

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**CONSULTA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM**  
**AO IDOSO DEPENDENTE MENTAL**

**Liliana Catarina Barroso de Sousa**

Orientação: Professor Doutor Manuel José Lopes

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiatria*

Anexos ao Relatório de Estágio

Évora, 2016

## ANEXO I - Atividade desenvolvida no EC I

### Colheita de dados, diagnósticos e plano de intervenção

#### 1. Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada em processo, na plataforma de registos do HRMr e na observação do comportamento do cliente em interação com família (esposa e filha) e cuidadores formais.

- **Data de Admissão na Unidade de Demências e Alzheimer do HRM: 20-07-2015**

#### História pessoal e familiar

Cliente com 78 anos de idade, casado e com 2 filhos, aposentado (ex-funcionário público), licenciado em Geografia. Após a aposentação manteve-se bastante ativo colaborando na gestão de jornais regionais, pintor e escritor (terá publicado 7 livros) tendo conduzido até há cerca de 2 anos. Residia, antes do internamento, com a esposa (75 anos) com apoio de empregada doméstica 3x por semana.

Há cerca de 2/3 anos terá iniciado quadro de deterioração cognitiva com diagnóstico inicial de Depressão mantendo-se vigiado em Neurologia. Confirmou-se, após exames e segundo a família, o diagnóstico de Doença de Alzheimer. Antes do internamento tem agravamento de quadro de apatia, desequilíbrio da marcha, quedas frequentes, rigidez matinal, esquecimentos frequentes, alterações de comportamento com períodos de maior reatividade aquando o confronto, sonolência diurna, agitação vespertina e confabulações.

Em 10 de maio do corrente é internado no Hospital da CUF Infante Santo por quadro confusional agudo tendo cumprido esquema de antibioterapia por ITU e transferido para a Unidade de Demências do HRM, por referência familiar e com os objetivos de internamento: reabilitação motora possível, cuidados de conforto e elaboração de plano de cuidados domiciliários.

**Diagnóstico de Admissão:** Síndrome demencial em contexto de ITU

**Antecedentes Pessoais relevantes:** Carcinoma da bexiga de baixo grau de malignidade sem indicação para QT e operado há +/- 1 ano; Dislipidemia, FA crónica sob ACO, Diabetes Mellitus tipo II e Tabagismo.

#### Observação/ Avaliação Física do Cliente

<b>1º contato com o cliente</b>	08-09-2015
<b>Avaliação Física</b>	Utente vígil, desorientado no tempo e espaço, consciente e colaborante dentro das suas possibilidades. Sem controlo de esfíncteres. Pavimento cutâneo íntegro. Ao nível das AVD's necessita ajuda moderada na higiene pessoal. Deambula com apoio unilateral sendo

	que durante o período noturno fica no leito com faixa de contenção abdominal por elevado Risco de Queda.
<b>Comunicação</b>	Utente com atividade discursiva perceptível com bloqueio de pensamento

<b>Circulação/Oxigenação</b>		
<b>Data</b>	<b>09.09.2015</b>	<b>23.09.2015</b>
<b>Tensão Arterial</b>		
<b>Freq. Cardíaca</b>		
<b>Freq. Respiratória</b>		
<b>Padrão Respiratório</b>	Espontânea, padrão abdominal, amplitude média, ritmo regular e simetria presente.	
<b>Tosse</b>	Sem acessos de tosse	
<b>Pele e mucosas</b>	Íntegras, coradas e hidratadas.	

<b>Estado Nutricional</b>	
<b>Peso</b>	83.6 Kg
<b>Altura</b>	1.75 m
<b>Hábitos alimentares</b>	Alimenta-se de dieta pastosa. 5 refeições diárias.
<b>Alterações</b>	Ausência de peças dentárias. Não usa próteses.
<b>Via de alimentação</b>	Oral
<b>Grau de dependência</b>	Dependência parcial.

<b>Eliminação</b>	
<b>Padrão vesical atual</b>	Nº micções/dia: 4 a 6 Micções na fralda e no sanitário.
<b>Padrão intestinal atual</b>	Nº de dejeções/dia: 1 a 2 de características pastosas (faz lactulose diária).

<b>Sono e Repouso</b>	
<b>Padrão atual de sono</b>	Entre 8 a 10 horas de sono noturno (faz trazadone ao deitar).

**Apresentação física e postura**

Apresenta-se com higiene pessoal cuidada, roupa adequada, com expressão facial agradável. Apresenta uma mímica sem alterações mórbidas, sorrindo de forma discreta. A postura apresentada é do tipo dorso curvo sendo a locomoção auxiliada por apoio unilateral na deambulação e transferências.

**Comportamento motor**

Utente apresenta um automatismo de levantar, em particular na sala de refeições. Tem consciência do comportamento motor que, refere não poder controlar sendo que é uma estratégia que lhe traz conforto. Este comportamento é apenas observável quando o utente não está a cumprir nenhuma tarefa pelo que, não interrompe, por exemplo, as refeições.

### **Contacto e Linguagem**

Contato visual mantido sempre que solicitado. Utente com atividade discursiva adequada mas lentificada, em particular no período da manhã e com circunloquções. Capacidade de leitura mantida. Capacidade de escrita comprometida pelo tremor das mãos.

Compreende as questões que lhe são colocadas e responde adequadamente.

É capaz de construção frásica com sujeito, tempo verbal adequado e atribuir qualidades ao sujeito.

### **Consciência de si, do corpo e o seu estado**

Apresenta continuidade de consciência. Desorientado no tempo e no espaço.

Durante as atividades manteve capacidade de atenção por curtos períodos.

Não apresenta insight para a situação de saúde atual.

### **Os Impulsos e a Vontade**

O cliente preserva consciência dos comportamentos socialmente corretos. Nunca se mostrou agressivo quer com os outros clientes, técnicos ou família. Foi possível observar, em momentos diferentes, uma interação do com a filha e com a esposa, sendo que teve uma atitude completamente ativa em relação a elas.

Apresenta diminuição da vontade no período pós-levante.

### **O Humor**

Cliente que apresenta humor eutímico com tonalidade depressiva no período pós-levante e antes do pequeno-almoço. Sem expressão de emoções inusitadas.

### **Os Afetos**

O cliente manifestou afeto pela esposa e filha aquando das visitas.

### **Consciência e orientação**

O cliente está consciente, orientado na pessoa mas, com períodos de desorientação temporal e espacial.

### ***A Forma e o Conteúdo do Pensamento***

O cliente apresenta discurso lógico e coerente respondendo à provocação do interlocutor mantendo períodos de conversação que variam quanto à concentração do pensamento: com menos concentração no período da manhã. Foi possível observar poucas vezes bloqueio do pensamento em que o discurso pode ser interrompido e não volta ao rumo inicial.

### ***Representação e Memória***

Tendo sido aplicado o MMS tem-se que o cliente apresenta um score indicativo de déficit cognitivo moderado (18/30) sendo que as categorias mais comprometidas são a Orientação e a Evocação. A memória de curto prazo encontra-se seriamente comprometida.

No que concerne à memória a longo prazo foi possível perceber que o cliente é capaz de construir a sua narrativa de vida sinalizando os acontecimentos mais importantes bem como a ocupação socioprofissional e hobbies que mantinha.

Tem o cálculo pouco comprometido (na execução do MMS apenas não foi capaz de fazer uma operação) e a capacidade visuoespacial e construtiva parece estar intacta.

### ***Senso-percepção***

O cliente não apresenta alterações do contexto perceptivo.

Instrumentos de avaliação aplicados:

25.09.2015 MMS score de 18 (30) para pessoa com escolaridade acima de 12 anos;

24.09.2015 Índice de Katz score 12 (Dependência Parcial)

24.09.2015 Índice de Lawton score 4 (Dependência grave ou total)

**Medicação instituída no internamento:**

	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Amiodarona 200		1		
Clopidogrel 75			1	
Dabigatrano exilato 110		1	1	
Donepezilo 10			1	
Escitalopram 10	1			
Lactulose 10g/15 ml Xarope	1		1	
Memantina 20	1			
Metamizol Magnésico 575		1	1	
Pantoprazol 40	1			
Paracetamol 500	2		2	
Pregabalina 75			2	
Quetiapina 100				1,5
Senosido A+Senosido B 12 mg			1	
Sinvastatina 20			1	
Tansulosina 0.4 cáp.			1	
Trazadona 50				2

## 2. Processo e Diagnósticos de Enfermagem ( CIPE)

Durante cerca de duas semanas foi possível observar a o Sr. B. na Unidade de Demências

Fazendo uso do designado por Processo de Enfermagem e que “é uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os doentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal” (Neeb, 2000, p.115) foi possível avaliar as necessidades, elaborar diagnósticos de enfermagem e planos cuidados

- i) Défice de autocuidado (Higiene e Vestir)- por incapacidade de planear e cumprir a sequência lógica das tarefas;
- ii) Comportamento compulsivo – por automatismo de levante em particular quando não está focado em nenhuma tarefa
- iii) Comunicação Comprometida- por circunloquções , bloqueios de pensamento e escrita comprometida por tremor da mão.
- iv) Memória de curto prazo Comprometida- por evidente dificuldade em evocar o que foi aprendido previamente.
- v) Atenção diminuída



### 3. Planos de Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Diagnóstico	Resultados expectáveis	Intervenções
Défice de autocuidado (Higiene e Vestir)	Manter a integridade cutânea; Promover padrão de higiene adequado; Promover a máxima <b>autonomia</b> .	Otimizar ambiente físico. Executar/Assistir higiene no chuveiro em cadeira de banho. Assistir utente na higiene facial. Assistir o utente na higiene oral e pentear-se. Estimular o utente para o autocuidado. Ensinar sobre condições de segurança para a realização da avd.
Comportamento compulsivo	Prevenir quedas e outros acidentes; Que o cliente não sinta ansiedade face ao comportamento;	Auxiliar o cliente a avaliar o resultado da ação escolhida; Providenciar segurança ambiente; Acompanhar o cliente; Encorajar o cliente a pensar sobre a necessidade do levante repentino
Comunicação Comprometida	Manter um nível efetivo ao nível da habilidade de comunicação; Responder às perguntas diretas corretamente.	Registar as mudanças no padrão de fala e escrita; Falar calma e distintamente, num tom normal, aquando da abordagem ao cliente e onde este nos possa ouvir e ver; Reorientar o cliente para a realidade; Usar frases simples; Incentivar as tentativas de comunicação e proporcionar reforço positivo para ajudar à compreensão;

		<p>Oferecer um amplo tempo de resposta. Não responder às questões se o cliente tiver a capacidade de resposta mantida;</p> <p>Repetir ou parafrasear as perguntas, se necessário;</p> <p>Remover as distrações ambientais durante as tentativas de comunicação;</p> <p>Promover sessões diárias, por curtos períodos de escrita.</p> <p>Ler diariamente o jornal.</p>
<p>Memória de curto prazo Comprometida</p>	<p>Expressar sentimentos a respeito do comprometimento da memória;</p> <p>Promover a capacidade de lembrar fragmentos de informações;</p>	<p>Estimular a memória, repetindo o último pensamento que o cliente expressou, quando adequado;</p> <p>Recordar as experiências passadas do cliente, quando adequado: por exemplo solicitar-lhe que apresente as regras do jogo Snooker que jogou durante toda a vida adulta ativa enquanto hobby;</p> <p>Implementar técnicas adequadas de memorização: por exemplo colocar o símbolo do pente na mesinha de cabeceira;</p> <p>Oferecer treino de orientação da pessoa usando datas e informações pessoais, quando adequado: por exemplo fornecer pistas para completar adágios ou ditados populares, rever as composições musicais preferidas de Wagner...</p> <p>Estimular à leitura partilhada do jornal diário que o cliente recebe;</p> <p>Facultar memória de reconhecimento de figuras, quando adequado;</p> <p>Encorajar o cliente à participação nas atividades no grupo de estimulação neurológica da Unidade de Demências;</p>
<p>Atenção diminuída</p>	<p>Melhorar a atenção durante as atividades de vida diária.</p>	<p>Estimular o cliente para o autocuidado;</p> <p>Dar pistas sobre a sequência lógicas das tarefas a cumprir durante a higiene pessoal;</p> <p>Criar um padrão sequencial diário para a AVD Higiene pessoal e Vestir</p>

## **ANEXO II - Concetualização da consulta de enfermagem desenvolvida no EC II**

A-Norma de consulta de enfermagem

B- Instrumento de avaliação

C- Formulário de registo de projeto terapêutico

D- Escalas

### **A- NORMA DE CONSULTA**

#### **Procedimento de consulta domiciliária de enfermagem à pessoa com dependência mental**

##### **Objetivo Geral**

Prestar Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade, às pessoas com dependência mental e suas famílias

##### **Específicos**

- Promover uma relação de ajuda entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário;
- Prevenir sobrecarga do cuidador ou intervir na sobrecarga;
- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família;
- Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;
- Promover a reabilitação ou a manutenção da autonomia;
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

## **Quem Executa e a quem se dirige**

Procedimento executado pelo enfermeiro especialista a exercer funções na UCC, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, a utentes/famílias integrados em ECCI e com dependência mental.

## **Procedimentos de enfermagem**

- Identifica-se;
- Marca nova consulta de enfermagem;
- Estabelece com a família os diagnósticos de enfermagem;
- Implementa intervenções tendo por base uma planificação entre consultas;
- Avalia as intervenções;
- Elabora os registos de enfermagem usando os instrumentos da consulta;
- Encaminha para outros serviços quando necessário;
- Introduce aos outros membros da equipa multidisciplinar os focos de intervenção na área da saúde mental;
- Disponibiliza contatos ao utente e/ou família.

## **B- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

<b>1. Dados de identificação</b>		
<b>Nome</b>	<b>Data de Nascimento</b>	
<b>Profissão</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado Civil</b>
<b>Morada</b>	<b>Contato</b>	
<b>Contato da Pessoa de referência</b>		

<b>2. Referenciação</b>
<b>Encaminhado por</b>
<b>Motivo de referenciação</b>
<b>Principais Queixas</b>

### 3. Contexto Familiar

Genograma

Índice de Graffar (escala preenchida e anexada)

### 4. Antecedentes Pessoais de Saúde relevantes

- a) Co-morbilidade conhecida
- b) Alergias conhecidas
- c) Medicação instituída em curso

Resumo da história clínica da dependência mental

### 5. Observação/Avaliação física

#### Circulação/Oxigenação

<b>Data</b>	
<b>Tensão Arterial</b>	
<b>Freq. Cardíaca</b>	
<b>Freq. Respiratória</b>	
<b>Padrão Respiratório</b>	
<b>Tosse</b>	
<b>Pele e mucosas</b>	Íntegras, coradas e hidratadas.

#### Estado Nutricional

<b>Peso</b>	
<b>Altura</b>	
<b>Hábitos alimentares</b>	Alimenta-se de dieta geral hiposalina. 5 refeições diárias.
<b>Alterações</b>	Ausência de peças dentárias. Não usa próteses.
<b>Via de alimentação</b>	Oral
<b>Grau de dependência</b>	Dependência parcial.

#### Eliminação

<b>Padrão vesical atual</b>	Nº micções/dia: Micções no sanitário
-----------------------------	---

Padrão intestinal atual

Nº de dejeções/dia:

### Sono e Repouso

Padrão atual de sono

Entre 8 a 10 horas de sono noturno

Visão Comprometida/Não comprometida Corrigida  Não Corrigida

Audição Comprometida/Não comprometida Corrigida  Não Corrigida

## 6. Avaliação Mental

### Apresentação sublinhar a opção

Higiene e vestuário	cuidada*descuidada*bizarra*
Idade aparente	Corresponde à real* não corresponde à real
Orientação	orientado*orientação autopsíquica*orientação alopsíquica
Contato	S/alterações*superficial*exuberante*evitativo*negativista*
Postura	s/alterações*expansiva*retraída*tensa*flácida*estereotípias*
Expressão facial	s/alterações*alegre*triste*expressiva*inexpressiva*choro fácil* aterrorizada*perplexa*hipomímia*hipermímia*risos imotivados*
Motricidade	s/alterações*inquieto*hiperativo*agitado*lento*apático
Movimentos dirigidos	s/alterações*manuseamentos*maneirismos*tiques*impulsão*compulsão
Perturbações Neurológicas	S/alterações* hipotonia*hipertonia*hipercinésia*tremores*acatisia*reação distónica aguda*parkinsonismo medicamentoso*discinesia tardia

Obs:

### Humor/Afetos sublinhar a opção

Humor Sem alterações <input type="checkbox"/>	eufórico*depressivo*lábil*delirante*elação*disfórico*
Afetos Sem alterações <input type="checkbox"/>	labilidade*ambivalência*inadequado*indiferente* superficial*embotado*

Obs:

### Linguagem sublinhar a opção

Velocidade	Lentificada*pressão*loquacidade*
------------	----------------------------------

Sem alterações

**Qualidade**

Sem alterações

**Alterações**

**Ritmo**

Sem alterações

Obs:

ecolália\*pedolália\* neologismos\*estereotípias\*discurso incoerente\*verbigeração\*tartamudez \*

Disartria\*disfasia\*afasia\*

Aumento da latência de resposta\*aumento pausa entre palavras\*

**Pensamento** sublinhar a opção

**Curso**

Taquipsíquia\*bradipsíquia\*inibição\*bloqueio\*descarrilamento\*fuga de ideias\*

**Forma**

Circunstancial\*perseverante\*inclusivo\*pobre\*tangencial\*incoerência\*

**Conteúdo**

Crenças\*ideias sobrevalorizadas\* delírios

Obs:

**Emoções** sublinhar a opção

\*euforia\*alegria\*labilidade emocional\*tristeza\*anedonia\*alexitimia\*ansiedade\*medo

Obs:

**Percepção** sublinhar a opção

**Distorções sensoriais**

s/alterações\*hiperestesias\*hipoestesias\*anestesia\*

**Enganos sensoriais**

s/alterações\*ilusões\*pseudo-alucinações\*alucinações

**Alterações da Estrutura do Eu**

s/alterações\*dissociações\*alteração da imagem corporal\*dismorfofobia\*membro fantasma\*

Obs:

**Memória** sublinhar a opção

**Memória recente**

s/alterações\*amnésia\*memórias delirantes\*agnosia\*confabulações\*criptomnesia\*

**Memória a longo prazo**

s/alterações\*amnésia\*memórias delirantes\*agnosia\*confabulações\*criptomnesia\*

Obs:

**7. Diagnósticos de Enfermagem/Resultados esperados/Intervenções/Avaliação de Efetividade**

**C- FORMULÁRIO DE REGISTO DE PROJETO TERAPÊUTICO**

**Utente**

\_\_\_\_ contato

<b>Local</b>	<b>Data</b>	<b>Duração</b>
--------------	-------------	----------------

**Intervenientes**

**Objetivos**

**Plano a implementar**

**Notas**



D- ESCALAS

## ÍNDICE DE KATZ

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Descrição		Total
<b>Tomar banho (Chuveiro ou Banheira)</b>		
√	Descrição	Pontos
	Precisa de ajuda higiene completa	1
	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo	2
	Não Precisa de Ajuda	3
<b>Vestir-se</b>		
√	Descrição	Pontos
	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir ou fica totalmente despido	1
	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos	2
	Segura as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda	3
<b>Ir ao WC</b>		
√	Descrição	Pontos
	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades	1
	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades	2
	Vai ao WC, faz a higiene e veste-se sem ajuda(Pode usar ajudas técnicas - andarilhos, bengalas, cad. de rodas)	3
<b>Locomoção</b>		
√	Descrição	Pontos
	Não sai da cama	1
	Entra e sai da cama ou cadeira com ajuda	2
	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda(Pode utilizar ajudas técnicas)	3
<b>Continência (Controle de esfínteres)</b>		
√	Descrição	Pontos
	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes	1
	Tem Acidentes ocasionais	2
	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos	3
<b>Alimentação</b>		
√	Descrição	Pontos
	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intra	1
	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão	2
	Alimenta-se sem ajuda	3

Dependente - Total de 0 a 6

Dependência Parcial (necessita de ajuda) - Total de 7 a 12

Independente - Total de 13 a 19

(Nota: A baixa pontuação corresponde maior risco)

**Classificação Geral:**

## ESCALA DE MORSE PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

Descrição		Total
<b>Antecedentes de Queda</b>		
√	Descrição	Pontos
	Não	0
	Sim	25
<b>Diagnóstico Secundário</b>		
√	Descrição	Pontos
	Não	0
	Sim	15
<b>Apoio para deambulação</b>		
√	Descrição	Pontos
	Nenhum/ Acamado/ Cadeira de rodas	0
	Bengala/ Andarilho/ Canadianas	15
	Apoia-se na mobília	30
<b>Terapia endovenosa</b>		
√	Descrição	Pontos
	Não	0
	Sim	20
<b>Marcha</b>		
√	Descrição	Pontos
	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0
	Desiquilíbrio fácil	10
	Défice da marcha	20
<b>Estado Mental</b>		
√	Descrição	Pontos
	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

(Nota: A baixa pontuação corresponde maior risco)

**Sem risco** 0 -24 Bons cuidados de enfermagem básicos

**Baixo risco** 25 -50 Intervenções padrão de prevenção de quedas

**Alto risco**  $\geq$  51 Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall prone patient. Canadian Journal on Aging 1989; 8: 366-77.V2 -Adaptação cultural e linguística, 2010 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

## ÍNDICE DE LAWTON

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

	Descrição	Total
<b>É capaz de usar o telefone ?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de ir para lugares além da distancia de marcha ?</b>		
√	Descrição	Pontos
Não selecciono	Totalmente Incapaz	0
Não selecciono	Necessita de Ajuda	1
Não selecciono	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de ir comprar as mercearias ?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de preparar as suas refeições?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de fazer a lida da casa (M) / pequenos trabalhos domésticos (arranjos, reparações,...)</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de tratar da roupa (lavar, secar,...) ?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de tomar a medicação (quando necessário) ?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2
<b>É capaz de fazer a gestão do dinheiro próprio ?</b>		
√	Descrição	Pontos
	Totalmente Incapaz	0
	Necessita de Ajuda	1
	Sem qualquer Ajuda	2

Dependência grave ou total - Total de 0 a 5  
 Dependência moderada - Total de 6 a 11  
 Dependência ligeira ou independente - Total de 12 a 17

A avaliação da quinta atividade varia de acordo com o género do utente, sendo (M) para Mulher e (H) para Homem.

## ESCALA DE BARTHEL

Descrição		Total
<b>Higiene pessoal</b>		
√	Descrição	Pontos
	Necessidade de ajuda com o cuidado pessoal	0
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5
<b>Evacuar</b>		
√	Descrição	Pontos
	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5
	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
<b>Urinar</b>		
√	Descrição	Pontos
	Incontinente ou algaliado	0
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5
	Continente (por mais de 7 dias)	10
<b>Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>		
√	Descrição	Pontos
	Dependente	0
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
<b>Alimentar-se</b>		
√	Descrição	Pontos
	Incapaz	0
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5
	Independente (comida é providenciada)	10
<b>Transferências (cadeira/cama)</b>		
√	Descrição	Pontos
	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	5
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10
	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15
<b>Mobilidade (deambulação)</b>		
√	Descrição	Pontos
	Imobilizado	0
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
<b>Vestir-se</b>		
√	Descrição	Pontos
	Dependente	0
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5
	Independente (incluindo botões, fecho e atacadores)	10
<b>Escadas</b>		
√	Descrição	Pontos
	Incapaz	0
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5
	Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10
<b>Banho</b>		
√	Descrição	Pontos
	Dependente	0
	Independente (lava-se no chuveiro/banho de imersão/usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5

90-100 Independente 60-90 Levemente dependente 40-55 Moderadamente dependente 20-35 Severamente dependente <20 Totalmente dependente

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

1. Orientação			
	Em que ano estamos?		1
	Em que mês estamos?		1
	Em que dia do mês estamos?		1
	Em que dia da semana estamos?		1
	Em que estação do ano estamos?		1
	Em que país estamos?		1
	Em que distrito vive?		1
	Em que terra vive?		1
	Em que casa estamos?		1
	Em que andar estamos?		1
2. Retenção		"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor."	
		Pêra	1
		Gato	1
		Bola	1
3. Atenção e Cálculo		"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."	
		27	1
		24	1
		21	1
		18	1
		15	1
4. Evocação		"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."	
		Pêra	1
		Gato	1
		Bola	1
5. Linguagem		a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:	
		Relógio	1
		Lápis	1
5. Linguagem		b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"	
		O RATO ROEU A ROLHA	1
5. Linguagem		c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.	
		Pega com a mão direita	1
		Dobra ao meio	1
		Coloca onde deve	1
5. Linguagem		d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; Sendo Analfabeto. Lê-se a frase.	
		Fechou os Olhos	1
5. Linguagem		e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.	
		Frase	1
6. Habilidade Construtiva		Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não Valorizar tremor ou rotação.	
		Copiou	1

**Considera-se com defeito cognitivo:**

• Analfabetos = 15 pontos\* 1 a 11 anos de Escolaridade = 22 pontos\* Com Escolaridade superior a 11 Anos = 27 pontos

## ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007) é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador Informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejava devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visita de vídeo ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

Inferior a 46 **Sem sobrecarga**; Entre 46 a 56 **Sobrecarga ligeira** Superior a 56 **Sobrecarga intensa**.

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

GRAUS: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11		Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de	

	Sintomas Gastrointestinais	plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Genitúrinários	Poliúria, urgência da micção, amenorréia, menorrágia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autônomicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		<b>TOTAL:</b>	

**Observação:** Conforme se pode constatar, esta *Escala de Ansiedade de Hamilton* (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relativo a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relativo a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter scores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O score total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

<17: ligeira

18-24: ligeira a moderada

>24: moderada a severa



## ESCALA DE GRAFFAR

### 1. Profissão do chefe de família

Diretores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários.

Chefes administrativos ou de grandes empresas e comerciantes.

Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados.

Motoristas, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza e outros (Trabalhadores manuais ou operários não especializados).

### 2. Nível de instrução do chefe de família

Ensino universitário e equivalente.

Ensino médio ou técnico superior (Técnicos e peritos).

Ensino médio ou técnico inferior (Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia).

Ensino primário completo.

Ensino Primário incompleto ou nulo.

### 3. Rendimento Familiar

A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.

Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados.

Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo.

Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas.

A Beneficência pública é que te sustenta ou à tua família.

### 4. Conforto da habitação

Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo de conforto.

Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis.

Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho.

Categoria intermédia entre andares modestos e alojamento impróprio.

Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação.

### 5. Aspetos do bairro habitado

Bairro residencial e elegante, onde os valores dos terrenos são elevados.

Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas.

Bairros em ruas comerciais, estreitas ou antigas.

Bairros operários, populosos, mal arejados, próximos de fábricas.

Bairros de lata.

Classe I: Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II: Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III: Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV: Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V: Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

## ANEXO III - Formação em serviço

### PLANO DE SESSÃO

O que é a Depressão?

Data: 18 de novembro de 2015

Tema: O que é a Depressão?

Formadores: Luísa Jorge; Liliana Barroso de Sousa

A quem se destina: Profissionais de Saúde do CS Coruche

Duração: 60 minutos

Local: Sala de reuniões do CS Coruche

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<b>Descrever os objetivos da formação</b>		Expositivo/Participativo	Diapositivos	Observação; Avaliação formal	5'
<b>Conhecer dados epidemiológicos da depressão</b>		Expositivo/Participativo	Diapositivos	“	10'
<b>Conhecer os critérios de Diagnóstico de Depressão</b>		Expositivo/Participativo	Diapositivos; filme	“	10'
<b>Conhecer tratamentos para a Depressão</b>		Expositivo	Diapositivos	“	10'
<b>Conhecer Intervenções de Enfermagem na Pessoa com Depressão</b>		Expositivo, Discussão de Grupo	Diapositivos	“	10'
<b>Conhecer as intervenções com familiares cuidadores da pessoa com depressão</b>		Expositivo/Discussão de Grupo	Diapositivos	“	15'

# Diapositivos

**O que é a DEPRESSÃO?**

Lúcia Jorge  
Liliana Sousa

**1. Impacto da doença mental**

1.1. A depressão no mundo  
1.2. A depressão em Portugal

**2. O que é a Depressão?**

2.1. Depressão vs Tristeza  
2.3. Filme

**3. Como prevenir, tratar e reabilitar a depressão**

3.1. Estratégias de intervenção  
3.2. Prática de cuidados: o familiar

**4. Debate**

O suicídio é a **2ª causa de morte** dos 15-29 anos

**350 milhões de pessoas** sofrem de depressão

**800 000 pessoas** morrem por ano

É um problema grave de saúde pública que afeta a **escolarização**, gera **absentismo laboral**, **continuado** e **conflitos familiares** complexos.

Fig.1. Carga global das doenças associadas aos programas prioritários, em DALY (YLL+YLD)

Prevalência Anual (%)

Perturbações de Humor e Distúrbios de Humor	14,4
Perturbações de Ansiedade	10,8
Perturbações Depressivas	10,4
Perturbações de Personalidade	10,0
Total	20,9

	2011	2012	2013
Norte	6,42	6,97	6,03
Centro	6,68	7,88	9,06
Lisboa e Vale do Tejo	6,71	6,23	6,79
Alentejo	6,04	7,23	6,74
Algarve	2,40	3,39	4,48

Fonte: INSA, 2015, 2016, 2017

Fig. 2. Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre doentes ativos em CSP (%) por região de saúde

Posição relativa	Integração	YLD (M)	YLD (M) de 1000
7	Perturbações Depressivas	125 719	8,37%
8	Perturbações de Ansiedade	87 782	5,89%
16	Perturbações para a Alcoolização de Substâncias	25 093	1,74%
17	Bulimia	24 278	1,68%
18	Perturbações Psicóticas não Esquizóicas	23 389	1,61%
20	Perturbações Bipolares	18 389	1,29%
27	Perturbações Sociais do Desenvolvimento	16 647	1,17%
30	Perturbações de Comportamento Alimentar	9 609	0,69%
37	Perturbações Organismas do Comportamento e do Estado de Humilhação	2 473	0,17%
50	Distúrbios Psicofisiológicos do Comportamento	2 243	0,16%
67	Distúrbios obsessivos	1 181	0,08%
<b>Perturbações Mentais e do Comportamento (total)</b>		<b>29 149</b>	

Nota: Informação que não é considerada devido à natureza da categoria de YLD. YLDs são atribuídos ao diagnóstico de nível secundário e não primário.

## Depressão

É um estado que envolve **tristeza, desencorajamento, desespero e falta de esperança** que dura semanas, meses ou ainda mais tempo...

interfere com a habilidade da pessoa de desenvolver as actividades habituais

## Depressão vs Tristeza



## O que é a Depressão?

- critérios diagnóstico CDI-10

Em episódios depressivos o indivíduo usualmente sofre de:

**Humor deprimido**  
**Perda de interesse e prazer**  
**Energia alterada**

(a) Concentração e atenção reduzidas;  
(b) Autoestima e autoconfiança reduzidas;  
(c) Ideias de culpa e inutilidade;  
(d) Visões desoladas e pessimistas do futuro;  
(e) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio;  
(f) Sono perturbado;  
(g) Apetite alterado

Duração de 2 semanas



0

11

12

Problema	Impacto	IAS	IAS relativo de 100
1. Perda de autonomia	24,7%	1,3	1,3
2. Perda de capacidade de trabalho	23,1%	1,2	1,2
3. Perda de capacidade de mobilidade	20,8%	1,1	1,1
4. Perda de capacidade de comunicação	18,2%	1,0	1,0
5. Perda de capacidade de gestão	17,5%	0,9	0,9
6. Perda de capacidade de orientação	16,8%	0,9	0,9
7. Perda de capacidade de aprendizagem	16,2%	0,8	0,8
8. Perda de capacidade de organização	15,5%	0,8	0,8
9. Perda de capacidade de memória	14,8%	0,7	0,7
10. Perda de capacidade de compreensão	14,2%	0,7	0,7
11. Perda de capacidade de expressão	13,5%	0,7	0,7
12. Perda de capacidade de percepção	12,8%	0,6	0,6
13. Perda de capacidade de raciocínio	12,2%	0,6	0,6
14. Perda de capacidade de atenção	11,5%	0,6	0,6
15. Perda de capacidade de motricidade	10,8%	0,5	0,5
16. Perda de capacidade de equilíbrio	10,2%	0,5	0,5
17. Perda de capacidade de coordenação	9,5%	0,5	0,5
18. Perda de capacidade de orientação espacial	8,8%	0,4	0,4
19. Perda de capacidade de orientação temporal	8,2%	0,4	0,4
20. Perda de capacidade de orientação social	7,5%	0,4	0,4
21. Perda de capacidade de orientação emocional	6,8%	0,3	0,3
22. Perda de capacidade de orientação intelectual	6,2%	0,3	0,3
23. Perda de capacidade de orientação moral	5,5%	0,3	0,3
24. Perda de capacidade de orientação ética	4,8%	0,2	0,2
25. Perda de capacidade de orientação filosófica	4,2%	0,2	0,2
26. Perda de capacidade de orientação religiosa	3,5%	0,2	0,2
27. Perda de capacidade de orientação política	2,8%	0,1	0,1
28. Perda de capacidade de orientação económica	2,2%	0,1	0,1
29. Perda de capacidade de orientação jurídica	1,5%	0,0	0,0
30. Perda de capacidade de orientação científica	0,8%	0,0	0,0
31. Perda de capacidade de orientação artística	0,2%	0,0	0,0
32. Perda de capacidade de orientação desportiva	0,1%	0,0	0,0
33. Perda de capacidade de orientação lúdica	0,0%	0,0	0,0
34. Perda de capacidade de orientação social	0,0%	0,0	0,0
35. Perda de capacidade de orientação emocional	0,0%	0,0	0,0
36. Perda de capacidade de orientação intelectual	0,0%	0,0	0,0
37. Perda de capacidade de orientação moral	0,0%	0,0	0,0
38. Perda de capacidade de orientação ética	0,0%	0,0	0,0
39. Perda de capacidade de orientação filosófica	0,0%	0,0	0,0
40. Perda de capacidade de orientação religiosa	0,0%	0,0	0,0
41. Perda de capacidade de orientação política	0,0%	0,0	0,0
42. Perda de capacidade de orientação económica	0,0%	0,0	0,0
43. Perda de capacidade de orientação jurídica	0,0%	0,0	0,0
44. Perda de capacidade de orientação científica	0,0%	0,0	0,0
45. Perda de capacidade de orientação artística	0,0%	0,0	0,0
46. Perda de capacidade de orientação desportiva	0,0%	0,0	0,0
47. Perda de capacidade de orientação lúdica	0,0%	0,0	0,0
48. Perda de capacidade de orientação social	0,0%	0,0	0,0
49. Perda de capacidade de orientação emocional	0,0%	0,0	0,0
50. Perda de capacidade de orientação intelectual	0,0%	0,0	0,0
51. Perda de capacidade de orientação moral	0,0%	0,0	0,0
52. Perda de capacidade de orientação ética	0,0%	0,0	0,0
53. Perda de capacidade de orientação filosófica	0,0%	0,0	0,0
54. Perda de capacidade de orientação religiosa	0,0%	0,0	0,0
55. Perda de capacidade de orientação política	0,0%	0,0	0,0
56. Perda de capacidade de orientação económica	0,0%	0,0	0,0
57. Perda de capacidade de orientação jurídica	0,0%	0,0	0,0
58. Perda de capacidade de orientação científica	0,0%	0,0	0,0
59. Perda de capacidade de orientação artística	0,0%	0,0	0,0
60. Perda de capacidade de orientação desportiva	0,0%	0,0	0,0
61. Perda de capacidade de orientação lúdica	0,0%	0,0	0,0
62. Perda de capacidade de orientação social	0,0%	0,0	0,0
63. Perda de capacidade de orientação emocional	0,0%	0,0	0,0
64. Perda de capacidade de orientação intelectual	0,0%	0,0	0,0
65. Perda de capacidade de orientação moral	0,0%	0,0	0,0
66. Perda de capacidade de orientação ética	0,0%	0,0	0,0
67. Perda de capacidade de orientação filosófica	0,0%	0,0	0,0
68. Perda de capacidade de orientação religiosa	0,0%	0,0	0,0
69. Perda de capacidade de orientação política	0,0%	0,0	0,0
70. Perda de capacidade de orientação económica	0,0%	0,0	0,0
71. Perda de capacidade de orientação jurídica	0,0%	0,0	0,0
72. Perda de capacidade de orientação científica	0,0%	0,0	0,0
73. Perda de capacidade de orientação artística	0,0%	0,0	0,0
74. Perda de capacidade de orientação desportiva	0,0%	0,0	0,0
75. Perda de capacidade de orientação lúdica	0,0%	0,0	0,0
76. Perda de capacidade de orientação social	0,0%	0,0	0,0
77. Perda de capacidade de orientação emocional	0,0%	0,0	0,0
78. Perda de capacidade de orientação intelectual	0,0%	0,0	0,0
79. Perda de capacidade de orientação moral	0,0%	0,0	0,0
80. Perda de capacidade de orientação ética	0,0%	0,0	0,0
81. Perda de capacidade de orientação filosófica	0,0%	0,0	0,0
82. Perda de capacidade de orientação religiosa	0,0%	0,0	0,0
83. Perda de capacidade de orientação política	0,0%	0,0	0,0
84. Perda de capacidade de orientação económica	0,0%	0,0	0,0
85. Perda de capacidade de orientação jurídica	0,0%	0,0	0,0
86. Perda de capacidade de orientação científica	0,0%	0,0	0,0
87. Perda de capacidade de orientação artística	0,0%	0,0	0,0
88. Perda de capacidade de orientação desportiva	0,0%	0,0	0,0
89. Perda de capacidade de orientação lúdica	0,0%	0,0	0,0
90. Perda de capacidade de orientação social	0,0%	0,0	0,0
91. Perda de capacidade de orientação emocional	0,0%	0,0	0,0
92. Perda de capacidade de orientação intelectual	0,0%	0,0	0,0
93. Perda de capacidade de orientação moral	0,0%	0,0	0,0
94. Perda de capacidade de orientação ética	0,0%	0,0	0,0
95. Perda de capacidade de orientação filosófica	0,0%	0,0	0,0
96. Perda de capacidade de orientação religiosa	0,0%	0,0	0,0
97. Perda de capacidade de orientação política	0,0%	0,0	0,0
98. Perda de capacidade de orientação económica	0,0%	0,0	0,0
99. Perda de capacidade de orientação jurídica	0,0%	0,0	0,0
100. Perda de capacidade de orientação científica	0,0%	0,0	0,0

Após viverem com incapacidade devido à incapacidade por Perturbações Mentais e do Comportamento, pessoas relatam no contexto das suas causas de incapacidade, números e percentagens do total de anos vividos com incapacidade, Portugal (2018)



Cuidar da pessoa com depressão

13



14



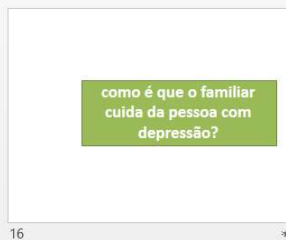
15



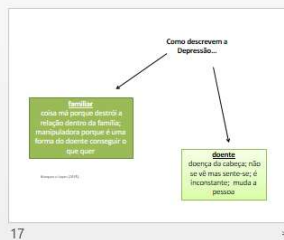
Depressão

é um estado que envolve tristeza, desencorajamento, desespere, falta de esperança que dura semanas, meses ou ainda mais tempo. Interfere com a habilidade da pessoa de desenvolver as atividades habituais

0



16



17



18



19

Os familiares vivem o processo de cuidar com muita instabilidade e dúvida —> o certo o que faço?

É preciso conhecer a família e os seus elementos cuidadores, qual o seu potencial para cuidar, como o fazem e as suas necessidades.

Assim, os enfermeiros podem:

- ajudar os familiares cuidadores
- definir estratégias conjuntas
- e levar a cabo intervenções que ajudem a cuidar de quem cuida

20



21



O que é a DEPRESSÃO?

Luisa Jorge  
Liliana Sousa

Obrigada!

15/03/2020

## ANEXO IV - Estudo de Caso 1

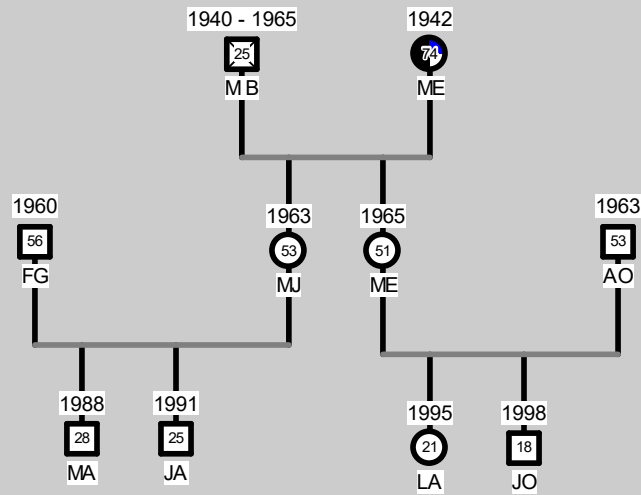
### 1. Colheita de dados

Dados de identificação		
<b>Nome</b>	M.E	<b>Data de Nascimento</b> 08/08/1948
<b>Profissão</b>	Reformada de auxiliar de ação educativa	<b>Escolaridade</b> 4ª classe
<b>Estado Civil</b>	Viúva	
<b>Morada</b>	-	<b>Contato-</b>
<b>Contato da Pessoa de referência -</b>		

Referenciação (para ECCI)
<b>Encaminhado por</b> UEGA
<b>Motivo de referenciação:</b> Utente de 72 anos de idade, parcialmente dependente nas AVDs, orientada no tempo e espaço, vive sozinha. Durante o dia tem a mãe com 94 anos que faz companhia e à noite tem as filhas (2) que vão alternando diariamente. Tem AP de Parkinson (2007) e Perturbações Depressivas (2010). Neste momento a utente apresenta a mobilidade ligeiramente limitada, mas as filhas referem que por vezes tem crises que a deixam mais dependente de terceiros na satisfação das AVDs. Para a deambulação utiliza o andarilho. Na eliminação vesical, por vezes tem alguma incontinência, na eliminação intestinal por vezes tem obstipação necessitando de medicação. As filhas são as principais cuidadoras, alternando diariamente.
<b>Principais Queixas:</b> Dificuldades na mobilidade e queixas na resolução de tarefas que mobilizem a atenção e memória.

## Contexto Familiar

### Genograma



Índice de Graffar Família Classe III

## Antecedentes Pessoais de Saúde relevantes

**Co-morbilidade conhecida:** Tem AP de Parkinson (2007) e Perturbações Depressivas (2010).

**Alergias conhecidas:** Não refere.

**Medicação instituída em curso** Sinemet 25/100 (011110); Escitalopram 10 (000001); Sinemet CR (010001); Rivotril 2 (000001 ou 2); Clozapina 25 (000001/2); Ropinirol 8 LP (010000); Rivastigmina 9.5 1 TD diário.

**Resumo da história clínica da dependência mental:** Há cerca de dois anos tem agravamento de sintomatologia, nomeadamente “freezings” e perda de memória recente que a tornam mais dependente das filhas.

## Observação/Avaliação física

Circulação/Oxigenação

Data	8.10.2015
Tensão Arterial	89/63mmHG

Freq. Cardíaca	68 bpm
Freq. Respiratória	20 ciclos/min
Padrão Respiratório	Normal
Tosse	Ausente
Pele e mucosas	Íntegras, coradas e hidratadas.

#### Estado Nutricional

Peso	65 kg
Altura	1.65 m
Hábitos alimentares	Alimenta-se de dieta geral hiposalina. 5 refeições diárias.
Alterações	Ausência de peças dentárias. Não usa próteses.
Via de alimentação	Oral
Grau de dependência	Dependência parcial.

#### Eliminação

Padrão vesical atual	Nº micções/dia: Micções no sanitário- 5 a 6
Padrão intestinal atual	Nº de dejeções/dia: 1

#### Sono e Repouso

Padrão atual de sono	Entre 8 a 10 horas de sono noturno
----------------------	------------------------------------

**Visão Comprometida/Não comprometida** Corrigida  Não Corrigida

**Audição Comprometida/Não comprometida** Corrigida  Não Corrigida

#### Avaliação Mental

Apresentação <sup>sublinhar a opção</sup>	
Higiene e vestuário	<u>cuidada</u> *descuidada*bizarra*

Idade aparente	<u>Corresponde à real</u> * não corresponde à real
Orientação	<u>orientado</u> *orientação autopsíquica*orientação alopsíquica desorientado* desorientação autopsíquica* desorientação alopsíquica*
Contato	<u>S/alterações</u> *superficial*exuberante*evitativo*negativista *
Postura	s/alterações*expansiva* <u>retraída</u> *tensa*flácida*estereotipi as*
Expressão facial	s/alterações*alegre* <u>triste</u> *expressiva*inexpressiva*choro fácil* aterrorizada*perplexa*hipomimia*hipermimia*risos imotivados*
Motricidade	s/alterações*inquieto*hiperativo*agitado* <u>lento</u> *apático
Movimentos dirigidos	<u>s/alterações</u> *manuseamentos*maneirismos*tiques*impulsi ão*compulsão
Perturbações Neurológicas	S/alterações* hipotonia*hipertonia*hipercinésia* <u>tremores</u> *acatisia* reação distónica aguda* parkinsonismo medicamentoso*discinesia tardia
Obs: A utente apresenta movimentos involuntários dos membros inferiores quando está sentada. Períodos de instabilidade postural quando sentada. Descreve fenómenos de <i>freezing</i> aos quais se refere com bastante ansiedade por medo de que voltem a acontecer sem as cuidadoras estarem por perto.	
Humor/Afetos <small>sublinhar a opção</small>	



Humor

Sem alterações

Afetos

Sem alterações

Obs:

eufórico\*depressivo\*lábil\*delirante\*elação\*disfórico\*

labilidade\*ambivalência\*inadequado\*indiferente\*  
superficial\*embotado\*

Linguagem sublinhar a opção

Velocidade

Sem alterações

Qualidade

Sem alterações

Alterações

Ritmo

Sem alterações

Obs: Discurso com uso recorrente de paráfrases

Lentificada\*pressão\*loquacidade\*

ecolália\*pedolália\* neologismos\*estereotípias\*discurso  
incoerente\*verbigeração\*tartamudez \*

Disartria\*disfasia\*afasia\*

Aumento da latência de resposta\*aumento pausa entre  
palavras\*

Pensamento sublinhar a opção

Curso

Forma

Conteúdo

Obs:

Taquipsíquia\*bradipsíquia\*inibição\*bloqueio\*  
descarrilamento\*fuga de ideias\*

Circunstancial\*perseverante\*inclusivo\*pobre\*tangenci  
al\*incoerência\*

Crenças\*ideias sobrevalorizadas\* delírios

Emoções sublinhar a opção

\*euforia\*alegria\*labilidade  
emocional\*tristeza\*anedonia\*alexitimia\*ansiedade\*me  
do

Obs:

Percepção sublinhar a opção

Distorções sensoriais	<u>s/alterações</u> *hiperestesias*hipoestesias*anestesia*
Enganos sensoriais	<u>s/alterações</u> *ilusões*pseudo-alucinações*alucinações
Alterações da Estrutura do Eu	<u>s/alterações</u> *dissociações* alteração da imagem corporal*dismorfofobia* membro fantasma*

Obs:

Memória sublinhar a opção

Memória recente	<u>s/alterações</u> * <u>amnésia</u> *memórias delirantes*agnosia*confabulações*criptomnesia*
Memória a longo prazo	<u>s/alterações</u> * <u>amnésia</u> *memórias delirantes*agnosia*confabulações*criptomnesia*

Obs:

### 15.10.2015

Mini-Mental State- 22 (pontos de corte na população portuguesa considera-se defeito cognitivo). Orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação não comprometidos. Linguagem ligeiramente comprometida e habilidade construtiva seriamente comprometida.

Índice de Barthel 70 (ligeiramente dependente)

Índice de Lawton, 8 (dependência moderada)

Índice de Katz 14 (independente)

Escala de Morse 65 (Alto risco)

Escala de sobrecarga do cuidador 21 (ausência de sobrecarga)

### 13.11.2015

Mini-Mental State 22

Índice de Barthel 65

Índice de Lawton 8

Índice de Katz 14

Escala de Morse 65 (Alto risco)

**19.11.2015**

Escala de Hamilton 24 (gravidade moderada)

**22.01.2016**

Mini-Mental State 23

Índice de Barthel 65

Índice de Lawton 8

Índice de Katz 14

Escala de Morse 65 (Alto risco)

Escala de sobrecarga do cuidador 21

Escala de Hamilton 18 (gravidade moderada)

## 2. Planos de Cuidados (CIPE)

## Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções/Resultados mais relevantes

**Foco:** Comunicação

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Lentificação da cadeia associativa; uso de paráfrases no discurso

**Intervenções:**

Comunicar (de forma eficaz tendo em conta os aspetos verbais e não verbais);

Assistir na expressão de sentimentos;

Gerir técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feed-back e reformulação);

Entrevistar;

Encorajar a comunicação (entre o doente e restante família);

Envolver o doente;

Estar presente;

Escutar;

Conversar sobre assuntos de interesse

**Resultado:** “Gosto que venham cá”. Expressa espontaneamente sentimentos.

**Foco:** Memória

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Alguma deterioração da memória recente

**Intervenções:** Gerir ambiente; avaliar capacidades de memória; promover estimulação de memória; expressar sentimentos a respeito do comprometimento da memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; executar terapia pela reminiscência; supervisionar memória

**Resultado:** Memória efetiva

**Foco:** Orientação temporal

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Sabe a estação do ano em que se encontra mas desconhece o resto

**Intervenções:** Gerir ambiente, orientar a pessoa (utilizar calendários e relógios), promover o relacionamento interpessoal, executar terapia de orientação para a realidade, orientar cuidador sobre precauções de segurança.

**Resultado:** Orientação melhorada

**Foco:** Tristeza

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Sente-se com alguma frequência triste

**Intervenções:** Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, promover humor adequado, supervisionar humor.

**Resultado:** Tristeza crónica melhorada

**Foco:** Autoestima

**Juízo:** Diminuída

**Justificação:** Verbalização de descontentamento, verbalização de descontentamento em relação a si. Desafio de imagens negativas que possuía sobre si própria, com a verbalização da não realização de papéis significativos como o de ser avó que pode ajudar os netos e filha que cuida da sua mãe octogenária- “ela está sempre a dizer que eu não sou capaz de fazer nada e eu realmente não sou capaz de fazer por ela, até tenho vergonha”.

**Intervenções:** Executar presença, oferecer escuta ativa, gerir ambiente, promover participação em atividades de distração, melhorar o autoconhecimento, executar relação de ajuda, supervisionar a frequência de avaliações negativas.

**Resultado:** Autoestima positiva

**Foco:** Ansiedade

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Descreve ansiedade e procura informação para reduzir ansiedade

**Intervenções:** Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.

**Resultado:** Ansiedade diminuída

## **CUIDADORAS**

**Foco:** Conhecimento sobre medidas de segurança

**Juízo:** Ausente

**Justificação:** A utente e as filhas verbalizam receio que a mãe tome banho sozinha pois temem que ela possa ter episódio de queda e não querem, por outro lado, supervisionando que, a mãe perca essa autonomia na higiene pessoal.

**Intervenções:** Instruir sobre medidas de segurança

**Resultado:** Conhecimento sobre medidas de segurança presente

### 3. Projeto Terapêutico

---

**Utente** ME

**Primeiro contato**

<b>Local</b>	Domicílio da Utente	<b>Data</b>	8 de outubro de 2015	<b>Duração</b>	80 minutos
--------------	---------------------	-------------	----------------------	----------------	------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Avaliar se reúne critérios de inclusão no projeto (idoso, com dependência mental e disponibilidade para aceitar a intervenção); Realizar primeiro contato e estabelecer relação com a utente/família, promover uma relação de ajuda utente/família enfermeira, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, avaliação breve do estado mental da utente e entrevista informal com a principal cuidadora.

**Notas de campo** A utente recebe-nos com afabilidade a família está empenhada no processo terapêutico.

---

---

**Utente** ME

**Segundo contato**

<b>Local</b>	Domicílio da Utente	<b>Data</b>	15 de outubro de 2015	<b>Duração</b>	60 minutos
--------------	---------------------	-------------	-----------------------	----------------	------------

**Intervenientes** Utente, Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Avaliar a aparência geral e o grau de autonomia do utente, Avaliação breve psicopatológica e as suas repercussões nas AVDs; *Instrumentos utilizados: instrumento para a colheita de dados, MMS, Graffar, Barthel, Katz, Braden e Escala de Zarit*

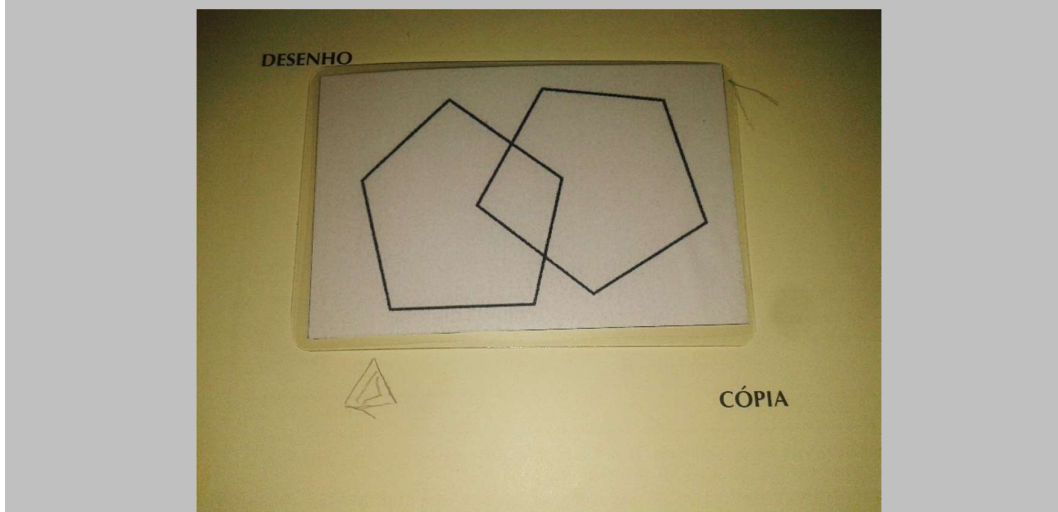
**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, aprofundar com a cuidadora a repercussões negativas face ao cuidar; Treino cognitivo à utente com orientação para a realidade, exercícios de estimulação (Atenção, Gnosias e Linguagem)

**Notas de campo**

---

Elaboração do MMES. Fizemos estimulação cognitiva, introduzindo um calendário onde assinalámos o dia, explorando outros instrumentos como o despertador que as filhas usam para lhe lembrar as tomas da medicação. O despertador toca e percebemos que temos de relembrar, insistindo para a toma. A utente aborda sistematicamente a questão fazendo uso do humor. Correspondemos e definimos com ela que talvez fosse melhor a família fornecer a medicação.

Na entrevista informal com a cuidadora, que aborda as enfermeiras no final da sessão, alertamos para que a estratégia do despertador possa vir a ser alterada devido à deterioração cognitiva. Sugere-se que as filhas possam revezar-se.



---

### **Utente ME**

#### **Terceiro contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Comunicação comprometida, memória comprometida, orientação temporal comprometida, conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos

<b>Local</b>	Domicílio da Utente	<b>Data</b>	22 de outubro de 2015	<b>Duração</b>	90 minutos
--------------	---------------------	-------------	-----------------------	----------------	------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Treinar memória através de técnicas de memória, instruir cuidador sobre técnicas de memória; Realizar entrevista semiestruturada à cuidadora (explorar as repercussões do cuidar)

---

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, Treino cognitivo à utente com orientação para a realidade, exercícios de estimulação (Atenção, Gnosias e Linguagem)

**Notas de campo**

Exercícios de orientação com material que construímos para a sessão. É necessária estimulação e pistas para a utente solucionar com satisfação os problemas que lhe são colocados sem colocar pressão no “dever” de acertar ou agradar à interlocutora.



---

Reconhecimento visual - (Nunes e Pais, 2006, p.163) reconheceu todos menos  
2. Exercício da atenção (Nunes e Pais, 2006, p.51-52) deixamos para a utente poder usar durante a semana. Fotografamos os gatos: Faisca, Pulginha, Caramelo, Bichaninha. A filha tirou os comprimidos de cima do despertador. Passou a ir à hora das tomas fornecer a medicação supervisionando as tomas.

**Entrevista semiestruturada ao principal cuidador**

---

**Data** 22 Outubro 2015    **Local** Domicilio da utente    **Duração** 15'

---



### **Aspetos a explorar**

- i) Que motivos o levaram a cuidar?
- ii) O que sabe da atual situação de dependência do familiar?
- iii) Que dificuldades encontra e em que momentos nesta situação de cuidador?
- iv) Que estratégias usou para enfrentar e gerir a situação de cuidar?
- v) Aspetos positivos/negativos da prestação de cuidados.

### **Notas da entrevista**

---

A entrevista decorreu no espaço da cozinha, em que explicámos à cuidadora o objetivo principal da mesma tendo em conta que procurávamos melhorar não só a prestação de cuidados à utente mas, também nos preocupamos com a família e a forma como esta gere toda a situação. Não obtivemos autorização para gravar a entrevista mas, fomos supervisionados pela enfermeira especialista. A entrevista ocorre num momento em que já fizemos uma avaliação breve pela escala de sobrecarga do cuidador que nos “indica” ausência de sobrecarga mas, ainda assim quisemos explorar a relação com a cuidadora e perceber mais profundamente diversos aspetos do cuidar.

A cuidadora refere que tanto ela como a sua irmã estão a conseguir encontrar estratégias para solucionar as situações que vão surgindo e pensa que o ambiente familiar se tem adaptado de forma saudável. Mostra-se preocupada com o agravamento da dependência e o que isso pode significar no futuro em termos de institucionalização da mãe. Colocamos, na entrevista, a possibilidade futura a discutir em família, de equacionar a resposta comunitária local existente no Centro de Dia.

O feedback da entrevista feita pela enfermeira supervisora devolveu-nos a incapacidade de colocar à cuidadora as repercussões positivas associadas ao cuidar, pelo que nos focámos demasiado nos aspetos negativos como se fossem apenas esses os expectáveis. Conseguimos e a supervisora concordou connosco, estabelecer empaticamente uma relação que colocou a cuidadora à vontade, sem formalismos, e colocando dúvidas sobre aspetos concretos de alguma sintomatologia e medicação.

---

## Utente ME

### Quarto contato

**Diagnósticos de enfermagem:** Comunicação comprometida, autoestima comprometida, memória comprometida

<b>Local</b> Domicílio da Utente	<b>Data</b> 29 de outubro de 2015	<b>Duração</b> 90 minutos
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Promover estimulação de memória; expressar sentimentos a respeito do comprometimento da memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; supervisionar memória, oferecer escuta ativa, gerir ambiente, promover participação em atividades de distração, melhorar o autoconhecimento, executar relação de ajuda, supervisionar a frequência de avaliações negativas.

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária. Exercícios de estimulação de memória, terapia pela reminiscência.

### Notas de campo



Com instrumentos que produzimos (fotografias dos 4 gatos e os nomes para colocar) demos resposta a uma dificuldade que a utente nos tinha verbalizado. Tem 4 gatos de estimação e embora os reconheça tem dificuldade em nomeá-los. Fez-se a nomeação correta e construiu-se um álbum dos gatos.

Tendo em conta que a utente refere sentir-se inútil nas tarefas diárias ajudámos a estender a roupa organizando-a no estendal segundo as suas orientações, ou seja, como sempre fez.

---

## Utente ME

### Quinto contato

**Diagnósticos de enfermagem:** Memória comprometida, ansiedade presente, comunicação comprometida, conhecimento sobre o regime dietético (cuidadoras) comprometido

<b>Local</b>	Domicílio da Utente	<b>Data</b>	5 de novembro de 2015	<b>Duração</b>	
	90 minutos				

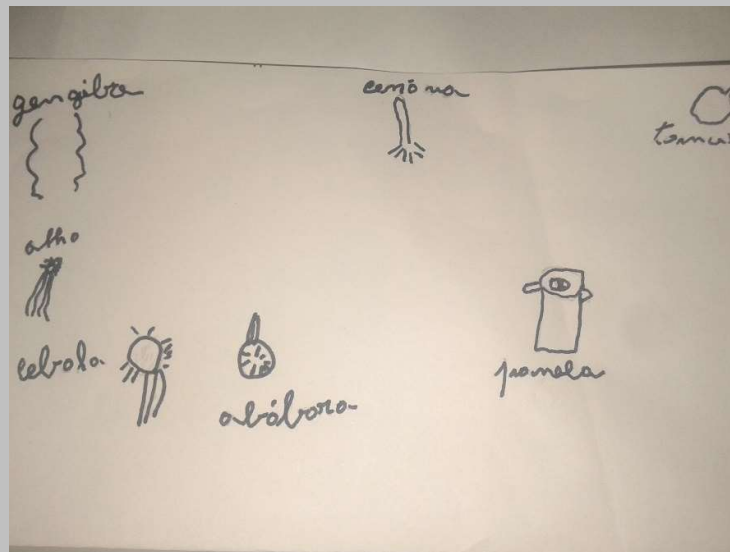
**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Executar presença, oferecer escuta ativa, gerir ambiente, promover participação em atividades de distração, melhorar o autoconhecimento, executar relação de ajuda, supervisionar a frequência de avaliações negativas. Gerir técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feed-back e reformulação); Envolver o doente; Estar presente; Escutar; Conversar sobre assuntos de interesse

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária, exercícios de estimulação de memória, terapia pela reminiscência, validar introdução de sugestões de alteração no regime dietético face a obstipação.

### Notas de campo

Hoje, tendo em conta que a profissão da utente era auxiliar de educação e que fazia parte das sus competências profissionais cozinhar refeições para os alunos da escola primária e professoras estabelecemos como objetivo da sessão, com a utente, que nós aprendêssemos a fazer uma sopa saudável “à maneira da escola”. Como não fora possível enumeração por lentificação da cadeia associativa fizemos uma esquema desenhando.



A cuidadora refere obstipação recente associada à medicação. Sugerimos algumas alterações à dieta com introdução de fibras, reforço da hidratação e toma de lactulose em dias alternados.

---

## Utente ME

### Sexto contato

**Diagnósticos de enfermagem:** Memória comprometida, orientação temporal comprometida, ansiedade presente, tristeza presente, conhecimento sobre o processo patológico comprometido.

<b>Local</b> Domicílio da Utente	<b>Data</b> 13 de novembro de 2015	<b>Duração</b> 90 minutos
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Gerir ambiente, orientar a pessoa (utilizar calendários e relógios), promover o relacionamento interpessoal, executar terapia de orientação para a realidade; avaliar capacidades de memória; promover estimulação de memória; expressar sentimentos a

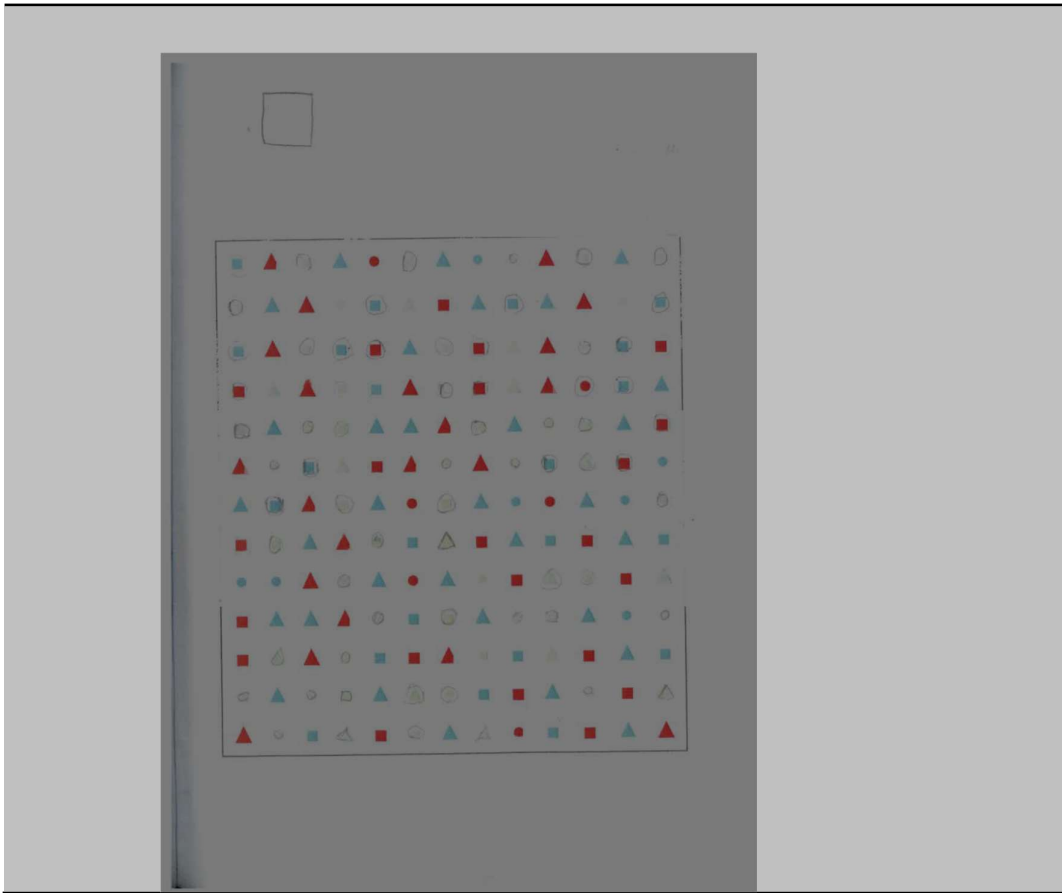
respeito do comprometimento da memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; supervisionar memória.

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária, instruir sobre medidas de segurança, exercícios de estimulação da memória, terapia pelo humor e terapia pela reminiscência.

### **Notas de campo**

Iniciámos a sessão por fazer com a utente alguns exercícios com calendário e relógio e iniciámos exercícios de atenção. A utente apresentou-se demasiado cansada com estes exercícios que, não terminou. Pensamos que foram exigentes demais, desdramatizamos a situação, sublinhamos o sucesso que teve no exercício. A utente refere tristeza por episódio de *freezing* no dia anterior. Referimos a importância de manter o autocontrolo durante estes episódios e ensinámos alguns truques que é possível experimentar para melhor ultrapassar estes episódios: realizar gestos com os braços, evitar o “arranque” apressado, contar mentalmente, olhar para a frente e não para os pés.

Colocámos ainda às cuidadoras a necessidade de retirar os tapetes do quarto pois, são sérios obstáculos que, em caso de *freezing* podem potenciar a queda da utente. Validámos o sucesso das medidas implementadas no que concerne à dieta.



---

**Utente ME**

**Sétimo contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido, tristeza presente, ansiedade presente

<b>Local</b>	Domicílio da Utente	<b>Data</b>	19 de novembro 2015	<b>Duração</b>	90 minutos
--------------	---------------------	-------------	---------------------	----------------	------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, promover humor adequado, supervisionar humor.

---

---

## Plano a implementar Marcar nova consulta domiciliária, terapia pela reminiscência.

### Notas de campo

Durante esta sessão colocámos identificadores do champô e do gel duche pois já há algum tempo que a utente não conseguia distinguir as duas embalagens. Durante o momento da sessão que estivemos na casa de banho a identificar a embalagem a filha que estava presente referiu-nos a dificuldade que sentia na mãe quando esta levantava a perna para entrar na banheira pelo risco que queda. Sugerimos, sabendo que a família tem a necessária capacidade económica, que a família pudesse fazer um investimento numa cadeira de banho adequada à banheira.

Ainda durante esta sessão pudemos explorar a memória longínqua acerca do marido, dos procedimentos do namoro autóctones (que previamente havíamos preparado), do baile, do traje das moças, do papel da jovem mulher na família, no casamento e no trabalho.

Fizemos ainda terapia usando o mediador de expressão corporal: dança- por sugestão da utente que nos quis mostrar alguns preceitos dos passes de baile.



---

**Utente ME**

**Oitavo contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Ansiedade presente, tristeza presente, comunicação comprometida, memória comprometida

**Local** Domicílio da Utente **Data** 9 de dezembro de 2015

**Duração** 90 minutos

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos Gerir** técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feedback e reformulação, promover participação em atividades de distração, executar relação de ajudar, gerir ambiente, estimular a cognição e a memória, diminuir ansiedade.

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária; Terapia pela reminiscência

**Notas de campo**

Nesta sessão planificámos anteriormente a elaboração de um bolo de mel segundo a receita da utente. Enumerámos ingredientes, fizemos as medidas necessárias, juntando os ingredientes.





Utente ME

Último contato

Diagnósticos de enfermagem: Comunicação comprometida

**Local** Domicílio da Utente **Data** 7 de janeiro de 2015

**Duração** 90 minutos

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

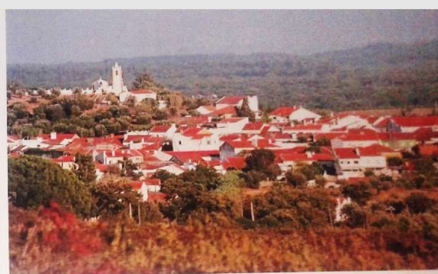
**Objetivos** Estimular memória, diminuir tristeza, executar relação de ajuda, encerrar as sessões com a nossa presença.

**Plano a implementar** Estimulação de memória, orientação no tempo, terapia pela reminiscência (a ser seguido)

### Notas de campo

As cuidadoras informaram-nos da colocação da cadeira do banho na banheira e da retirada de alguns obstáculos na casa (tais como tapetes) e informaram ainda que já tinha iniciado diligências e que a mãe havia concordado em frequentar o centro de dia da comunidade.

Na última sessão com a utente levámos várias fotos que fizemos de espaços emblemáticos na aldeia para podermos aceder ao seu reconhecimento e associar-lhe as memórias individuais sendo que estas fotografias não foram suficientes para todo o que ainda havia para contar e a utente quis disponibilizar para folhearmos juntas o álbum de família



#### **4. Avaliação**

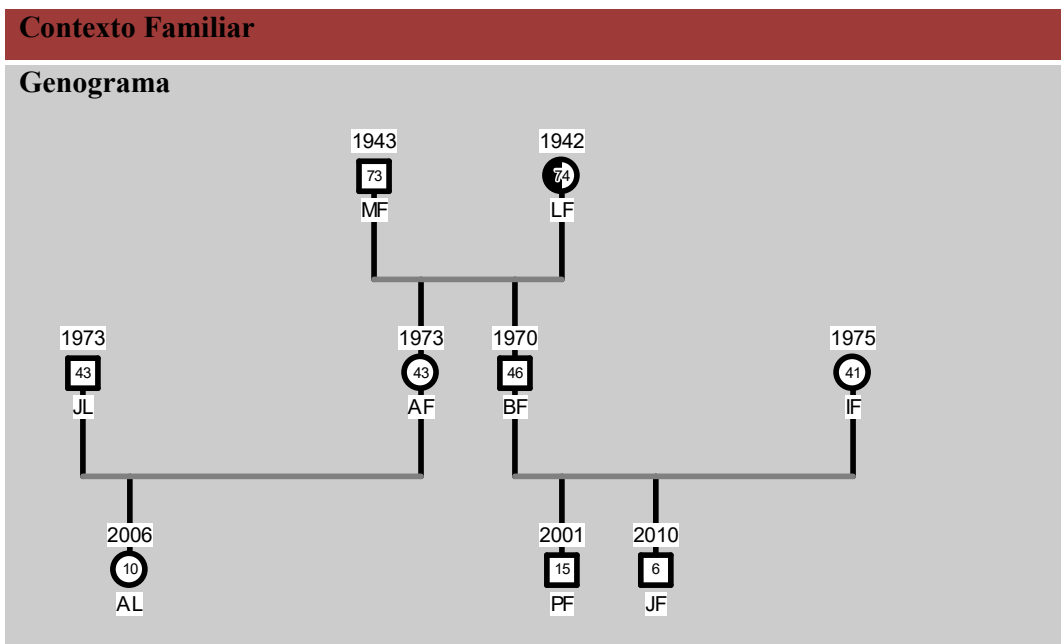
Este estudo de caso dá conta de algumas semanas em que pudemos estabelecer uma relação de ajuda com uma família, atuámos na prevenção da sobrecarga avaliando atempadamente as necessidades e o comprometimento de conhecimentos quer de patologia, medicação ou medidas de segurança. Estabelecemos ainda um plano de intervenção terapêutico na área da saúde mental (e não só) definido de sessão para sessão e que se alterou sempre que considerámos necessário, incidindo particularmente sobre os focos da memória, comunicação, tristeza, ansiedade. Sentimos que o tempo dado sobretudo as atividades em que recorremos às reminiscências pessoais e culturais foi o melhor tempo da relação de ajuda. Melhor para o nosso crescimento pessoal e profissional e aquele que mais satisfação sempre deu à utente pelo que, assumidamente definimos muitas atividades deste tipo, nesta circunstância, com esta família.

## ANEXO V - Estudo de Caso 2

### 1. Colheita de dados

Dados de identificação	
<b>Nome</b> LF	<b>Data de Nascimento</b> 04-03-1942
<b>Profissão</b> Reformada auxiliar ação medica	<b>Escolaridade</b> 4ª classe
<b>Estado Civil</b> Casada	
<b>Morada</b>	<b>Contato</b> -
<b>Contato da Pessoa de referência</b> -	

Referenciação para ECCI
<b>Encaminhado por</b> UEGA
<b>Motivo de referenciação</b> Proposta para ECCI para estimulação cognitiva, manutenção das AVD's e apoio emocional ao principal cuidador
<b>Principais Queixas</b> Alteração franca da memória remota e recente com períodos de agressividade e irritabilidade. Tentativas de fuga.



## Índice de Graffar Família Classe III

### Antecedentes Pessoais de Saúde relevantes

**Co-morbilidade conhecida** HTA, Doença reumática e Demência do tipo Alzheimer diagnosticada em 2013

**Alergias conhecidas** Não refere

**Medicação instituída em curso**

Olanzapina 2,5 – 0, 0 ,0.5 ,0, 1 ,0

Memantina 10 – 0,1,0,0,0,0

Indapamida 2,5 -0, 1, 0,0,0,0

Neurobion – 0,0,1,0,0,0

Acutil- 0,0,1,0,0,0

Escitalopram 10 – 0,1,0,0,0,0

### Resumo da história clínica da dependência mental:

A utente é seguida na consulta de Neurologia do Hospital Distrital de Santarém desde julho de 2013, onde foi diagnosticada com demência de Alzheimer com primeiros sintomas notados pela família cerca de 3-4 meses antes.

Os sintomas cognitivos e a incapacidade funcional derivada do quadro demencial têm-se agravado de modo acentuado nos últimos dois anos, em particular no último ano, devido a compromisso importante das capacidades gnósicas e práxicas, sendo necessário supervisão da doente para o vestir, higiene e alimentação.

### Observação/Avaliação física

#### Circulação/Oxigenação

Data	15.10.2015
Tensão Arterial	100/70 mmHg
Freq. Cardíaca	61 bpm
Freq. Respiratória	17
Padrão	Normal
Respiratório	

Tosse	ausente
Pele e mucosas	Íntegras, coradas e hidratadas.

### Estado Nutricional

Peso	59kg
Altura	1,45 m
Hábitos alimentares	Alimenta-se de dieta geral hiposalina. 5 refeições diárias.
Alterações	Uso de prótese dentária superior e inferior
Via de alimentação	Oral
Grau de dependência	Dependência parcial.

### Eliminação

Padrão vesical atual	Nº micções/dia: 3/4 Micções no sanitário Uso de dispositivo fralda
Padrão intestinal atual	Nº de dejeções/dia: 1

### Sono e Repouso

Padrão atual de sono	Entre 8 a 10 horas de sono noturno
----------------------	------------------------------------

**Visão** Comprometida/Não comprometida    Corrigida     Não Corrigida   
**Audição** Comprometida/Não comprometida    Corrigida     Não Corrigida

### Avaliação Mental

Apresentação sublinhar a opção

Higiene e vestuário	<u>cuidada</u> *descuidada*bizarra*
Idade aparente	<u>Corresponde à real</u> * não corresponde à real
Orientação	orientado*orientação autopsíquica*orientação alopsíquica

	<u>desorientado</u> * desorientação autopsíquica* desorientação alopsíquica
Contato	S/alterações* <u>superficial</u> *exuberante*evitativo*negativista*
Postura	s/alterações*expansiva*retraída*tensa*flácida*estereotipias*
Expressão facial	s/alterações* <u>alegre</u> *triste*expressiva*inexpressiva*choro fácil* aterrorizada*perplexa*hipomimia*hipermimia*risos imotivados*
Motricidade	<u>s/alterações</u> *inquieto*hiperativo*agitado*lento*apático
Movimentos dirigidos	<u>s/alterações</u> *manuseamentos*maneirismos*tiques*impulsão*compulsão
Perturbações Neurológicas	<u>s/alterações</u> * hipotonia*hipertonia*hipercinésia*tremores*acatisia*reação distónica aguda*parkinsonismo medicamentoso*discinesia tardia
Obs:	

**Humor/Afetos** sublinhar a opção

Humor

Sem alterações

eufórico\*depressivo\*lábil\*delirante\*elação\*disfórico\*

Afetos

Sem alterações

labilidade\*ambivalência\*inadequado\*indiferente\*  
superficial\*embotado\*

Obs:

**Linguagem** sublinhar a opção

Velocidade

Sem alterações

Lentificada\*pressão\*loquacidade\*

Qualidade	ecolália*pedolália* neologismos*estereotípias* <u>discurso</u>
Sem alterações <input type="checkbox"/>	<u>incoerente</u> *verbigeração*tartamudez *
Alterações	Disartria*disfasia*afasia*
Ritmo	Aumento da latência de resposta* <u>aumento pausa entre</u>
Sem alterações <input type="checkbox"/>	<u>palavras</u> *
Obs:	

**Pensamento** sublinhar a opção

Curso	Taquipsíquia* <u>bradipsíquia</u> * <u>inibição</u> *bloqueio* descarrilamento*fuga de ideias*
Forma	Circunstantial*perseverante*inclusivo*pobre*tangencial* <u>incoerência</u> *
Conteúdo	Crenças*ideias sobrevalorizadas* delírios
Obs:	

**Emoções** sublinhar a opção

	*euforia* <u>alegria</u> *labilidade emocional*tristeza*anedonia*alexitimia* <u>ansiedade</u> *me do
Obs:	

**Percepção** sublinhar a opção

Distorções sensoriais	<u>s/alterações</u> *hiperestesias*hipoestesias*anestesia*
Enganos sensoriais	<u>s/alterações</u> * <u>ilusões</u> *pseudo-alucinações*alucinações
Alterações da Estrutura do Eu	<u>s/alterações</u> *dissociações*alteração da imagem corporal*dismorfofobia*membro fantasma*
Obs:	

**Memória** sublinhar a opção

Memória recente	<u>s/alterações</u> * <u>amnésia</u> *memórias delirantes*agnosia*confabulações*criptomnesia*
-----------------	--

Memória a longo prazo

s/alterações\*amnésia\*memórias

delirantes\*agnosia\*confabulações\*criptomnesia\*

Obs:

**15.10.2015**

Mini-Mental State- não aplicável

Índice de Barthel 50 (dependência moderada)

Índice de Lawton 2 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)

Índice de Katz 9 dependente no controlo de esfíncteres, banho, utilização de casa de banho, vestir/despir e independente com supervisão na mobilidade e alimentação(dependência parcial)

Escala de Morse 30 (Médio Risco)

**29.10.2015**

Escala de sobrecarga do cuidador- 92 (Sobrecarga intensa)

**22.01.2016**

Mini-Mental State- não aplicável

Índice de Barthel 50 (dependência moderada)

Índice de Lawton 22 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)

Índice de Katz 9 dependente no controlo de esfíncteres, banho, utilização de casa de banho, vestir/despir e independente com supervisão na mobilidade e alimentação(dependência parcial)

Escala de Morse 30 (Médio Risco)

Escala de sobrecarga do cuidador 74 (sobrecarga intensa)

**2. Planos de Cuidados (CIPE)**



## Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções/Resultados

**Foco:** Comunicação

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Lentificação da cadeia associativa; uso de paráfrases no discurso, fuga de ideias, discurso incoerente

**Intervenções:**

Comunicar (de forma eficaz tendo em conta os aspetos verbais e não verbais); Assistir na expressão de sentimentos; Gerir técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feedback e reformulação); Entrevistar; Encorajar a comunicação (entre o doente e restante família; Envolver o doente ; Estar presente; Escutar; Conversar sobre assuntos de interesse

**Resultado:** Expressa espontaneamente sentimentos.

**Foco:** Memória

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Deterioração quase total da memória de curto prazo e total da memória delongo prazo

**Intervenções:** Gerir ambiente; avaliar capacidades de memória; promover estimulação de memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; executar terapia pela reminiscência; supervisionar memória

**Resultado:** Memória nível esperado

**Foco:** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress presente

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Sente-se com alguma frequência triste, choro, escala de sobrecarga do cuidador com score 92 na primeira avaliação. Manifestação de choro.

**Intervenções:** Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, Determinar o nível de

conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente; Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa;  
Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução;  
Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados  
Planear e otimizar material didático, às características da aprendizagem;  
Incentivar a participação em sessões psicoeducativas em grupo;  
Providenciar tempo para perguntas e discussão.

**Resultado:** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress diminuído

**Foco:** Conhecimento sobre o processo patológico

**Juízo:** Diminuído

**Justificação:** Verbalização de descontentamento, verbalização de descontentamento em relação a si.

**Intervenções:** Orientar o cuidador para identificar as principais dificuldades associadas ao cuidar; Identificar as dificuldades do papel de cuidador; Informar sobre suporte social e recursos de apoio existentes na comunidade; Incluir mais membros da família na prestação de cuidado, se possível; Incentivar a participação das atividades sociais; Orientar para a vigilância da saúde do cuidador; Incentivar a partilha de experiências e sentimentos; Orientar o cuidador para centrar-se nos aspetos positivos; Disponibilizar ajuda; Escutar ativamente.

**Resultado:** Conhecimento sobre o processo patológico efetivo

**Foco:** Ansiedade

**Juízo:** Presente

**Justificação:** O cuidador descreve ansiedade e procura informação para reduzir ansiedade

**Intervenções:** Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.

**Resultado:** Ansiedade diminuída

### 3. Projeto Terapêutico

---

**Utente LS**

**Primeiro contato**

---

<b>Local</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Data</b>	<b>15.10.15</b>	<b>Duração</b>	<b>80 min</b>
--------------	------------------	-------------	-----------------	----------------	---------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Avaliar se reúne critérios de inclusão no projeto; Realizar primeiro contato e estabelecer relação com a utente/família, promover uma relação de ajuda utente/família enfermeira, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, Terapia

**Notas de campo**

A utente está desorientada no tempo e no espaço (com flutuações) e orientada na pessoa. Tem contacto sintónico. Por apresentar há cerca de duas semanas fácies sugestivo de dor, segundo o marido, foi feita articulação com a médica de família. A utente não tem qualquer medicação para a doença reumática de que padece.

Por episódios de agressividade e ansiedade marcadas foi aumentado o Zyprexa pela neurologista, com efeito. Está calma durante todo o dia, não apresentando atualmente episódios de inquietação e agressividade. Deambula com facilidade, embora apresente algum desequilíbrio, sem quedas. Tem dependência de outrem para todas as atividades de vida, embora mantenha algumas competências ao nível da alimentação e mobilidade. Só sai acompanhada. O marido apresenta sinais de ansiedade Tem períodos de choro. Refere estar conformado com a situação de doença da mulher, no entanto a evolução da incapacidade requer adaptações para as quais não está preparado, nomeadamente mudança no vestuário e a aquisição de fraldas para ter no domicílio.

A utente alimenta-se da totalidade das refeições com apetite. Trânsito intestinal regular.

---

---

**Utente Marido de LS**

**Segundo contato**

**Diagnósticos de Enfermagem**

---

<b>Local</b>	<b>CS</b>	<b>Data</b>	<b>29.10.15</b>	<b>Duração</b>	<b>60 min</b>
--------------	-----------	-------------	-----------------	----------------	---------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Avaliar sobrecarga do cuidador, disponibilizar apoio emocional, disponibilizar presença, disponibilizar escuta ativa, estabelecer relação de ajuda

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, Intervenção com a utente usando de terapia pela reminiscência (mediador de expressão musical)

**Notas de campo**

O marido solicitou, por ter ficado com o nosso contato na primeira consulta domiciliar, entrevista no Centro de Saúde sem a esposa. Referiu que a utente foi observada pela médica de família e medicada para o efeito, assim como lhe foram pedidos exames para diagnosticar especificamente a doença reumática. Está medicada com lepicortinolo e naproxeno. Esta medicação surtiu efeito e agora a utente não refere dores, nem a linguagem não-verbal o sugere.

Foi verbalizado que os filhos também têm dificuldade em lidar com a perda de capacidade da mãe. São muito presentes na vida dos pais, embora a filha (enfermeira) more no Porto, vem a casa dos pais todos os meses e já terá sugerido ao pai que possam ambos ir viver na casa dela para que os cuidados sejam supervisionados e a responsabilidade partilhada. O marido refere que não se sente preparado para sair de onde tem as suas raízes.

Feita avaliação pela escala de sobrecarga do cuidador (92). Sobrecarga muito intensa.

---

**Utente LS**

**Terceiro contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Orientação espacial comprometida, comunicação comprometida, memória comprometida, conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido

---

<b>Local</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Data</b>	<b>11.11.15</b>	<b>Duração</b>	<b>90 min</b>
--------------	------------------	-------------	-----------------	----------------	---------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

---

**Objetivos** Estimular as capacidades cognitivas, manter a interação com o meio, estimular a identidade pessoal.

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, técnica de validação, explorar atividades que possam ter interesse para a utente.

**Notas de campo**

Para esta sessão preparámos materiais a partir de fotografias de cantores que, segundo pudemos pesquisar junto do marido, eram muito apreciados pela utente. Não foi possível que a mesma reconhecesse nas fotografias faces familiares. Pelo que, apresentámos materiais áudio à utente, com músicas que ela tem como marcantes e foi possível obervarmos uma reação de profunda identificação com este estímulo.

Inclusivé a utente cantou e, completou frases que lhe colocámos mesmo depois da música ter terminado. Várias vezes referiu o contentamento e a identificação com uma história que se cruzava com a familiaridade impressionante daquelas melodias.

O marido referiu-nos a apraxia de vestuário já instalada sendo que a ajuda no vestir já é total. Sugerimos que em vez de fralda e uma vez que a mobilidade com supervisão ainda se encontra preservada, se substituísse por fralda-cueca no sentido de estimular o mais possível alguma autonomia na ida à casa de banho.

---

**Utente LS**

**Quarto contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Comunicação comprometida, conhecimento sobre medidas de segurança comprometido

---

<b>Local</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Data</b>	<b>20.11.15</b>	<b>Duração</b>	<b>90 min</b>
--------------	------------------	-------------	-----------------	----------------	---------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Estimular atividades que promovam distração, estimular sensorialmente, estimular comunicação e interação com o meio envolvente

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, promover interação com o meio.

**Notas de campo**

Sugerimos à utente uma série de materiais mais e menos complexos que se consubstanciavam em atividades de colorir com diversos materiais. Não foi possível

---

mobilizar o interesse da utente para a atividade. O marido refere que hoje houve uma tentativa de sair de casa sem supervisão.

Enquanto a utente olha para o lume de chão, parecendo alheada de qualquer estímulo externo, explicamos ao marido que é necessário implementar medidas de prevenção para que não seja possível a utente sair sem supervisão, nomeadamente que nos parece não ser possível que mesmo por um curto período a utente fique sozinha em casa. O marido diz já ter equacionado essa situação e passa a pedir a uma vizinha que, na sua expressão “tome conta dela... pelo menos para eu ir às compras”.

Aproveitamos para solicitar à utente, alterando as intervenções planificadas e adaptando-as à situação atual, para podermos fazer um pequeno passeio pela casa e pelo quintal dando algum espaço para que ela possa exprimir o seu desejo de sair à rua. Hoje a utente apresenta-se orientada no seu espaço e apresenta-nos todas as divisões da casa

---

## **Utente LS**

### **Quinto contato**

**Diagnósticos de enfermagem** Comunicação alterada, memória comprometida

<b>Local</b>	<b>Domicílio</b>	<b>Data</b>	<b>09.12.15</b>	<b>Duração</b>	<b>90 min</b>
--------------	------------------	-------------	-----------------	----------------	---------------

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Marcar consulta com o marido para reavaliação da sobrecarga, estimular sensorialmente, estimular a orientação no tempo, no espaço e na pessoa

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, Estimular a identidade pessoal e manter a interação com o meio.

### **Notas de campo**

Para a sessão de hoje recuperámos a estimulação através do mediador de expressão música. Hoje não foi possível qualquer expressão de interesse pela atividade. Solicitámos autorização para poder deambular pela horta para procedermos à identificação de cheiros como a salsa, manjerição, coentros... estimulando compreendemos a satisfação da utente perante o cheiro, não o nomeando mas mostrando que lhe é familiar: ligando-a ao seu mundo.

Interação com o cão da família que reconhece e nomeia.

---

---

**Utente marido de LS**

**Sexto contato**

**Diagnósticos de enfermagem** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress presente, ansiedade presente

**Local** CS      **Data** 10.12.16      **Duração** 60 min

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Reavaliação da sobrecarga do cuidador, disponibilizar apoio emocional, disponibilizar presença, disponibilizar escuta ativa, estabelecer relação de ajuda

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar

**Notas de campo** O marido refere que a utente está predominantemente calma com episódios esporádicos de inquietação e agressividade. O marido refere que esta alteração de comportamento lhe tem permitido gerir melhor o dia-a-dia. Têm saído bastante de casa os dois (ir às compras, centro de saúde, cabeleireiro, casa dos filhos...). Deambula com facilidade, embora apresente algum desequilíbrio, sem quedas.

O cuidador embora apresente sinais de sobrecarga não pretende ter ajuda de ninguém para cuidar da mulher à exceção do filho que se disponibiliza para cuidar da mãe durante duas tardes por semana sendo que o marido tem assim oportunidade para reatar os relacionamentos com os amigos.

Pensamos que, e do que observámos, ter a casa organizada e presta cuidados de qualidade.

Refere que estes momentos de entrevista informal no CS lhe tem proporcionado momentos para verbalizar as dificuldades e para questionar estratégias de intervenção, nomeadamente no que diz respeito à segurança.

---

**Utente LS**

**Sétimo contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Memória comprometida

**Local** Domicílio      **Data** 22.01.16      **Duração** 90 min

**Intervenientes** Utente, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Promover interação com o meio, terminar consulta domiciliária e assegurar a continuidade dos cuidados

**Plano a implementar**

**Notas de campo**

---

As atividades de estimulação e de manutenção interação com o meio passarão a ser desenvolvidas pelo marido visto que a perda de capacidade não lhe permite executar as tarefas propostas no âmbito de reabilitação cognitiva.

Os períodos de agressividade têm diminuído sendo que o estado de maior apatia, sem demonstração ou tentativa de fuga, tem permitido ao marido encarar esta nova fase de evolução da demência que, ele entende ser uma oportunidade para ainda poder usufruir da presença e do significado implícito da relação. Tem alta da RNCCI por decisão da equipa com a família sendo que em qualquer momento de agravamento da situação o marido contactará a equipa.

#### 4. Avaliação

Este estudo de caso dá conta de algumas semanas em que pudemos estabelecer uma relação de ajuda com uma família, atuámos na sobrecarga instalada no cuidador avaliando atempadamente as necessidades e o comprometimento de conhecimentos quer de patologia, medicação, medidas de segurança ou ajuda em termos de atividades instrumentais. Estabelecemos ainda um plano de intervenção terapêutico na área da saúde mental definido de sessão para sessão, que aconteceu no domicílio mas, também no espaço formal do CS. O plano alterou-se sempre que considerámos necessário, incidindo particularmente sobre os focos da memória, comunicação no que à utente diz respeito. Fizemos um trabalho centrado na interação com o meio e de estímulo da identidade pessoal e sentimento de pertença da utente.

Este estudo de caso, esta consulta domiciliária ficou terminada com o fim do nosso estágio por assim ter sido definido pela equipa em conjunto com a família que, pela voz do cuidador referia estar ciente de que a fase atual era possível de ser vivida com mais calma, menos ansiedade devido à evolução do próprio quadro da demência de Alzheimer

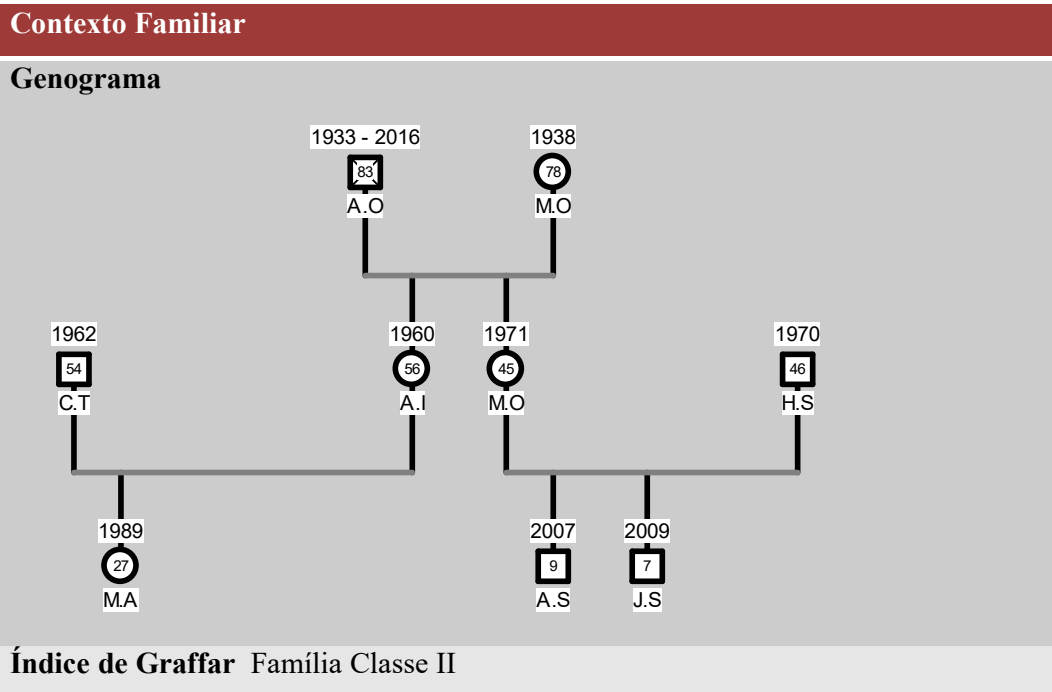


## ANEXO VI – Estudo de Caso 3

### 1. Colheita de dados

Dados de identificação			
<b>Nome</b>	A.O	<b>Data de Nascimento</b>	24.06.1938
<b>Profissão</b>	Aposentado	<b>Escolaridade</b>	Ensino Secundário
<b>Estado Civil</b>	Casado		
<b>Morada</b>	<b>Contato</b>		
<b>Contato da Pessoa de referência</b>	Esposa M.O -		

Referenciação para ECCI	
<b>Encaminhado por</b>	UMDR
<b>Motivo de referenciação</b>	Alta da UMDR
<b>Principais Queixas</b>	Dor à mobilização, dispneia com tosse e secreções, Úlceras de pressão de categoria IV, Ansiedade da cuidadora



## Antecedentes Pessoais de Saúde relevantes

**Co-morbilidade conhecida** Doença de Parkinson, demência de corpos de Lewy, HTA Anemia, angina de peito, infecções respiratórias de repetição com múltiplos internamentos, algaliado crónico e múltiplas escaras de decúbito.

**Alergias conhecidas** sem alergias

**Medicação instituída em curso** Bisoprolol 5mg 1 comp. ao almoço, ácido acetilsalicílico 100mg 1 comp. ao almoço, tramadol 37,5mg 1 comp às 9h e às 19h, Fentanil TD 50Mcgr, ácido fólico 1 comp. às 9h.

## Resumo da história clínica da dependência mental

Utente que há cerca de seis anos iniciou quadro sintomatológico compatível com doença de Parkinson. Diagnosticado há cerca de 2 anos com demência de corpos de Lewy. Em novembro 2013 é referenciado pela primeira vez para a RNCCI sendo acompanhado pela ECCI no domicílio. À data apresentava-se desorientado em todas as dimensões, discurso incoerente. Passados cerca de seis meses já apresentava grande desequilíbrio e risco de queda, acaba por ficar acamado e com períodos de agitação psicomotora. Em junho de 2014 é internado no HDS por complicações respiratórias. De setembro de 2014 a maio de 2015 é acompanhado no domicílio pela ECCI. Em julho é proposto para UMDR para reabilitação de feridas. Apresenta quatro úlceras de pressão (região dorsal à direita, região sagrada, e ambos os trocânteres). Totalmente dependente em todas as ABVD.

Tem alta da UMDR em novembro de 2015 e regressa ao domicílio. É proposto pela ECCI para Unidade de Cuidados Paliativos. No início de dezembro é internado no HDS por complicações respiratórias, regressa ao domicílio e é admitido na Unidade de cuidados paliativos a ainda em dezembro vindo a falecer nos primeiros dias de janeiro de 2016

## Observação/Avaliação física

### Circulação/Oxigenação

Data	4.11.2015	13.11.2015	27.11.2015
Tensão Arterial	105/66	100/56	95/47
Freq. Cardíaca	96	88	87
Freq. Respiratória	-	-	-
Padrão Respiratório	Tiragem supraventricular, dispneico, aporte de O2 por ON a 3l/min		
Tosse	Presente		
Pele e mucosas	Íntegras, coradas e hidratadas.		

### Estado Nutricional

Peso	Não foi possível pesar no domicílio mas, segundo a cuidadora encontra-se emagrecido.
Altura	-
Hábitos alimentares	Alimenta-se de dieta hipossalina (SNG). 5 refeições diárias.
Alterações	Ausência de peças dentárias. Não usa próteses.
Via de alimentação	SNG
Grau de dependência	Dependência total.

### Eliminação

Padrão vesical atual	Nº micções/dia: Algaliado com Silicone n.16 Micções no sanitário
Padrão intestinal atual	Nº de dejeções/dia: diária. Características: fezes moldadas esverdeadas.

### Sono e Repouso

Padrão atual de sono	Entre 8 a 10 horas de sono noturno
----------------------	------------------------------------

Visão Comprometida/Não comprometida    Corrigida     Não Corrigida

Audição Comprometida/Não comprometida    Corrigida     Não Corrigida

### Avaliação Mental

Apresentação <sup>sublinhar a opção</sup>

Higiene e vestuário	<u>cuidada</u> *descuidada*bizarra*
Idade aparente	<u>Corresponde à real</u> * não corresponde à real
Orientação	orientado*orientação autopsíquica*orientação alopsíquica desorientação autopsíquica* desorientação alopsíquica*
Contato	S/alterações*superficial*exuberante*evitativo*negativista * <u>Sem contato</u>
Postura	s/alterações*expansiva*retraída*tensa*flácida*estereotipi as*
Expressão facial	s/alterações*alegre*triste*expressiva* <u>inexpressiva</u> *choro fácil* aterrorizada*perplexa*hipomimia*hipermimia*risos imotivados*
Motricidade	s/alterações*inquieto*hiperativo*agitado*lento* <u>apático</u>
Movimentos dirigidos	s/alterações*manuseamentos*maneirismos*tiques*impuls ão*compulsão
Perturbações Neurológicas	S/alterações* hipotonia*hipertonía*hipercinésia*tremores*acatisia*rea

ção                      distônica                      aguda\*parkinsonismo  
medicamentoso\*discinesia tardia

Obs:utente acamado; desorientado em todas as dimensões

Humor/Afetos<sup>sublinhar a opção</sup>

Humor

Sem alterações

eufórico\*depressivo\*lábil\*delirante\*elação\*disfórico\*

Afetos

Sem alterações

labilidade\*ambivalência\*inadequado\*indiferente\*  
superficial\*embotado\*

Obs: Não aplicável

Linguagem<sup>sublinhar a opção</sup>

Velocidade

Sem alterações

Lentificada\*pressão\*loquacidade\*

Qualidade

Sem alterações

ecolália\*pedolália\* neologismos\*estereotipias\*discurso  
incoerente\*verbigeração\*tartamudez \*

Alterações

Disartria\*disfasia\*afasia\*

Ritmo

Sem alterações

Aumento da latência de resposta\*aumento pausa entre  
palavras\*

Obs: Não aplicável.

Pensamento<sup>sublinhar a opção</sup>

Curso

Taquipsíquia\*bradipsíquia\*inibição\*bloqueio\*  
descarrilamento\*fuga de ideias\*

Forma

Circunstancial\*perseverante\*inclusivo\*pobre\*tangenci  
al\*  
incoerência\*

Conteúdo

Crenças\*ideias sobrevalorizadas\* delírios

Obs: Não aplicável

## Emoções sublinhar a opção

\*euforia\*alegria\*labilidade  
emocional\*tristeza\*anedonia\*alexitimia\*ansiedade\*me  
do

Obs: Não aplicável

## Percepção sublinhar a opção

Distorções sensoriais s/alterações\*hiperestesias\*hipoestesias\*anestesia\*

Enganos sensoriais s/alterações\*ilusões\*pseudo-alucinações\*alucinações

Alterações da Estrutura do Eu s/alterações\*dissociações\*  
alteração da imagem corporal\*dismorfofobia\*  
membro fantasma\*

Obs: Não aplicável

## Memória sublinhar a opção

Memória recente s/alterações\*amnésia\*memórias  
delirantes\*agnosia\*confabulações\*criptomnesia\*

Memória a longo prazo s/alterações\*amnésia\*memórias  
delirantes\*agnosia\*confabulações\*criptomnesia\*

Obs: não aplicável. Perda de memória total.

### 4.11.2015

Mini-Mental State- n/aplicável

Índice de Barthel 0 (severamente dependente)

Índice de Lawton, 23 (severamente dependente, necessita de muita ajuda)

Índice de Katz 6 (muito dependente)

### 13.11.2015

Escala de sobrecarga do cuidador 48 (sobrecarga ligeira)

## 2. Planos de cuidados (CIPE)

## Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções/Resultados mais relevantes

**Foco:** Comunicação

**Juízo:** Comprometida

**Justificação:** Utente em fase terminal de demência. Com nítido síndrome afaso-apraxo-agnósico.

**Intervenções:** Disponibilizar presença; Providenciar toque terapêutico Assistir na expressão de sentimentos da família; Entrevistar; Encorajar a comunicação (entre o doente e restante família; Envolver o doente.

**Resultado:** Comunicação presente

### • CUIDADOR

**Foco:** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress presente

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Sente-se com alguma frequência ansiosa relativamente ao futuro, escala de sobrecarga do cuidador com score 48 na primeira avaliação.

**Intervenções:** Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, Determinar o nível de conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente; Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa;  
Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução;  
Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados  
Providenciar tempo para perguntas e discussão.

**Resultado:** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress diminuída

**Foco:** Tristeza

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Sente-se com alguma frequência triste

**Intervenções:** Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, promover humor adequado, supervisionar humor.



**Resultado:** Tristeza crónica melhorada

**Foco:** Luto

**Juízo:** Atual

**Justificação:** O utente faleceu em início de janeiro. Foram feitas consultas domiciliárias para apoiar no luto.

**Intervenções:** Avaliar o luto, apoiar o processo de luto, promover esperança e facilitar capacidade para comunicar sentimentos, escuta ativa, terapia pela reminiscência, entrevistar.

**Resultado:** Luto normal

**Foco:** Ansiedade

**Juízo:** Presente

**Justificação:** Descreve ansiedade e procura informação para reduzir ansiedade

**Intervenções:** Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.

**Resultado:** Ansiedade diminuída

### 3.Projeto Terapêutico

---

**Utente AO**

**Primeiro contato**

**Local Domicílio do utente Data 04.11.2015 Duração 50 minutos**

**Intervenientes** Utente, Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental; Enfermeira Especialista em reabilitação

**Objetivos** Avaliar se reúne critérios de inclusão no projeto; Realizar primeiro contato e estabelecer relação com a utente/família, promover uma relação de ajuda

---

---

utente/família enfermeira, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliar, avaliar a sobrecarga da cuidadora

**Notas de campo**

O utente teve alta da UMDR e regressou ao domicílio.

A família está preparada para o receber, com toda a tecnologia que é possível haver em contexto domiciliário. Além da cuidadora principal, a esposa, uma outra cuidadora está contratada pela família para auxiliar nas atividades e vigiar o utente no período noturno. Segundo a cuidadora o utente está emagrecido (caquexia aparente). Mucosas descoradas e hidratadas. Está agitado e a gemer, aparentemente com dor muito intensa, que se torna insuportável à mobilização ou quando se realizam os tratamentos das úlceras de pressão. Apresenta anquiloses em todas as articulações, tem feito movimentos passivos para aumentar a amplitude articular, pouco intensivos devido à dor que provocam. Tem dispneia, com tiragem supra clavicular, embora com boas saturações (StO<sub>2</sub> 97%). Apresenta tosse com secreções esbranquiçadas em grande quantidade que não consegue expelir. Tem sido aspirado em SOS com muita frequência. Mantém SNG para alimentação e administração terapêutica, que tolera. Apresenta halitose. Mantém drenagem vesical funcionante de urina acastanhada, com sedimento em pequena quantidade (oligúria), apesar do reforço hídrico que tem sido feito. Sem edemas. Apresenta 4 úlceras de pressão.

---

**Utente AO**

**Segundo contato**

**Diagnóstico de enfermagem** Risco de Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress

---

**Local** Domicílio da Utente      **Data** 13 de novembro de 2015      **Duração**  
90 minutos

**Intervenientes** Utente, Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Aprofundar com a cuidadora a possibilidade de sobrecarga do cuidador e conhecer expectativas face ao futuro imediato

**Plano a implementar** Encaminhamento para Unidade de Cuidados Paliativos, Avaliar a sobrecarga do cuidador.

### **Notas de campo**

A cuidadora apresenta alguma tensão relativamente ao estado de sofrimento do seu marido. Por dificuldade em dormir recorreu à médica de família que lhe prescreveu um ansiolítico, com efeito. A cuidadora demonstra conhecimentos, capacidade e vontade para cuidar, no entanto está com muita dificuldade em lidar com o sofrimento do seu marido e com o aproximar da morte.

Propõe-se discutir na equipa transferência para unidade de cuidados paliativos, situação desejada pela família.

---

### **Utente AO**

#### **Terceiro contato**

**Diagnósticos de enfermagem:** Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress presente

**Local** Domicílio da Utente      **Data** 27 de novembro de 2015      **Duração**  
90 minutos

**Intervenientes** Utente, Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Avaliar a sobrecarga do cuidador. Apoiar a cuidadora; escutar ativamente, disponibilizar presença.

---

**Plano a implementar** Aguarda transferência. Terapia pela reminiscência à cuidadora.

### **Notas de campo**

O pedido de transferência do utente da ECCI para Unidade de Cuidados Paliativos está concretizado na plataforma da RNCCI.

O utente regressou do HDS a 19/11/2015 onde esteve internado por infeção respiratória. à observação apresenta mucosas hidratadas e descoradas. Mantem dor intensa à mobilização, embora esteja controlada em repouso. Mantem O2 por máscara a 3l/min. StO2 97%. Apresenta secreções esbranquiçadas em grande quantidade, que são aspiradas em SOS. Mantem SNG para alimentação e hidratação que tem tolerado. Trouxe prescrição personalizada da dietista, que está a cumprir.

Mantem DVF de urina amarelada, com algum sedimento. Mantem úlceras de pressão nos trocânteres, costas e região.

Fez alteração de medicação no internamento (parou ácido fólico e ferro).

A cuidadora mantém um excelente nível de cuidados ao seu marido. Tem períodos de ansiedade quando o estado clínico piora. Fez todos os preparativos para a morte do marido (escolheu a roupa, funerária, fez uma reunião familiar para decidir os pormenores do funeral).

A escala de sobrecarga do cuidador indica sobrecarga ligeira. Cuidadora que refere as repercussões positivas do cuidar

---

### **Utente AO (cuidadora)**

#### **Quarto contato**

**Diagnóstico de enfermagem:** Tristeza presente

---

<b>Local</b>	<b>Domicílio da Utente</b>	<b>Data</b>	<b>4 dezembro de 2015</b>	<b>Duração</b>
				<b>60 minutos</b>

**Intervenientes** Utente, Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

---

**Objetivos** Aprofundar com a cuidadora como está a ser a adaptação à nova situação de internamento

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária

**Notas de campo**

Entrevista com a cuidadora acerca do recente internamento em cuidados paliativos. A cuidadora verbaliza compreensão sobre o prognóstico do marido. Refere-se triste mas, a preparar todos os aspetos práticos relacionados com a morte. Descreve toda a dinâmica do serviço e o acolhimento que lhe foi feito

Refere ainda que irá, provavelmente, encontrar uma casa mais pequena e situada em aglomerado populacional. Levará consigo alguns objetos (que nos mostra) que lhe sejam mais queridos.

Revemos álbuns de fotos que a cuidadora partilha com prazer, realçando mais uma vez os aspetos positivos de ter possibilidade de dar ao marido os melhores cuidados possíveis.

---

**Utente AO (cuidadora)**

**Quinto contato**

**Diagnósticos de enfermagem** Luto presente

---

<b>Local</b>	<b>Domicílio da Utente</b>	<b>Data</b>	<b>7 janeiro 2016</b>	<b>Duração</b>	<b>90 minutos</b>
--------------	----------------------------	-------------	-----------------------	----------------	-------------------

**Intervenientes** Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** ,Promover esperança e facilitar capacidade para comunicar sentimentos, escuta ativa, terapia pela reminiscência, prevenir luto patológico, entrevista de ajuda.

**Plano a implementar** Marcar nova consulta domiciliária

**Notas de campo** O utente faleceu há três dias e a cuidadora encontra-se numa fase inicial do luto. Escutámos com empatia e deixámos a utente exprimir as suas emoções chorando e relembrando todos os pedaços de uma vida em comum que nos comoveram

---

também. A abordagem terapêutica na fase inicial do luto requer da enfermeira, como escrevia Phaneuf “dar tempo” para o que o outro encontre energia depois da negação habitual. Convidámos, tal como sugere Phaneuf, a cuidadora a descrever a história do falecimento, com os detalhes possível para ajudar a colocar os factos em perspetiva.

---

#### Utente AO (cuidadora)

#### Último contato

<b>Local</b>	<b>Domicílio da Utente</b>	<b>Data</b>	<b>22 janeiro 2016</b>	<b>Duração</b>	<b>90 minutos</b>
--------------	----------------------------	-------------	------------------------	----------------	-------------------

**Intervenientes** Cuidadora, Enfermeira, Enfermeira Especialista em Saúde Mental

**Objetivos** Concluir as consultas domiciliárias.

**Plano a implementar** Disponibilizar ajuda, apoio emocional e escuta ativa sempre que necessário em consulta de saúde mental no CS.

#### Notas de campo

Nesta última consulta domiciliária à utente percebemos que a situação pessoal em termos de residência estava resolvida. A etapa inicial do luto a ser ultrapassada e disponibilizámos ainda a consulta de saúde mental já existente no CS para acompanhamento e prevenção de complicações associadas à tristeza ou ao padrão de sono alterado. Sugerimos frequência de aulas de ginástica, sugestão bem acolhida com entusiasmo pela cuidadora.

#### 4. Avaliação

Este estudo de caso dá conta de algumas semanas em que pudemos estabelecer uma relação de ajuda com uma família, atuámos na sobrecarga ligeira instalada no cuidador e no luto presente. Este caso, em fase terminal, permitiu-nos uma visão mais concreta das necessidades do cuidador face à morte iminente do familiar de quem cuida há anos e da intervenção essencial do EESMP no apoio emocional ena ajuda a ultrapassar de forma saudável o luto.