terapia do riso a diferentes grupos etários, formação sobre educação sexual dirigida a um grupo de etnia cigana do sexo feminino. Elaboramos também um trabalho sobre a Violência no Namoro, direccionado para estudantes adolescentes de uma escola secundária. As intervenções integraram-se no contexto cultural específico e com estratégias preventivas considerando as especificidades de cada grupo e comunidade.

De acordo com os Padrões de Qualidade ¹⁵ a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental, pela sua especificidade inclui a excelência relacional, a mobilização do enfermeiro como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais no processo de Cuidar a pessoa, a família, o grupo e a comunidade durante o ciclo vital. Mas para que exista sentido na intervenção, esta tem que estar integrada no âmbito cultural específico e com estratégias preventivas em consideração às especificidades de cada comunidade (Moreira et al, 2005).

A comunicação é um processo essencial para a compreensão e partilha de mensagens. Assim, a influência do comportamento das pessoas envolvidas e em interação permite definir metas, objetivos a serem atingidos pela pessoa e pela equipa em conjunto. Pretende-se assim ajudar a pessoa a sentir-se como um ser humano, capaz de resolver os seus problemas, útil, com auto-estima, com valor pessoal e para melhorar o seu relacionamento com o outro num clima de confiança.

A participação de forma ativa nas referidas atividades contribuiu para a perceção da interação com o outro (utente), numa relação de envolvimento como necessidade de cooperação entre as partes, com respeito pela pessoa, respondendo às suas necessidades, de forma motivadora, visando a promoção, aceitação do diagnóstico e responsabilidade pela própria saúde através da prevenção pela intervenção comunitária.

¹⁵ Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Anexo. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Enquadramento Conceptual da Área de Especialidade. Ordem dos Enfermeiros, AG extraordinária 22.10.2011.

Nas referidas atividades, as estratégias utilizadas, a disponibilidade demonstrada para escutar, o incentivo, a motivação, o empowerment atribuído, permitiram que as pessoas demonstrassem uma atitude participante e cooperante, procurando retirar o máximo de ganhos do que lhes foi oferecido de forma emocional, com bons resultados para os cuidados prestados na área especializada em Saúde Mental e Psiquiatria na Comunidade.

O desenvolvimento de estratégias de intervenção comunitária, com a mobilização de respostas adequadas, visou a satisfação das necessidades específicas da população.

A qualidade dos cuidados prestados implica trabalho de equipa de forma integra, responsável, que vise o bem - estar da pessoa, com respeito pelos seus direitos, pelo seu sofrimento, necessidades, opiniões, pelo seu espaço, tempo e ritmo, contribuindo para reduzir o estigma, a discriminação e melhorar a competência social (Cordo, 2003).

... o objetivo dos cuidados consiste, em primeiro lugar em ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades de maneira ótima para atingir um melhor estado de saúde e levá-la em seguida a reencontrar a sua independência face às suas necessidades (Phaneuf, 2001, p. 41).

Valorizando a singularidade das situações no seu contexto, numa perspetiva do bem – estar da pessoa, prestaram-se cuidados de enfermagem sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. As intervenções realizaram-se de forma esclarecida e consentida, respeitando o direito à informação e a privacidade, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. As visitas domiciliárias permitiram o estabelecimento de uma relação de confiança entre a pessoa e o profissional num compromisso normalmente assumido por ambos. Pretendeu-se deste modo desenvolver a capacitação da pessoa, no sentido de facilitar a sua decisão sobre a evolução da doença de forma responsável, tendo em vista a melhoria progressiva.

A relação de ajuda estabelecida permitiu reconhecer o outro, com as suas especificidades e interações no seu meio ambiente, numa perspetiva de ajuda para a autoconsciência, com incentivo para a utilização dos seus recursos pessoais para superar as dificuldades.

A relação de cuidados tem origem no encontro com o “outro” (utente), que se apresenta vulnerável e com necessidade de cuidados (Deodato, 2008).

A análise consciente do problema identificado em cada situação fundamentou a tomada de decisão, para planejar as intervenções de forma objetiva e compreensiva da situação global. Para cada caso a relação estabelecida foi determinada pela situação real, a partir da qual se estruturou a abordagem com intenção de responder de acordo com o pedido.

Segundo Dias (2006) de acordo com Goleman (2000) no relacionamento com a pessoa a empatia e a capacidade para inspirar confiança são relevantes.

A ocorrência de situações durante o estágio permitiu a reflexão sobre o domínio da ajuda, numa relação onde o profissional e a pessoa estão implicados. Nesse contexto foi visível a relação de confiança entre o enfermeiro e o utente, quando este recusou a terapêutica colocando a sua vida e de terceiros em risco por comportamentos agressivos. As estratégias utilizadas pela equipa de intervenção, como resposta à situação permitiram que a pessoa aceitasse a ajuda que lhe foi oferecida, optando pelo tratamento. Transmitir à pessoa a importância da sua participação no tratamento facilita a recuperação, melhora o controlo sobre a sua vida e reforça a relação com o enfermeiro.

A relação interpessoal assenta na aceitação, implica respeito pela doença e pelos valores do outro reconhecendo-o como ser único e importante, disponibilizando-se para o ajudar de forma sincera, empática, com sensibilidade, assumindo uma atitude não crítica, inspirando-lhe confiança, mas com firmeza. Neste contexto e pela perceção do problema existente, foi demonstrada disponibilidade para ajudar em função da situação, com compreensão pelo significado da doença para a pessoa, respeitando vontades e decisões relacionadas com a recuperação, encorajando-a e motivando-a para o seu restabelecimento.

A comunicação é um processo essencial para a compreensão e partilha de mensagens. A influência do comportamento das pessoas envolvidas e em interação permite definir metas, objetivos a serem atingidos pela pessoa e pela equipa em conjunto.

3.2 Análise das Competências de Mestre

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento desta competência torna-se evidente com o processo de enfermagem, que promove a prestação de cuidados à pessoa de forma holística com respeito pela dignidade humana, cultural e espiritual. Neste processo está implícita a avaliação da pessoa, família e comunidade para a realização de diagnósticos de enfermagem, através da análise crítica dos dados obtidos e respetiva prescrição das intervenções de enfermagem gerais e especializadas, de acordo com as necessidades encontradas. Os resultados obtidos neste processo devem coincidir com os resultados esperados, o que implica a avaliação sistemática do processo, com revisão dos diagnósticos de enfermagem iniciais, para atualização das intervenções, de acordo com a evolução da situação clínica da pessoa.

A prestação de cuidados de enfermagem contribui para a educação e promoção do bem-estar. Neste contexto a prestação de cuidados de enfermagem não deve centrar-se somente em instituições, mas contemplar a sociedade utilizando todas as oportunidades existentes para a educação da pessoa no seu meio ambiente, através de modelos de desempenho em Saúde Mental. A participação em atividades e formações psicoeducativas no âmbito da saúde escolar e grupos de risco na comunidade tiveram a intenção de proteger, promover a saúde e prevenir doenças.

O foco das intervenções de enfermagem relativamente ao PIS, direcionou-se para a promoção da Saúde Mental e prevenção da doença, relativamente a pessoas com depressão após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A identificação de sintomas de alterações emocionais em pessoas com AVC sem acompanhamento em Saúde Mental, após alta do hospital foi relevante e despertou a reflexão sobre a possibilidade mudança. A análise da situação conduziu à tomada de decisão através do diagnóstico para a gestão do problema identificado. A intervenção pretendida incidiu sobre a prevenção da doença e promoção da Saúde Mental, em pessoas em situações complexas para a continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio, para acompanhamento pela equipa da UCC após alta do hospital.

O Cuidar em enfermagem implica conhecimento, ética para se desenvolver e requer crescimento baseado na aprendizagem experiencial em contexto real, com o intuito de intervir. O PIS perspetivou-se com base na análise consciente do problema e as decisões tomadas basearam-se numa avaliação explícita de opções, com fundamento comparativo entre os elementos característicos.

Para a tomada de decisão e raciocínio e aplicação dos argumentos, foram selecionados os meios e as estratégias para a resolução do problema na fase de implementação do PIS, visando a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, equidade, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, perspetivando as repercussões éticas e deontológicas.

A reflexão a partir de situações práticas reais, permite – nos sentir com capacidades para enfrentar as diferentes situações futuras e proceder à tomada de decisões éticas. O saber- fazer é uma competência que permite agir em situações mais complexas e resolver o imprevisto, através do domínio dos conhecimentos derivados das ciências e das técnicas (Dias, 2006).

O desenvolvimento do PIS incentivou a equipa de enfermagem para a mudança, proporcionando momentos de formação para o desenvolvimento de estratégias a adotar, para a sua concretização. O PIS também proporcionou o reconhecimento por parte da equipa como referência para a supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, relativamente à segurança das práticas, ao desenvolvimento do conhecimento e aquisição de habilidades para a mudança de atitudes para o desenvolvimento pessoal e profissional no desempenho de funções de forma reflexiva enquanto chefes de equipa e na orientação de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem.

A responsabilidade para a supervisão clínica quer de profissionais quer de estudantes, implicou o domínio de conhecimentos ao nível científico, técnico e relacional, pretendendo desta forma contribuir para o desenvolvimento da profissão, incentivar a aprendizagem ao longo da vida, motivar para a auto- avaliação com contributos para as ciências de enfermagem.

O percurso formativo do enfermeiro especialista, segundo Nunes (2007) é constituído por áreas clínicas diversificadas que lhe conferem competências acrescidas na respetiva

área de desenvolvimento em enfermagem. Neste percurso o enfermeiro especialista aplica níveis elevados de julgamento, discernimento e de tomada de decisão, foca-se na evidência com papel atribuído na supervisão e de recurso aos enfermeiros e aos outros elementos da equipa como consultor.

A aquisição de competências e experiências no percurso do PIS conduziram à melhoria nas atitudes ao nível das relações interpessoais.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A formação inicial é importante para o desenvolvimento dos saberes teóricos e para a sua aplicação na prática. Mas a evolução da profissão deve ser acompanhada por saberes e competências com intenção de renovar, transformar e inovar para adaptação às novas realidades.

O reconhecimento por esta área específica, aplicável em qualquer área da saúde, despertou o interesse para o investimento na formação para responder adequadamente às solicitações pessoais e profissionais.

A pessoa que aprende deve construir o seu saber, mobilizar e aperfeiçoar as ferramentas intelectuais à disposição, utilizando os saberes ao longo da vida. Esses saberes profissionais sustentados por saberes específicos que adquirimos ao longo da vida, refletem-se na autonomia, espírito crítico e criatividade numa visão sobre os conhecimentos de *como se faz, porque se faz e como se aprende*. Com estes conhecimentos, damos a conhecer as ações que podem ser realizadas e os métodos para as concretizar.

O contexto académico, a revisão bibliográfica e a participação em formações na área da Saúde Mental, contribuíram para o desenvolvimento do auto conhecimento e assertividade, desenvolver e aprofundar competências em contexto de interação com a pessoa, família, comunidade e para valorizar a auto- formação para o projeto profissional e pessoal visando a melhoria do desempenho profissional e pessoal.

Segundo Dias (2006) citando Jordão (1997) refere que o balanço das competências de aprendizagem permite avaliar a necessidade de aquisição e acionar os meios de formação indispensáveis à sua concretização.

Este mestrado com as suas aprendizagens pretendeu a evidência das competências desenvolvidas pelo formando, assumindo o formador um papel facilitador para a realização do projeto. O despertar para a mudança através deste percurso consciencializou- nos para a adoção de atitudes e comportamentos, relativamente aos juízos de valor e críticas, contribuindo assim para a construção pessoal, para a melhoria dos cuidados de enfermagem como consequência da mudança na práxis.

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

No contexto profissional, a UAVC é constituída por uma equipa multidisciplinar onde a equipa de enfermagem trabalha em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde. Neste contexto e de acordo com o artigo 91º do Código Deontológico,¹⁶ a nossa atuação efetiva-se com responsabilidade na área de competência, com reconhecimento pela especificidade das restantes profissões de saúde e com respeito pela determinação da área de competência de cada um.

A integração de equipas de forma proactiva implica auto conhecimento no domínio de conceitos, fundamentos e teorias relativos às ciências de enfermagem.

A execução de técnicas e procedimentos requerem conhecimento, compreensão, análise e discussão, revelando-se importante a capacidade de comunicar para que a articulação da equipa multidisciplinar se efetive de forma harmoniosa, visando a qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Foram sensibilizadas as equipas para a necessidade de intervenção e discutidos os procedimentos para referenciar pessoas com necessidades de acompanhamento no domicílio por DPAVC, no sentido de se estabelecer a parceria entre o hospital e a UCC, para a continuidade dos cuidados em Saúde Mental.

¹⁶ Artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro, Secção II do Estatuto da OE – Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

A proposta da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental¹⁷ (CNRSSM), provocou uma mudança significativa nos pressupostos da Saúde Mental, ao considerar esta área como uma prioridade para a saúde pública. Assim, a reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, com o desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados, em articulação com os cuidados de Saúde Mental, contribuem para a prevenção e promoção da saúde, através da integração de equipas multidisciplinares e interdisciplinares em parceria.

A realização do PIS com a metodologia de projeto, implicou o envolvimento da equipa multidisciplinar nas fases de diagnóstico, avaliação, planeamento, implementação, evidenciando autonomia, responsabilidade, pelo interesse demonstrado para a mudança, com incentivos para o desenvolvimento de competências ao nível da gestão e liderança.

De acordo com o código deontológico, a responsabilidade do enfermeiro visando a promoção da saúde na comunidade e para responder de forma adequada às necessidades em cuidados de enfermagem assume o dever de¹⁸ *Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.*

Para o desenvolvimento das capacidades de autonomia, reflexão crítica e criatividade contribuiu o módulo de gestão de processos e recursos.

4. Desenvolve tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

As competências científicas e o pensamento crítico na profissão de enfermagem pela sua complexidade e responsabilidade influenciam a expressão dos comportamentos, atitudes e o desempenho profissional.

A perceção das situações na sua globalidade baseia-se na experiência e nos acontecimentos reais para intervir com base na fundamentação técnica e científica, sob

¹⁷ Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Relatório. Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016.

¹⁸ Código Deontológico (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). Secção II Do Código Deontológico do Enfermeiro. Princípios Gerais. Artigo 80º, alínea c).

orientação legislativa, de normas, das políticas da saúde e dos padrões do exercício da profissão.

No exercício da profissão deparamo-nos com inúmeras situações complexas que carecem de solução imediata, desempenhando o enfermeiro um papel fundamental para a sua resolução após análise e reflexão para a tomada de decisão.

O AVC é uma doença súbita e incapacitante que pode conduzir à morte. Frequentemente quer a pessoa que sofre a doença, quer o familiar ou acompanhante, são surpreendidos pelo acontecimento, podendo apresentar dificuldade na gestão imediata de situações que carecem da intervenção de enfermagem. Perante a situação emerge a necessidade de refletir e analisar para a tomada de decisão de forma autónoma, assumindo o enfermeiro a responsabilidade pela humanização dos cuidados prestados de forma holística, com reconhecimento pela situação real, respeitando os direitos e interesses do cidadão.

A autonomia no exercício da profissão de enfermagem permite a tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos (Deodato, 2006).

O processo de desenvolvimento do PIS foi sustentado pela fundamentação técnica, científica com base na evidência de acordo com a legislação relativamente às políticas de saúde e princípios éticos visando a excelência dos cuidados.

O processo de tomada de decisão com responsabilidade para intervir numa situação real com necessidade de resolução, proporcionou a elaboração do PIS. As estratégias desenvolvidas para o envolvimento da equipa multidisciplinar, assumindo um papel na liderança no processo interpessoal, teve como finalidade motivar e orientar os pares para atingir os objetivos propostos.

A mobilização de conhecimentos é importante para a resolução de situações complexas, com reconhecimento das aprendizagens para aplicações futuras.

O desenvolvimento de competências, a utilização dos saberes e experiências adquiridos ao longo da vida são importantes para saber decidir na situação real e para a resolução de situações complexas de forma progressiva.

As habilidades humanas permitem a auto- percepção, a percepção e a capacidade para a compreensão ou empatia em relação aos sentimentos dos outros. Essas habilidades são essenciais para o desenvolvimento de capacidades para identificar problemas, oportunidades, colher e interpretar informações importantes para a tomada de decisões, visando a resolução de problemas (Sequeira, 1997, referido por Dias).

A especialização devido aos conhecimentos adquiridos permite compreender de forma intuitiva cada situação, agindo com compreensão profunda da situação global (Benner, 2001). Neste âmbito para melhor avaliação e desempenho das competências adquiridas, planejaram-se cuidados centrados na promoção da saúde, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação, respondendo desta forma às necessidades encontradas.

5. Inicia, contribui para e/ou sustentar a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

A investigação em enfermagem tem como finalidade, a produção de uma base científica como orientação na prática, para certificar a credibilidade da profissão (Fortin, 1999). Nas ciências de enfermagem, a investigação sistematizada para a prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade inclui a organização e avaliação no contexto ambiental, onde se efetivam os cuidados (Fortin, 1999).

A formação profissional com aplicação teórica e prática baseada na investigação promove a prática na evidência, para a resolução de problemas identificados principalmente, no âmbito da especialidade (Benner, 2001).

A reflexão e análise crítica sobre a temática em que se pretendeu intervir e descrita neste documento foi divulgada através da elaboração de um artigo (Apêndice 4).

A definição dos objetivos do PIS para a resolução do problema na área da Saúde Mental, considerou os aspetos sociais e éticos utilizando as capacidades de investigação adequadas. O PIS proporcionou o desenvolvimento de aptidões ao nível da análise e planeamento de estratégias para a prestação dos cuidados, assim como a colaboração na realização de atividades na área de cuidados de qualidade em Saúde Mental e Psiquiatria.

Pretendeu-se deste modo melhorar de forma evolutiva a prática dos cuidados especializados em Saúde Mental, com contributos para a investigação no sentido de promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

A metodologia de projeto para elaboração do PIS e PAC incitaram a investigação suportada pela revisão bibliográfica, com pesquisa sobre o acompanhamento no domicílio da pessoa com depressão pós AVC. O conteúdo teórico do mestrado e os estágios contribuíram para todo o desenvolvimento da intervenção pretendida, visando a melhoria nos cuidados de enfermagem.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

O processo de formação em enfermagem tem sido repensado, pela sua evidência de mudança na sociedade, com a finalidade de desenvolver competências profissionais, relativamente ao cuidar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, de forma contextualizada e individualizada. Desta forma procede-se à afirmação da enfermagem como profissão, valorizando a sua prática.

A aquisição de saberes e competências efetua-se ao longo da vida através de uma trajetória pessoal, social, profissional, numa aprendizagem resultante de conhecimentos, comportamentos e da prática profissional com contributos para a evolução e para a dinâmica da formação (Nunes, 2007).

O processo de evolução é caracterizado pela supervisão, numa relação interpessoal dinâmica como meio facilitador da aprendizagem, onde são evidenciadas funções do supervisor relativamente à informação, a questões, sugestões, encorajamento e avaliação, como estímulo para a reflexão, autoconhecimento, colaboração e inovação (Fonseca, 2006). Pretende-se desta forma contribuir para o desenvolvimento de uma aprendizagem de qualidade, promover níveis de desempenho mais elevados, incentivar para a melhor utilização dos resultados de processos inovadores, melhorar a qualidade educativa e de

formação através do intercâmbio das boas práticas, constituintes do programa de aprendizagem ao longo da vida (Nunes, 2007).

A gestão das competências deve integrar a co-responsabilização do formando visando o desenvolvimento pessoal, assim como a gestão das oportunidades de aprendizagem referentes ao *saber*, *saber – fazer e saber-ser* com pensamento crítico, refletindo *nas* e sobre *as* práticas (Dias, 2006). Neste contexto, o *saber – fazer* integrado no saber adquirido pelos conhecimentos, inclui o *fazer* como aplicação prática desses conhecimentos, de acordo com os conteúdos da carreira para cumprir a atividade profissional com autonomia e responsabilidade.

O desenvolvimento de competências especializadas refletem a transformação no desempenho, através da segurança adquirida pela formação e atualização dos conhecimentos que enriquecem a prática clínica, possibilitam a identificação de determinada situação considerada como um todo, com destaque para necessidades específicas. Neste contexto o aconselhamento na relação interpessoal e a supervisão clínica foram competências desenvolvidas para dar resposta às necessidades da pessoa.

Relativamente ao PIS a gestão da situação direcionou-se para o acompanhamento no domicílio, da pessoa com depressão pós AVC, visando a eficácia das políticas adotadas para a resolução do problema identificado. As competências adquiridas no mestrado proporcionam a realização de um projeto para promover a autonomia e conduzir de forma consciente e informada a trajetória pessoal e profissional.

Para a análise do diagnóstico da situação no PIS, assim como todo o seu desenvolvimento, contribuiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências ao longo da vida, em complementaridade às adquiridas e de forma autónoma como dever deontológico da excelência do exercício profissional. Às competências de enfermeiro especialista, acrescentam-se ainda o dever da responsabilidade pela formação, em contexto de trabalho como facilitador das aprendizagens. Para tal baseamo-nos na prática clínica de investigação, conhecimento, assumindo a liderança nos procedimentos para a implementação do acompanhamento da pessoa com depressão após AVC, apoiados nas políticas para a prática especializada em contexto profissional.

Foi utilizada a comunicação de modo informal para divulgação aos pares, sobre a intenção de resolver o problema identificado. As estratégias desenvolvidas relativamente a referenciação da pessoa com depressão pós AVC, para a UCC numa fase experimental, contou com a colaboração da pessoa para a tomada de decisão em equipa, respeitando a vontade da pessoa, os princípios de autonomia, justiça e beneficência com reconhecimento pela dignidade humana.

O desenvolvimento do projeto baseou-se, na metodologia do projeto implementada pelo mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, que sustentou a fundamentação teórica como exigência para a análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação. O PIS proporcionou o desenvolvimento de competências na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para o domínio das competências descritas contribuíram as unidades temáticas integradas na Unidade Curricular de enfermagem nos módulos de Direito em Enfermagem e Ética em investigação da Unidade Curricular de Filosofia e bioética, direito em Enfermagem, módulo de gestão de processos e recursos, integradas no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental.

4. CONCLUSÃO

Com este trabalho pretendeu-se dar um contributo, para o acompanhamento da pessoa com Depressão pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) no domicílio, pela equipa de intervenção em Saúde Mental na comunidade, através de uma parceria com os CSP.

A depressão é uma problemática recente do Acidente Vascular Cerebral (AVC), é sentida como uma preocupação por poder afetar, de forma negativa a recuperação funcional e cognitiva da pessoa. Estudos realizados atribuem a alteração emocional à localização da lesão, outros consideram como causa da alteração emocional as sequelas da doença física e o grau de dependência causado.

Neste documento abordamos a necessidade de cuidados de enfermagem em Saúde Mental à pessoa com DPAVC, depois de discutirmos quais seriam as pessoas da UAVC com necessidades de acompanhamento em Saúde Mental no domicílio, pela equipa da UCC dos CSP. Para responder à questão colocada, foi necessário aprofundar os conhecimentos relacionados com a temática, realizar intervenções e selecionar o instrumento a utilizar, para a avaliação de sinais de ansiedade e depressão.

A escala de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) foi o instrumento utilizado para a avaliação da ansiedade e depressão em pessoas com DPAVC, internadas na UAVC de um hospital na região sul do País, tendo a sua aplicação cumprido os princípios éticos e deontológicos. Os resultados obtidos apresentaram valores significativos de alterações emocionais para a amostra considerada, corroborando portanto com o que está descrito sobre a DPAVC.

O PIS proporcionou o desenvolvimento e a aquisição de competências, tendo sido efetuada uma síntese da sua prática.

A análise reflexiva foi uma constante, para as intervenções realizadas em estágio e em contexto profissional.

Como aspetos positivos e facilitadores do PIS e deste documento, referimos a disponibilidade do professor orientador para sugestões e esclarecimento de dúvidas, a

partilha de experiências com profissionais e estudantes da mesma área da especialidade, os conteúdos das unidades curriculares do mestrado, a pesquisa bibliográfica efetuada, a colaboração e disponibilidade da equipa da UAVC.

A análise reflexiva sobre a área da especialidade consciencializou-nos para a importância do papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental na equipa da UAVC.

A elaboração deste documento proporcionou o conhecimento e a utilização da metodologia de projeto, com utilidade futura para resolução de problemas.

O local de estágio revelou-se bastante enriquecedor pela relevância dos resultados obtidos ao nível dos cuidados comunitários em Saúde Mental e Psiquiatria assim como, para a pertinência da intervenção pretendida. Permitiu também compreender a abrangência dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental dirigidos à pessoa, à família e à comunidade, através da promoção da saúde e da prevenção da doença mental. Proporcionou também o desenvolvimento de competências sociais para o trabalho com grupos, promovendo o seu fortalecimento social, a comunicação e técnicas de relaxamento. Na interação com a equipa da UCC, a postura adotada direcionou-se para a aprendizagem e parceria, com participação e intervenção nas atividades desenvolvidas.

Todo o percurso do estágio proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências, partilha de experiências, contribuindo de forma enriquecedora para o desenvolvimento profissional e pessoal, com especial atenção para o *saber ser* e o *saber estar* entre enfermeiro e pessoa doente, indispensáveis à prática do Cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria.

Os esforços coordenados com tarefas complexas para o desenvolvimento do projeto até a sua concretização, proporcionaram a evidência da necessidade de intervenção, como contributo para a continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio, de forma justa e com equidade. Apesar de ainda não estar concretizada a parceria entre as duas instituições, mantêm-se os contactos para que sejam atingidos os objetivos propostos neste projeto. A realização do projeto até as etapas que se concluíram teve a colaboração de profissionais das equipas multidisciplinares.

Como limitações do estudo referimos a necessidade de concluir o relatório de estágio no prazo estipulado, o que não permitiu alargar o tempo para a aplicação do instrumento de avaliação da ansiedade e depressão. A acrescentar a esta condicionante, o facto de nem todas as pessoas se disponibilizarem para participar no estudo e o estado clínico de outras, determinaram o número reduzido da amostra.

O estudo sugere o desenvolvimento futuro de dados comparativos, com intervenções de enfermagem baseadas na evidência, para a deteção precoce da Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral.

Os novos saberes associados à experiência pessoal abriram horizontes que despertaram para o desejo de aprofundar e partilhar conhecimentos. A capacidade adquirida para conduzir o percurso intelectual, contribuiu para o desenvolvimento da autonomia através do reforço e mobilização de conhecimentos. O conteúdo das competências contribuiu para o crescimento e para o desenvolvimento profissional e pessoal através dos recursos cognitivos, afetivos, competência comunicativa e valores.

Sob o paradigma do Cuidar em Saúde Mental, o desenvolvimento da relação interpessoal, comunicação e a relação de ajuda, tornam-se uma referência e uma mais valia.

Com as intervenções realizadas e descritas neste documento julgamos ter demonstrado perfil de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Apesar de todo o enriquecimento, ainda há muito para aprofundar e aperfeiçoar no sentido de otimizar o Cuidar em Saúde Mental. A relevância deste projeto está no contributo para a continuidade de cuidados de enfermagem de qualidade e excelência, com responsabilidade e fundamentação no desempenho, visando a prevenção da doença e promoção da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N- Diagnóstico e tratamento das Relações familiares. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.

ADAM, Evelyn - Ser Enfermeiro. Lisboa : Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-92-95- 86-7.

ALARCÃO, M.- (des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. 2ª Ed, Coimbra: Quarteto, 2002.

ALEXANDRA, Sousa. Ana M. SEQUEIRA, Carlos. Suporte Social. Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental. 2006.

ALMEIDA, Isabel, C. S.- A continuidade dos Cuidados de Enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de Saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. Geriatria. 112,1999,p.15.

AMENDOEIRA, José, M. Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Santarém, 2003.

Arte (s) de Cuidar. Ciclo de Colóquios. Doença Mental. O Poder do Outro. Dor e Sofrimento. Lusociência. Loures 2006.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares - Estigma e Saúde Mental- www.adeb.pt/sobre_adeb/publicações/.../estigma.htm-emcache-semelhante. 30/10/2011 às 22 horas.

ASSOCIAÇÃO Portuguesa do AVC (2009). Disponível em <http://www.spavc.org>, WWW.adeb.pt/sobre_adeb/publicações/.../estigma.htm-Encache-30/10/2011 às 22 h.

ASTROM, M. – Generalised anxiety disorder in stroke patients: 03- year longitudinal study. Stroke, vol. 2, 1996, p. 270 – 275.

ASTROM, M. et al – Psycho -social function and Life Satisfaction after Strok, vol.23, p.527- 531. Abril 1992.

BARBIER, J. Elaboração de Projetos de Ação e planificação. Porto Editora.1993.ISBN:972 – 0 – 34106 - 8 Foundation. Porto.

BARTATA, Sara, Pires; HENRIQUES, Isabel; SILVA, Rita, L; MATEUS, Sónia; REBOCHO, Luísa. - Depressão Pós AVC. Lisboa – Sinapse. Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Volume 4, nº 2, p.28-31. Novembro de 2004.

BENNER, Patricia. De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Edição Comemorativa. Quarteto. Coimbra, 2001.

BERG, León Grin. Culpa e Depressão. Climepsi Editores, 2000. ISBN 972- 8449- 32-1

BEVIS, Olivia e WATSON, Jean - Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lusociência. Lisboa 2000.

BLANCO, Alejandro, Cuadrado. Depressão em Grupos Especiais. A depressão no idoso. Módulo 2. 2009 – revisfarma - Edições Médicas.

BRANCO, Teresa; SANTOS, R. Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra. Formasau 2010. ISBN 978 - 972- 40 – 4524 -5.

BURVILL, Peter; JOHNSON, Gloria; JAMROZIK, Konrad; ANDERSON, Craig; WYNNE, Edward Stewart.

Risk Factors for Post-Stroke Depression. International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 12: 219±226 (1997). onlinelibrary.wiley.com > ... > [Vol 12 Issue 2](#)

CANADIAN Best Practice Recommendations for stroke Care. (2008). Canadian stroke Network and the Heart and stroke Foundation of Canada. Ottawa.<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/179/12/s1?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=depression+after+stroke>.

CANÁRIO, Rui. Formação na mudança: três orientações estratégicas. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-7675.VOL.1,Nº2,1998,P.20-23.

CANCELA, Diana, M.G. O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais consequências e reabilitação. Documento produzido em 2 Maio 2008. Disponível em www.psicologia.com.pt.

CARPER, Barbara – Carper's fundamental ways of knowing (1978). Disponível em Nursing's_fundamental_patterns_of_knowing_workspace.Nottingham.ac.uk/.../Nursings+fundamental+patterns+of+knowing.

CECELIA, Monat, Taylor. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica, de Mereness. 13ª Edição. Porto Alegre, 1992.

CENSOS 2011: observatoriodoalgarve.com (consultado em 04-07-2011). Disponível em www.observatoriodoalgarve.com

CHALIFOUR, Jacques. – A Intervenção Terapêutica: estratégias de intervenção. Volume II. Loures. Lusodidacta. 2009. ISBN 978- 989-8075-21-5.

CHALIFOUR, Jacques. A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial- humanista da relação de ajuda. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

COELHO, Rui.- Depressão. Perspetiva Psicodinâmica. Abril de 2004. LIDL, Edições Técnicas, Lda.

CORDEIRO, J.C. Dias – Manual de Psiquiatria Clínica. 4ª Ed. Fundação Calouste Gulbenkian – 2001 Serviço de Educação e Bolsas.

CORDO, Margarida. Reabilitação de Pessoas com Doença Mental. Das Famílias para a Instituição. Da Instituição para a Família. 2003, Climepsi Editoras.

CORREIA, Diogo,T; BARBOSA, António. Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação. 2009. Disponível em www.actamedicaportuguesa.com

COSTA, A, F. Competências para a sociedade educativa: Questões teóricas e resultados de investigação. Cruzamento de saberes e aprendizagens sustentáveis. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

COULL, B, M; WILLIAMS, L. S; GOLDSTEIN, L, B; MESHIA, J, F; HEITZMAN, D; CHATURVEDI, S; JOHNSTON, K, C; STARKMAN, S; MONGERSTERN, L, B; WILTERDINK, J, L; LEVINE, S, R; SAVER, J, L. Anticoagulants and Antiplatelet Agents in Acute Ischemic Stroke. American Academy of Neurology. 2002.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12105379>

Cuidar de Pessoas incapacitadas no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Nara Marilene Oliveira Gardon Perlini, Ana Cristina Mancussi e Faro.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>.

DAMASCENO, B., BORGES, G. (1991). Acidentes Vasculares Cerebrais. Revista Brasileira de Medicina, p. 72 – 85.

DEODATO, Sérgio. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da sociedade. Março, 2008. Edições Almeida, SA. ISBN 978- 972- 40-3401-0.

Despacho Conjunto nº 407/ Ministério da Saúde do Trabalho e da solidariedade/98. DRI série- A 205 (96-09-04) 2959-2962. Disponível Internet

DIÁRIO DA REPÚBLICA Número 169/98- I-A Série – Sexta – feira, 24 de Julho 1998- Assembleia da República Lei nº 36/98: Lei de Saúde Mental – Diário da República eletrónico: (consultado 20/02/2012). Disponível em <http://www.incm.pt>

DIAS, Maria, F, B. Construção e Validação de um Inventário de Competências. Contributo para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. R 2006, Loures.

DIREÇÃO Geral da Saúde - Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Diretor Geral e Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: DGS, 2002. ISBN 9726750814. 132-136.

DIREÇÃO Geral da Saúde - Rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental- Lisboa: DGS,2004 isbn:972- 675-089.- X. 104.

DIREÇÃO Geral da Saúde- Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Diretor – Geral e Alto Comissariado da Saúde, Lisboa: DGS, 2002. ISBN 9726750814. 132136.

ENFERMAGEM Médico – cirúrgica- Projeto de Estágio Ensino Clínico VIII. Disponível em www.dignow.org/.../enfermagem-medico.cirurgica - projecto-de-estagio.

Enfermeria Global. Revista eletrónica Cuatrimestral de Enfermeria Nº 18 Febrero 2010 www.es/eglobal/reflexiones – ensayos.

FERNANDES, (1999) 166ISBN 978-972-40-1852-2.Barbier, J. Elaboração de projetos. Disponível em anagraca.com/site/estagio_projeto.html.

FERNANDES, Maria Teresa – Metodologia do projeto. Servir. Volume 47, nº 5 Setembro/ Outubro 1999), (p. 233-236. consultado em 18/02/2012). Disponível em WWW.dignow.org/.../enfermagem-médico-cirurgica-projecto-de-estagio-ensino-clinico-viii-1716369-52525.html

FORTIN,M.F. (2003). O Processo de Investigação: da conceção à realização: Loures. Lusociência.

GAMEIRO, Aires, et al. Reabilitação recíproca: famílias e comunidades com doentes deficientes. Editorial Hospitalidade,1994.ISBN 972- 9081-31-x.

GINKEL, Jannek, M, Man- Van. FLOOR, Gooskens. MARIEK, J, Schuurmans. LINDERMAN, Elina. HAFSTEINSDOTTIRT, Thóra, B. A Systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. Behalf of de Rehabilitation Guidline Stroke Working Group. Journal of Clinical Nursing (2010).

GOMES, Idalina. O doente Idoso como Parceiro no Processo de Cuidados de Enfermagem. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN- 0873-9878. VOL.7, Nº2. 2003.P. 15-33.

GUAIANA, Giuseppe; Gupta, Sumeet; Chiodo, Debbie; Davies, Simon JC. Review Group: Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group; Cochrane Database Systematic Reviews of; Edited/Substantively amended: 06 October 2010; New this issue. (Cochrane Protocol). Reviewers:

GUIA das Unidades de AVC – 1ª Edição 2011. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.

HAMA, Seiji; YAMASHITA, Shigeto and KURISU Kaoru. Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. PSYCHOGERIATRICS. The official journal of the Japanese Psychogeriatric Society. 2011; **11**: 68 –76.

HAROLD, D. Kaplan. Benjamin, J, Sadock. Jack, A, Grebb. Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª Edição. Artmed. 1997.

HESBEEN, Walter- A reabilitação. Loures Lusociência,2003.ISBN 972-8383-43. Lisboa. ISSN: 0871 – 2370.47:5.

HESOOK S. Kim. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. 2011, Vol. 33, No.7, Pages 539-556 (doi:10.3109/09638288.2010.505997). Siren E; Kouwenhoven; Knut Engedal; Hesook S; Kim

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.505997>

<http://www.acidentevascularcerebral.com/avc-fisiopatologia.html>

http://www.cmcascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_prioridades.

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/sau+de+mental/depressao.htm>

informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.505997

INTEGRAÇÃO da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários. Uma Perspetiva Global. Relatório.

http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, Norrving B, Lindgren A.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761203>

JONSSON, A. Lindgren, I. HALLSTROM, B. NORRVING, B & LINDGREEN, A. (2005). Determinants of Quality of life in Stroke Survivors and their informal Caregivers Stroke. Department of Clinical Neuroscience, Division of Neurology, University Hospital, S-221 85 Lund, Sweden.

Journal of Clinical Nursing- Parallel session G1- S4 Symposium Clinical Nursing Rehabilitation Guide line Stroke: evidence based stroke care. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03444.x/abstract>

KAPLAN, Harold, I; SADOCK, Benjamin, J; GREBB, Jack, A. Artmed. 7ª Edição. 1997.

KOOTKER et al. BMC Neurology 2012. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/51>.

LAINS, J. & Paixão, R. & Oliveira, R. (2002). Evolução Funcional e Aspetos Psicossociais do Hemiplégico- Estudo Longitudinal da Depressão e Ansiedade durante 5 anos. <https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=77>

LE BOTERFE. Construir as competências individuais e coletivas. Porto. ASA Editores S.A, 2005.

Manifestações clínicas do Acidente Vascular Cerebral. Disponível em <http://acidentevascularcerebral.com/avc-manifestacoes-clinicas.html>

MARCOLINO, José, AM; MATHIAS, Ligia, AST; PICCININI, Luíz, F; GUARATINI, Álvaro, A; SUZUKI, Fernando,M; ALLI, Luís, AC. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré – Operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 57, Nº1, Janeiro – Fevereiro, 2007.

MARTINS, Maria Manuela F.P.S. – Uma Crise Acidental na Família - o doente com AVC: Processos Familiares/ Aceitação/ Aceitação/Dependência. Coimbra – Formasau - Edição Sinais Vitais, 2002. ISBN 972-8485-30-1.

MARTINS, Teresa – Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem- Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau. Edição Sinais Vitais, 2006. ISBN 972- 8485-65-4.

MATOS, António, C. A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido. Climepsi, Editores. 2001. ISBN972 - 796- 006-5.

MILLER, S. - Patient's perceptios of their adjust- ment to disability and social support in a commun - nity - based teaching hospital. In S. Walker, F.Z. 1986. <http://psycnet.apa.org/journals/law/6/2/526/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde – Vol. I. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, Paulo; MELO, Ana – Do Tratamento à Prevenção. Porto Editora 2005.

National Institutes of Health. National Institutes of Neurological Disorders an Stroke. Disponível em <http://stroke.nih.gov/materials/strokechallenges.htm>

NEEB, Kathy. Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures 1997. ISBN 972- 8383- 14-2.

NIALL, M. Broomfield; KEN, Laidlaw; HICKABOTTON, Emma; MURRAY, Marion, F. PENDREY, Rachel; WHITTICK, Janice, E; GILLESPIE, David, C. Post- stroke Depression. The case for Augmented, Individually Tailored cognitive Behavioural Therapy. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2010.

NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro – Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores. Tatuapé. Editora Érica, ISBN: 85 – 365 – 0078- 6, 2005.

NUNES, L; Ruivo, A; Ferrito, Cândida. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. Jan- Março (2010). Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/revista_Percursos_15.pdf ISSN 1646- 5067

NUNES, Lucília – Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881- 1998). Lisboa. Lusociência, 2003.375p. ISBN972-83-30-4.

NUNES, Lucília. Janelas da Aprendizagem ao longo da vida. 3ª Edição Percursos. Publicação da área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Janeiro – Março 2007.

OLIVIA. Bevis. WATSON, Jean – Rumo a um curriculum de Cuidar- Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lisboa. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.2005.

OMS definição de depressão. <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução, Dra Hermínia Castro, 1ª ed. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, Lda, 2011. ISBN 978- 92- 95094 – 35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Divulgar. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem. Outubro de 2003.

PEARSON, A; VANGHAN, B.- Modelos para o exercício de Enfermagem. Lisboa: ACEPS.1992,p. 40- 4.

PEPLAU, Hildegard, E. Relaciones interpersonales em enfermaria: um marco de referencia conceptual para enfermería psicodinâmica. Barcelona: Edições Científicas e Técnicas, S.A., 1992.ISBN 84- 458- 0146-5.

PERCURSOS nº 15 Janeiro- Março 2010. Publicações da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – ISSN 1646 – 5067. Metodologia de Projeto: Coletânea de Etapas.

PERILINI, Nara, M, O,G; MANCUSSI, Ana, C; FARO. Cuidar de Pessoas incapacitadas por AVC no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Disponível em www.scielo.br/pdf.

PHANEUF, Margot – Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Editora Quarteto, 2001. ISBN 972 – 8535- 78-3.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007 – 2016 – Organização dos Serviços de Saúde Mental em Adultos – 2008. Avaliação e garantia de Qualidade.

PLANO Nacional de Saúde Mental 2007- 2016. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- Portal da Saúde - Ministério da Saúde. Depressão. Guia para a saúde mental. Saúde
- REGULAMENTO das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. Novembro 2010.
- REGULAMENTO Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem Dos Enfermeiros, 22 de Outubro de 2011.
- Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica- Geriatria. Ano XV Volume XV, Nº 156 Setembro/ Outubro 2003.
- RODRIGUES, Fernando, P. Articulação entre Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental. Coleção Convergências. Setembro 2004. Climepsi- Editores.
- SANTOS, Boaventura Sousa. Conhecimento Prudente para uma Vida Decente. Um Discurso sobre as Ciências. Edições Afrontamento. Outubro 2003.
- SANTOS, José Manuel – Parceiros nos Cuidados- uma Metodologia de Trabalho centrada no doente. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2002. ISBN 972-8184-83-2.
- SAÚDE Mental e Política de Saúde Mental, Promoção e Prevenção. Disponível em <http://psicopsi.com/pt/saude-mental-e-politica-de-saude>
- SEQUEIRA, Carlos – Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. 1ª Ed. Coimbra: Editora Quarteto, 2006. ISBN 989-558 -083 -5.
- SEQUEIRA, Carlos; SÁ, Luís. Do diagnóstico à Intervenção em saúde Mental. Sersililo. Outubro 2010. ISBN: 978-989-96144-2-0.
- SIREN, E. Kouwenhoven; KIRKEVOLD MARIT; ENGEDAL Knut & SORENSEN E Luckmann. Enfermagem Fundamental: abordagem psicológica. Lusodidata. Lisboa, 1998.
- SOCIEDADE Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental <http://sppsm.org/>
- STUART, Guil, W; LARAIA, Michele, T. Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª Edição. Artmed. Porto Alegre, 2001.
- Systematic literature review.
- TEIXEIRA, B.T; Mello, I. M. FRAIMAN, D.P. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. Edições ATHENEU- Brasil 1997.
- TELLES- Correia Diogo; Barbosa A. – Ansiedade e depressão em Medicina, Modelos Teóricos e Avaliação, Novembro 2008. Disponível em WWW.actamedicaportuguesa.com

TERRONI, LUISA, M, Niro; MATTOS, Patrícia,F; SOBREIRO, Matildes, F, M; GUAJARDO, VALERID; FRÁGUAS, Renério. Depressão pós AVC: aspetos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009; 36(3): 100-8. S. Paulo.

The effectiveness of an augmented cognitive behavioural intervention for post-stroke depression with or without anxiety (PSDA): the Restore4Stroke-PSDA trial. <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/51>. Base de dados: MEDLINE with Full Text

TOWNSEND, Mary, C. Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados – Terceira Edição. Editora Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro, 2000.

WATSON, Jean Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. – Uma Teoria de Enfermagem. Lisboa: Lusociência 2002.

WYNGA, Ardden; SMITH, Bennett – Tratado de Medicina Interna – 19ª Edição. volume 2- Guanabara Koogan 1992 – Cecil. Disponível em WWW.adeb.pt/sobre_adeb/publicações/.../estigma.htm-Encache-30/10/2011.

APÊNDICE I

ARTIGO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

A pessoa com depressão pós Acidente Vascular Cerebral

Contributos do Enfermeiro Especialista em
Saúde Mental Para a promoção da Saúde Mental

Autor: Josefina da Costa Pina¹;

Co – autores: Lino Ramos²; Joaquim Lopes³; Lucília Nunes⁴

Dezembro 2013

¹Mestranda; ²Mestre, prof. ³Prof. Dr; ⁴Prof. Dr^a

RESUMO

A Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC) é a complicação mais frequente no Acidente Vascular Cerebral (AVC), com uma taxa de prevalência estimada em 60% (Sequeira et al 2006). As repercussões da doença são significativas pelo grau de limitação funcional que provocam (Terroni et al, 2008).

De acordo com Ginkel et al (2010), é realçada a importância e o papel do enfermeiro na reabilitação física da pessoa com AVC, comparativamente à reabilitação mental, sendo pouco conhecidas as intervenções terapêuticas que podem ser realizadas nesta área. Consciencializados para a problemática existente e com intenção de intervir visando a promoção da Saúde Mental, abordamos neste documento a necessidade da continuidade de cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental, à pessoa com DPAVC. Para salientar o trabalho desenvolvido e as atividades realizadas de acordo com a intervenção pretendida, elaboramos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

O PIS assenta na prática baseada na evidência em contexto da prática clínica e baseou-se na Metodologia de Projeto, com as etapas a ele inerentes. A etapa diagnóstica que serviu de base para este documento, relacionou-se com a identificação das necessidades no domínio dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental, em pessoas com DPAVC. A problemática da situação centrou-se na pessoa com depressão pós AVC, sem acompanhamento em Saúde Mental após alta do hospital.

Com base na metodologia de projeto procedemos à deteção de alterações emocionais em pessoas internadas numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), de um hospital numa região no sul do país. Para tal, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale).

Palavras – chave: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Depressão Pós Acidente Vascular; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Metodologia de trabalho de Projeto; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

ABSTRACT

The Post Stroke Depression is the most frequent complication in stroke, with a prevalence rate estimated at 60% (Sequeira et al 2006). The repercussions of the disease are significant degree of functional limitation that cause (Terroni et al, 2008).

According Ginkel et al (2010) , is highlighted the importance and role of nurses in the physical rehabilitation of people with stroke , compared to mental rehabilitation , with little known therapeutic interventions that can be undertaken in this area . Made aware to the existing and intending to intervene problematic for the promotion of mental health, we address in this paper the need for continuity of care in skilled nursing Mental Health, the person with Post Stroke Depression. To highlight the work and activities undertaken in accordance with the intended intervention, we prepared a Draft Intervention Service (PIS).

The PIS is based on evidence-based practice in the context of clinical practice and was based on the methodology of design , with steps attached thereto. The diagnostic stage that served as the basis for this document was related to the identification of needs in the area of specialized nursing care of Mental Health, people with Post Stroke Depression. The problematic situation focused on the person with depression after stroke, unaccompanied Mental Health after discharge from hospital.

Based on the design methodology proceeded to the detection of emotional changes in people hospitalized in a stroke unit, a hospital in a region in the south. To this was applied to Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Hospital Anxiety Depression Scale).

Key - words: Post Stroke Depression, the Hospital Anxiety and Depression Scale; Methodology Project Work Nursing, Mental Health and Psychiatry.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaboramos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), baseado na metodologia de projeto, através da prática na evidência. O problema identificado relacionou-se com a depressão em utentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com necessidade de acompanhamento no domicílio após alta do hospital.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença súbita, que afeta uma zona localizada do encéfalo com défices e sintomas emocionais que variam consoante a localização da lesão (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2009).

A depressão é a doença mental que ocorre com mais frequência no AVC, afetando negativamente ao nível funcional e cognitivo (Ginkel et al 2010).

Com base na perceção do problema encontrado, a nossa intervenção centrou-se na continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio.

Como **objetivo geral** propusemos o estabelecimento de uma parceria entre o hospital e os Cuidados de Saúde Primários

através da Unidade de Cuidados na Comunidade. O estudo baseou-se na metodologia de projeto centrada na investigação, visando a resolução de problemas a partir de uma situação real e de acordo com as etapas específicas para a sua concretização (Nunes, L; Ruivo, A; Ferrito, C,2010).

Diagnóstico da situação

Esta etapa para a elaboração do PIS, foi direcionada para a deteção de alterações emocionais, em utentes com Acidente Vascular Cerebral internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC). Com a informação obtida através da psicóloga da referida unidade, ficamos a conhecer a realidade da situação, ou seja, os utentes com patologia psiquiátrica grave são referenciados para a consulta de Psiquiatria do hospital e os restantes são referenciados para a consulta externa de psicologia da referida instituição. Contudo, segundo a mesma fonte, a adesão à consulta apresenta um número muito reduzido. Pudendo este facto estar relacionado com a dificuldade na deslocação ao hospital provocada pela incapacidade motora, ao insuficiente suporte familiar ou a falta de motivação do

utente. Os dados fornecidos pelo hospital, relativamente ao acompanhamento em ambulatório de utentes com DPAVC, no período de Janeiro à Setembro de 2011, deram a conhecer que dos cento e seis utentes internados na unidade 2,12% foram acompanhados em consulta de psicologia do hospital após alta. Partindo desta evidência surgiu a pergunta: a pessoa com sinais de depressão pós AVC não beneficiaria com o acompanhamento em Saúde Mental no domicílio?

A Lei da Saúde Mental¹⁹ regulamenta a organização dos serviços de assistência, de acordo com um modelo de referência para a articulação restrita entre os cuidados hospitalares e os comunitários.

A articulação dos cuidados contribui para melhorar a continuidade dos cuidados, promover a saúde e desenvolver os conhecimentos específicos dos profissionais (Rodrigues, 2004).

A articulação dos cuidados de enfermagem em Saúde Mental reduz o estigma, pois o utente sem patologia grave deixa de ser referenciado para o serviço de psiquiatria e passa a ser acompanhado no domicílio pela Unidade de Cuidados na Comunidade. Refletindo sobre a temática e com a

intenção de desenvolver capacidades profissionais para responder às necessidades do utente em cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiatria, propusemo-nos intervir. Como objetivo geral, propusemos o estabelecimento de uma parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), para a continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio, em doentes com DPAVC e com alta do hospital. Pretendemos desta forma prevenir a doença e promover a Saúde Mental, utilizando os recursos humanos já existentes, ou seja, a enfermeira da UCC especialista em Saúde Mental. Para validação do problema com necessidade de resposta, recorremos à análise SWOT. Este método permitiu-nos representar as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Proporcionou também a reflexão e a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados para a situação (Nunes, A; Ruivo, A; Ferrito, C;2010).

Planeamento do PIS

Efetou-se o levantamento dos recursos a utilizar. Neste contexto e numa perspetiva do cuidar especializado em enfermagem de Saúde Mental, considerou-se importante a utilização de instrumentos

¹⁹ Lei n° 36/98 de 24 de Julho e do Decreto – Lei n° 35/99, de 5 de Fevereiro.

mensuráveis para a identificação adequada das alterações emocionais. Para tal efetuou-se a seleção do instrumento adequado para a avaliação de sinais de ansiedade e depressão, tendo-se optado pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Hospital Anxiety Depression Scale).

Foi solicitada a participação voluntária dos utentes após informação sobre as vantagens e dos possíveis inconvenientes do estudo. A aplicação da HADS efetuou-se com o consentimento dos utentes, devidamente esclarecidos sobre a natureza do projeto, dos seus objetivos e sobre o modo de participação. Foi demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas no preenchimento da escala e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. A amostra foi constituída por dezasseis participantes com idades compreendidas entre os quarenta e os setenta e dois anos. Dos quais 87,5% referem-se ao sexo masculino e 12,5% são referentes ao sexo feminino.

Foram incluídos neste estudo utentes conscientes, orientadas e com capacidade para o auto preenchimento da referida escala. Os utentes com AVC em estado comatoso; com alteração do estado de consciência; desorientação ou

confusão; afasia; comprometimento da linguagem em grau moderado ou grave; demência; surdez severa; hemianopsia e história de doença psiquiátrica foram excluídos do estudo.

A aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) teve como finalidade, a identificação de sinais de ansiedade e depressão em utentes com AVC. Dos dezasseis participantes 68,75% apresentaram sinais de depressão. Os dados proporcionaram também a evidência de sinais de ansiedade e depressão com maior incidência no sexo masculino, principalmente em pessoas mais jovens.

Implementação do PIS

Efetuuou-se a colheita de dados no âmbito teórico, em contexto social, político, cultural e institucional, de acordo com as realidades apresentadas. Relativamente à pesquisa sobre a temática foi encontrado um estudo realizado por enfermeiros na Austrália, cujos resultados consideraram bastante positivas as visitas domiciliárias efetuadas por enfermeiros especialistas em Saúde Mental, a utentes com DPAVC (Niall et al, 2010).

Sensibilizamos as equipas para os ganhos em saúde para os utentes, através da continuidade de cuidados em Saúde Mental no domicílio.

Discutiu-se com as equipas as fontes de informação e os dados da aplicação do instrumento de avaliação utilizado, com a finalidade de resolver o problema levantado.

Foram planeadas intervenções de enfermagem baseadas no processo de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão Beta 2, para dar resposta às necessidades em cuidados especializados. O foco de atenção em enfermagem baseou-se no estado emocional da pessoa, com intervenções relativas à angústia, ansiedade e depressão. Neste contexto foi encorajada a comunicação expressiva das emoções, demonstrada disponibilidade para a escuta e estabelecida a relação interpessoal.

A relação de ajuda visou o encontro com o utente, numa relação que se baseou na escuta para responder ao pedido de ajuda com disponibilidade, aconselhamento, com compreensão pelos seus sentimentos, de acordo com os pressupostos de Peplau (1992).

Visando a promoção na continuidade dos cuidados em Saúde Mental, efetuaram-se registos de enfermagem na carta de alta do utente, relativos à necessidade de continuidade dos cuidados em Saúde Mental, em casos identificados.

Apesar do interesse e motivação demonstrados, e do nosso papel ativo para o estabelecimento de uma parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a sua concretização não se efetivou. A ausência da consecução do objetivo traçado foi devida à indisponibilidade da enfermeira especialista da referida unidade, contrariamente ao estabelecido no início do projeto. As tentativas de encaminhamento de utentes a título experimental, também não tiveram o sucesso esperado pelo mesmo motivo, apesar das estratégias utilizadas, ficando por concluir esta etapa do projeto. Mantêm-se no entanto os contatos para que o objetivo delineado seja atingido oportunamente.

Avaliação do PIS

Apesar das estratégias utilizadas, os objetivos propostos não foram atingidos. Ficou por concluir a etapa de execução, o que não nos permitiu apresentar nesta etapa os resultados esperados. No entanto, foram dadas a conhecer as etapas

concluídas de acordo com a relação entre o problema identificado e o projeto, assim como a gestão dos recursos e os meios utilizados para atingir os objetivos propostos. A prestação de cuidados com o foco de atenção para a ansiedade, acentuou a preocupação pelo bem – estar emocional do utente. Escutar o utente, também passou a ser uma intervenção de enfermagem atribuída com mais frequência de acordo com a avaliação do utente.

Divulgação dos resultados

A divulgação à equipa de enfermagem das etapas concluídas efetuou-se através da apresentação das intervenções realizadas, da realização deste artigo e da apresentação de um poster no 6º congresso da Sociedade Portuguesa do AVC, realizado no Porto.

Conclusão

Os resultados obtidos apresentaram valores significativos de alterações emocionais para a amostra considerada, corroborando portanto com o que está descrito sobre a Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral (DPAVC).

Apesar dos esforços demonstrados, a indisponibilidade da enfermeira

especialista em Saúde Mental da UCC não permitiu o estabelecimento da parceria com o hospital, não se concretizando por isso a resolução do problema identificado, comprometendo-se assim os objetivos propostos. Contudo, o percurso para o desenvolvimento do projeto, as expectativas, a aquisição de conhecimentos e competências assim como o reconhecimento de críticas construtivas, contribuíram para a melhoria de projetos futuros.

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO Portuguesa do AVC (2009). <http://www.spavc.org>.
- DIREÇÃO Geral da Saúde - Rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental-Lisboa: DGS,2004 isbn:972- 675-089.- X. 104.
- cccGooskens. MARIEK, J, Schuurmans. LINDERMAN, Elina. HAFSTEINSDOTTIR, Thóra, B. A. Systematic review of therapeutic interventions, for poststroke depression and the role of nurses. Behalf of de Rehabilitation Guidline Stroke WorkingGroup. Journal of Clinical Nursing (2010). Disponível em onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x/pdf
- NIALL, M. BROOMFIELD; KEN, Laidlaw; HICKABOTTON, Emma; MURRAY, Marion, F. PENDREY, Rachel; WHITTICK, Janice, E; GILLESPIE, David, C. Post- stroke Depression. The case for Augmented, Individually Tailored

cognitive Behavioural Therapy. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2010.

NUNES, L; Ruivo, A; Ferrito, Cândida. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. Jan- Março (2010). Disponível na internet http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/revista_Percursos_15.pdf ISSN 1646- 5067

ORDEM DOS ENFERMEIROS- CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução, Dra Hermínia Castro, 1ª

ed. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, Lda, 2011. ISBN 978- 92- 95094 – 35-2.

PEPLAU, Hildegard, E. Relaciones interpersonales em enfermaria: um marco de referencia conceptual para enfermería psicodinâmica. Barcelona: Edições Científicas e Técnicas, S.A., 1992. ISBN 84- 458- 0146-5.

RODRIGUES, Fernando, P. Articulação entre Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental. Coleção Convergências. Setembro 2004. Climepsi- Editores.

ANEXO I

HADS- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará os profissionais de saúde que o estão a atender, a saber, como é que você se está a sentir. Leia todas as frases e marque com um X a resposta que melhor corresponder a como é que você se tem sentido na

ÚLTIMA SEMANA.

Não pense muito sobre cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que a aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A Eu sinto-me tenso e/ou contraído:</p> <p>3 A maior parte do tempo</p> <p>2 Boa parte do tempo</p> <p>1 De vez em quando</p> <p>0 Nunca</p> <p>2 D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas que anteriormente:</p> <p>0 Sim, da mesma forma que antes</p> <p>1 Não tanto como antes</p> <p>2 Só um pouco</p> <p>3 Já não consigo ter prazer em nada</p> <p>3 A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 Sim, de uma forma muito forte.</p> <p>2 Sim, mas não tão forte</p> <p>1 Um pouco, mas não me preocupa</p> <p>0 Não sinto nada disso</p> <p>4 D Sou capaz de rir e divertir com as coisas engraçadas:</p> <p>0 Da mesma forma que antes</p> <p>1 Actualmente um pouco menos</p> <p>2 Nitidamente menos agora</p> <p>3 Nunca</p> <p>A Tenho a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 A maior parte do tempo</p> <p>2 Muitas vezes</p> <p>1 De vez em quando</p> <p>0 Raramente</p> <p>6 D Sinto-me bem disposto:</p> <p>3 Nunca</p> <p>2 Poucas vezes</p> <p>1 Bastantes vezes</p> <p>0 Quase sempre</p> <p>A Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:</p> <p>0 Sempre</p> <p>1 Habitualmente</p> <p>2 Algumas vezes</p> <p>3 Nunca</p>	<p>8 D Sinto-me parado:</p> <p>3 Sempre</p> <p>2 Habitualmente</p> <p>1 Algumas vezes</p> <p>0 Nunca</p> <p>Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:</p> <p>A</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 De vez em quando</p> <p>2 Muitas vezes</p> <p>3 Quase sempre</p> <p>9 D Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:</p> <p>3 Com certeza</p> <p>2 Não tenho tanto cuidado como devia</p> <p>1 Talvez não tanto como antes</p> <p>0 Tanto como habitualmente</p> <p>Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:</p> <p>A</p> <p>3 Muito</p> <p>2 Bastante</p> <p>1 Um pouco</p> <p>0 Nada</p> <p>D Penso com prazer no que tenho a fazer:</p> <p>0 Tanto como habitualmente</p> <p>1 Menos que anteriormente</p> <p>2 Bastante menos que anteriormente</p> <p>3 Quase nunca</p> <p>A De repente tenho sensações de pânico:</p> <p>3 Com grande frequência</p> <p>2 Bastantes vezes</p> <p>1 Algumas vezes</p> <p>0 Nunca</p> <p>Sinto-me capaz de apreciar um bom livro, um programa de rádio ou TV:</p> <p>D</p> <p>0 Frequentemente</p> <p>1 Muitas vezes</p> <p>2 Poucas vezes</p> <p>3 Muito raramente</p>
--	--

A D

Nota: Consideram-se níveis significativos para patologia quando o seu total é > 8.

