# ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

# ÍNDICE


1. Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
2. Modelo de adaptação ao stress de Stuart
3. Adaptação e mudança – Crise
4. A pessoa com perturbação mental grave e família
5. Psicopatologia – Pensamento, linguagem e fala
6. Psicopatologia – Perceção, atenção e memória
7. Psicopatologia – Exploração da consciência
8. Exame Mental
9. Psicopatologia – Perturbações do humor
10. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa com perturbações do humor
11. Psicopatologia – Perturbações de ansiedade
12. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa com perturbações de ansiedade
13. Modalidades terapêuticas em cuidados de enfermagem psiquiátricos
14. Perturbações do comportamento alimentar
15. Atitudes comunicacionais
16. Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas
17. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa com perturbações psicóticas
18. Perturbação relacionada com substâncias
19. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa com perturbação de substâncias
20. Perturbações psicogeriátricas
21. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa com perturbações de demência
22. Modalidades terapêuticas em cuidados de enfermagem – Psicofarmacologia
23. Perturbações do sono
24. Intervenção autónoma de enfermagem à pessoa em risco

# ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

## Prática baseada em convicções filosóficas

- O indivíduo é único e merece respeito
- A meta do indivíduo é crescer, ter saúde, autonomia e realização
- Cada indivíduo tem potencial para mudar
- O indivíduo funciona como um todo que age e interage com o ambiente
- Todos os indivíduos têm necessidades comuns, necessidades fundamentais
- Todo o comportamento humano possui um significado e é inserido num contexto
- O comportamento consiste em percepções, pensamentos, emoções e acções, em qualquer momento podem apresentar rupturas
- Todos os indivíduos são diferentes quanto ao modo de lidar com – factores genéticos, ambientais, psicológicos e recursos individuais
- Todos têm potencial tanto para a saúde como para a doença
- A doença pode ser uma experiência que promove o crescimento do indivíduo e família
- Todos os indivíduos têm o direito a uma oportunidade igual de receber cuidados de saúde
- A saúde mental é um componente crítico e necessário dos serviços de saúde
- O indivíduo tem o direito de participar na tomada de decisão envolvendo a saúde física e mental
- O objectivo dos cuidados de enfermagem é promover o bem-estar; maximizar o funcionamento integrado e promover a auto-realização
- Uma relação interpessoal pode produzir mudança e crescimento intra-individual

## Saúde

Nova concepção, nova esperança

Bem-estar subjectivo, autonomia, eficácia, competência, auto-realização intelectual e emocional

Separar saúde mental e física é falso

Saúde mental, física e social são interdependentes

(*OMS*, 2001)

## Saúde Mental

- O estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade onde se insere
- O conceito inclui: o bem-estar subjectivo, a percepção eficaz da pessoa, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a auto-realização das capacidades intelectuais e emocionais
- Avaliação do efeito das influências ambientais e definição de maturidade mental
- É o traço humano mais específico da saúde. Contribui significativamente para a saúde e bem-estar. Não há saúde sem saúde mental

- É essencial para captar, compreender e interpretar o que nos rodeia e para nos ajudar e ou mudar o ambiente

"A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países"

**Problema urgente de saúde pública**

- Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais (mas nem todos tem acesso a tratamento)

- Alvo de estigma e de descriminação 4/10 principais causas de incapacidade

(*OMS*, 2001)

**Situação actual de Saúde -** Um desafio para a UE

- Estima-se que mais de 27% dos europeus adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental no decurso de um dado ano
- Investigações realizadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento mostram que 25% das pessoas apresentam uma ou mais perturbações mentais e comportamentais
- Perturbações mais comuns: Perturbações de ansiedade e de humor

No ano 2020, prevê-se que a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos - 58.000 suicídios/ano

**Implicações das doenças mentais**

- Custa à EU cerca de 3 a 4% do PIB, sobretudo através da perda de produtividade
- As perturbações mentais na infância têm custos para a sociedade, educação e justiça
- As pessoas com perturbações psiquiátricas continuam a ser alvo de exclusão social, estigmatização e discriminação
- A prevenção e promoção de condições de saúde mental ajuda a reduzir os custos
- Taxa de suicídio 3.6/100.000 habitantes

**Indicadores de saúde mental**

- Prevalência de perturbações mentais em alguns países
- Portugal: 22.9 % das pessoas sofrem de perturbações psiquiátricas
- As perturbações psiquiátricas representam 31% do total de anos vidas ajustados pela incapacidade
- Perturbações depressivas ocupam o 4º lugar na causa mais importante para explicação da carga global da doença

## Retrato da saúde mental dos portugueses

Em Portugal:

- 22,9% das pessoas sofrem de perturbações psiquiátricas
- 16,07% população adulta (18-65 anos)
- Perturbações mais comuns: perturbações de **ansiedade** 16,5%, **depressivas** 7,9 do controlo 3,5% e 1,6% relacionadas com o **álcool**
- Os mais afectados são: **mulheres e os jovens com idades compreendidas entre os 18 e 24 anos**, especialmente os que estão separados (viúvos e divorciados) e os que têm níveis de literacia baixos e médios
- 10 a 20% das crianças têm problemas de saúde mental, sobretudo perturbações emocionais e do comportamento (ex. hiperactividade) e défice de atenção
- As pessoas com perturbações psiquiátricas **não têm acesso aos cuidados de saúde** como têm os doentes com diabetes
- 33.6% das pessoas com perturbações psiquiátricas, em Portugal, não recebem tratamento
- Apenas 1.7% das pessoas doentes procura ajuda nos serviços de saúde mental

## A interdependência em Saúde

- Depressão é um factor de risco em angina e enfartes do miocárdio agudos fatais e não fatais
- As pessoas com melhores indicadores de saúde mental têm menor risco de desenvolver doenças gastrointestinais e doenças auto-imunes; as pessoas que têm altos níveis de preocupação estão mais predispostas a desenvolver problemas oncológicos
- Avanços das neurociências - ramo da ciência que se dedica ao estudo da anatomia, fisiologia, bioquímica e biologia molecular do sistema nervoso, especialmente no que se refere ao comportamento e à aprendizagem

## Determinantes de saúde mental

Resultado da interacção de muitos factores:

Individuais e experienciais

Interacção social

Estruturas sociais e recursos

Culturais

Genéticos e biológicos

(*OMS*, 2001)

## Perturbações psiquiátricas

(…) condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.

(…) não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos.

(…) Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida

(*OMS*, 2001)

- Divergências acerca das perturbações mentais e da sua organização
- Existência de inúmeras iniciativas de classificação
- Dificuldade de comunicação / continuidade de cuidados devido a divergência de critérios
- Necessidade de colher informação estatística

Necessidade de classificar internacionalmente as doenças:

**1**. Manual de Diagnóstico e Estatística Das Doenças Mentais: (DSM) (Associação Psiquiátrica Americana) A DSM IV - R

**2**. Classificação Internacional Das Doenças (ICD) (Secção De Perturbações Mentais) (OMS)

- Incluem uma variedade de sintomas que causa grande sofrimento a nível individual
- Respondem por uma considerável proporção das incapacidades provocadas por doenças
- Impõem um enorme peso e disfunção familiar – Impacte das perturbações
- Respondem por uma proporção significativa dos custos directos e indirectos causados pelas doenças em geral

## Perturbações psiquiátricas: Exclusão social

- A pessoa com perturbação psiquiátrica enfrenta numerosos obstáculos (ambientais, de acesso, legais, institucionais e de atitudes) o que causa exclusão social

- Para a pessoa com perturbação psiquiátrica a exclusão social é frequentemente a barreira mais difícil de ultrapassar está habitualmente ligada a sentimentos de vergonha, medo e rejeição

- O **Estigma** surge baseado no medo do desconhecido e da rejeição e de falsas crenças
- O medo de ser rejeitado e desvalorizado é escondido por "disfarces" para protecção da identidade "secreta"
- O estigma manifesta-se através de medos, estereótipos, exclusão social e negação dos direitos e liberdades básicas

- Os doentes mentais continuam a ser vistos como imprevisíveis, violentos e perigosos
- O Estigma é considerado um atributo que distingue a pessoa dos outros, deixando de ser considerada pela sociedade uma pessoa comum, sendo transformada em uma pessoa deteriorada e diminuída

Três factores estão relacionados com esta problemática:

Conhecimento - Ignorância (literacia); Atitudes: preconceito; comportamento: discriminação

| | Estigma Público | Auto-Estigma |
|---|---|---|
| **Estereótipo** | Crença negativa sobre o grupo (perigosidade, fraqueza de carácter, incompetência) | Crença negativa sobre o próprio (incompetência e fraqueza de carácter) |
| **Preconceito** | Acordo com a crença, resposta emocional negativa (Ira e medo) | Acordo com a crença, reposta emocional negativa (baixa auto-estima e eficácia) |
| **Discriminação** | Resposta ao preconceito (evitamento, recusa) | Resposta ao preconceito (dificuldade em oportunidades de emprego) |

## O adoecer mental: significados

O conceito social da doença estabelece o papel atribuído ao doente e o tipo de resposta a dar à doença. O seu conceito depende da corrente de pensamento dominante

O conceito de normalidade pode ser entendido em diferentes acepções:

- *Conceito estatístico* - os fenómenos normais são aqueles que ocorrem com maior frequência e os fenómenos excepcionais podem ser vistos como mórbidos ou patológicos. O ponto de referência da normalidade é um tipo médio que reúne os traços mais comuns da espécie

- *Conceito antropológico* - cada cultura selecciona um certo número de comportamentos que considera adequados, dando uma certa margem de variação individual

**A normalidade é sempre relativa, e deve ter em linha de conta três aspectos fundamentais:**

- A fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra
- O local e a cultura
- A época e circunstância histórica em que se situa

## História das ideias em Psiquiatria

A doença mental nas diversas sociedades pode mostrar diferentes noções de base:

1- As atitudes sociais dominantes e as ideias filosóficas influenciaram a compreensão e a visão da "loucura" através da história
2- As ideias consideradas como contemporâneas têm raízes nos séculos anteriores
3- O conceito médico de "loucura" considerado como doença deve ser submetido à mesma verificação a que são as outras interpretações do passado tais como: as crenças sobre o misticismo, a feitiçaria ou a causalidade dos objectos

## Será que existe "loucura"?

- Para os povos primitivos a "loucura" está ligada ao sagrado
- Para os ditos civilizados a loucura é uma doença mental
- Na cultura ocidental a "loucura" é conotada com a irracionalidade
- A "loucura" é uma construção colectiva variando consoante a cultura e os tempos; tão antiga como a própria humanidade

## Evolução histórica da psiquiatria e saúde mental

- **Período pré-literário** (Culturas primitivas) - concepção mágico-religiosa da loucura. A doença mental devia-se à influência dos espíritos por não cumprimento das obrigações – violação de "tabus" ou possessão de demónios. Não há distinção entre o sofrimento físico e o sofrimento mental. Utilização de rituais mágicos

- **Antiguidade** (Culturas grega e romana) - Atribuíam a doença mental a causas sobrenaturais e naturais. Origem da medicina mística e astrologia. O tratamento espiritual, psíquico e físico (por ex. Interpretação dos sonhos, hidroterapia, o uso de amuletos). Desenvolve-se a noção de violação dos princípios morais seguidos de punição de Deus fazem parte do destino da humanidade.

- **Período Medieval** (Época de alienação) - Ruíram os alicerces "médicos e humanitários". Retorno à crença mágica e ao misticismo. A Igreja toma conta das pessoas com problemas mentais, exclui a psiquiatria da medicina; concepção demoníaca da loucura, sinónimo de alienação. O abandono e o afastamento de um indivíduo pela sociedade eram percebidos como uma reintegração espiritual

- **Período Renascentista -** (Época de reclusão) - Os doentes mentais deviam ser alimentados e cuidados, mas reservava-se o direito de os constringir moralmente e de os restringir fisicamente.

O séc. XVII fez nascer gigantescas casas de detenção

- **Fim do séc. XVIII e início do séc. XIX** – Época do tratamento moral. Institucionalização do doente teria um carácter curativo. Tratamentos: banhos quentes, terapia pelo trabalho e outras actividades. A libertação dos doentes mentais; humanização dos asilos - 1ª revolução em saúde mental

- **Fim do séc. XIX e princípio do séc. XX** – Época dos centros hospitalares psiquiátricos. Intervenções no corpo: hidroterapia, psicocirurgia e electroconvulsivoterapia. Medicalização da doença – 2ª revolução em saúde mental. Doença relacionada com maus hábitos de vida; dietas, massagens e hidroterapia; movimentos para a higiene mental

- **Final do séc. XX –** Deslocação do foco de interesse orgânico para o psicológico e social

- **Séc. XIX:** Criação de asilos e albergues para pobres, "velhos", vagabundos, prostitutas e delinquentes

1º Manicómio – Convento de Rilhafoles em Lisboa (1848)
Hospital Conde Ferreira, no Porto (1883), sob a direcção do fundador da Psiquiatria em Portugal, António Maria de Sena

1ª Lei orgânica referente aos alienados "Lei de Sena". Esta Lei previa a construção de 4 hospitais, um fundo para os alienados, a criação de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões e a obrigatoriedade do exame forense para todos os criminosos suspeitos de doença mental.

- **Séc. XX**:

Década de 50-60

- Psiquiatria comunitária
- Inspirada nos modelos da medicina preventiva
- Aplicação de princípios de higiene mental às populações, saúde mental preventiva

Década de 80
Caracteriza-se pela evolução da psiquiatria social, facilitando a intervenção nos grupos familiares e sociais

Década de 90
Extinção dos Centros de Saúde Mental; reforço do papel dos hospitais psiquiátricos; integração das unidades de psiquiatria nos hospitais gerais

- **Séc. XXI** – Extinção dos hospitais psiquiátricos e Reestruturação dos serviços de saúde

## Doença "Illness" e Perturbação "Disease"

**"Disease"** (perturbação): a perspectiva do médico
Premissas básicas – Racionalidade científica; ênfase sobre a mensuração objectiva e numérica; ênfase nos dados psicoquímicos não valorizando os factores sociais e emocionais; dualismo mente corpo; ênfase sobre o doente individual, não na família ou na comunidade

**"Illness"** (doença): a perspectiva do doente
A doença é o homem que tem e a perturbação é o órgão. O que o doente sente é a doença e o que tem é uma perturbação. A definição de doença inclui a experiência pessoal e o significado que a pessoa confere à mesma

## Modelos de "doença mental"

**Quais os modelos de doença mental que encontramos hoje em nosso redor?**

Cada modelo implica:

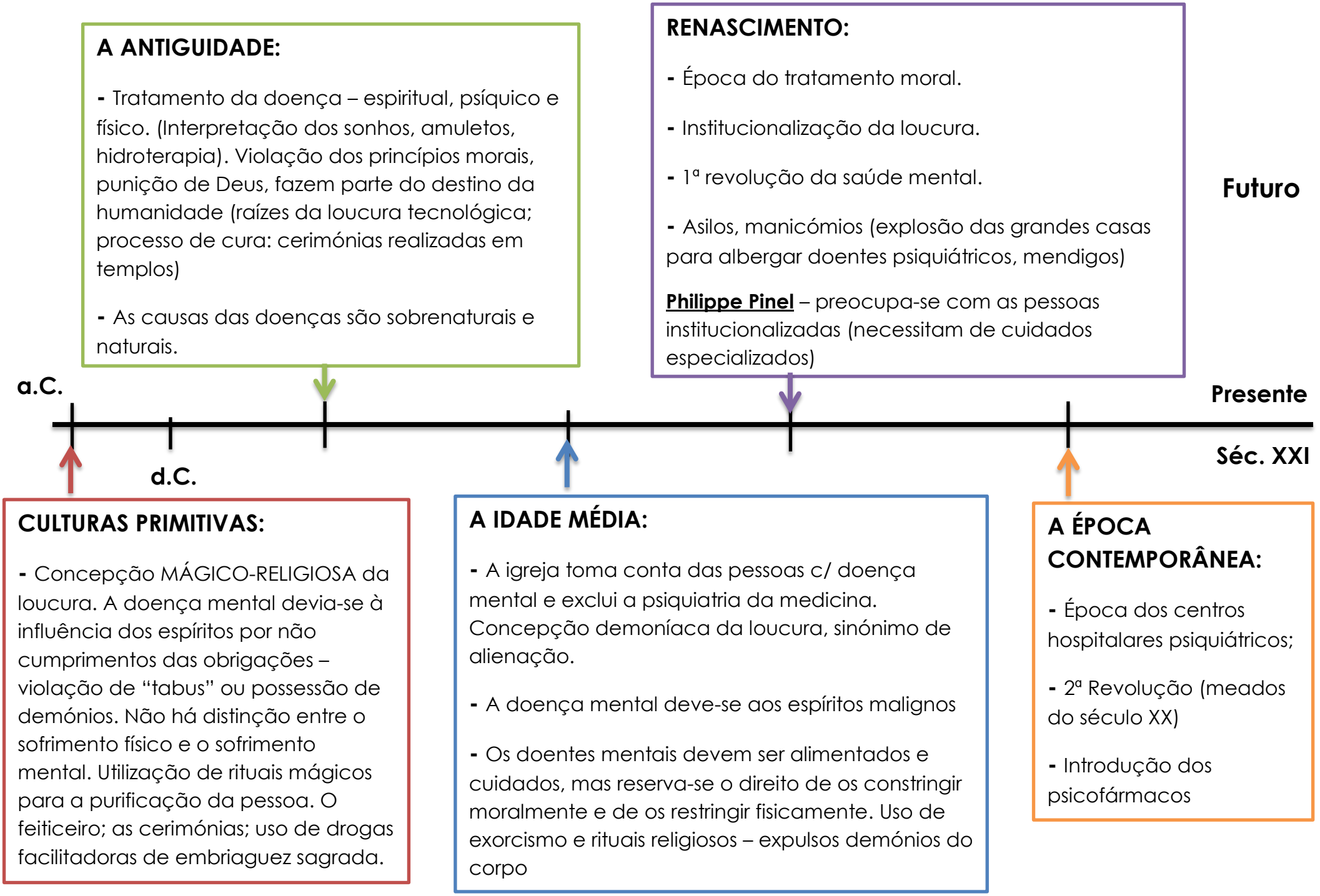
- Uma atribuição de causa
- Uma interpretação do comportamento
- Uma atitude terapêutica
- Um prognóstico
- Uma atribuição de papel ao doente

O conceito de doença mental tem evoluído ao longo da história e continua a evoluir, variando de cultura para cultura.
Podemos considerar três correntes de pensamento mais difundidos: religiosa, médica e psicológica

*Modelo de doença mental*

| | M. Religioso | M. Médico | M. Psicológico | M. Biopsicossocial |
|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico | A doença é um castigo por ter infringido as normas | É muito importante. A terapêutica depende dele | O nome da doença não importa. São problemas emocionais mais ou menos graves | Importa a avaliação correcta da situação mas na sua globalidade |
| Etiologia | A doença é provocada deuses, demónios e espíritos | A causa é orgânica. Se não se conhece é porque ainda estamos atrasados cientificamente | Falta de informação ou de auto-conhecimento | Causas: biológicas, psicológicas e sociais |
| Tratamento | Exorcismo, castigos e exortações | Procedimentos médicos – uso de fármacos como qualquer doente físic | Medidas pedagógicas<br>Psicoterapias | Correcção dos factores biológicos (fármacos), psicológicos (psicoterapias) e sociais (mudança das condições de vida) |
| Papel do doente | Papel passivo. Deve submeter-se ao castigo. Deve conformar-se com a doença | Papel passivo<br>Deve deixar-se tratar | Papel activo de colaboração com o terapeuta | Papel activo de procura e colaboração no tratamento |
| Técnicos de saúde | Ministros do culto<br>Curandeiros<br>"Pessoas de virtude" | Psiquiatras (Médicos, Enfermeiros)<br>Hosp. Psiquiátrico tem um papel especial | Terapeutas treinados (Psicólogos, médicos, enfermeirosESMP,etc)<br>Fomentar o acesso às psicoterapias | Equipa terapêutica<br>Psiquiatria comunitária<br>Melhoria das condições de vida |

| Modelos | Asserções fundamentais | Definição saúde/doença | Autonomia conceptual-afetiva do utente | Relação médico-doente |
|---|---|---|---|---|
| Biomédico | A doença pode ser explicada com base nos desvios da norma; variáveis biológicas | Dicotómica: doença como problema biológico e saúde como ausência de doença | Não considerada. Promoção do papel passivo do doente | Baseada na autoridade epistemológica do médico/ terapeuta |
| Psicossomático | A perturbação física envolve fatores emocionais e psicológicos; a perturbação emocional pode levar a doença somática | Ausência (saúde) ou presença (doença) de distúrbios e mentais/emocionais | Negligência: promoção de um papel passivo e obediente | Baseada na autoridade epistemológica do médico/ terapeuta |
| Biopsicossocial | Interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais subjacentes ao diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças. O doente, o seu contexto e o sistema de cuidados de saúde são tidos em conta no tratamento. Saúde e doença dependem do contexto psicossocial | Ausência (saúde) ou presença (doença) de distúrbios físicos, mentais, emocionais e sociais. Interação entre estas dimensões explica o estado de saúde | Negligência: promoção de um papel passivo e obediente | Baseada na autoridade epistemológica do médico /terapeuta |
| Holístico | Pessoa concebida como um todo, imbuída no seu ambiente total. Saúde e doença conceptualizadas nessa totalidade. Doença pode ser oportunidade para crescimento; | Significações pessoais são componente fundamental das conceções, com definição em dimensão contínua | Promoção de autonomia (de pensamento , emoção e ação) do doente. O doente pode ter um papel ativo | Parceria epistemológica. Terapeuta promove autonomia . da pessoa no acompanhamento do seu estado de saúde. Promove reflexão e exercício metacognitivo, no sentido de liberdade conceptual |


A ANTIGUIDADE:
- Tratamento da doença – espiritual, psíquico e físico. (Interpretação dos sonhos, amuletos, hidroterapia). Violação dos princípios morais, punição de Deus, fazem parte do destino da humanidade (raízes da loucura tecnológica; processo de cura: cerimónias realizadas em templos)
- As causas das doenças são sobrenaturais e naturais.
RENASCIMENTO:
- Época do tratamento moral.
- Institucionalização da loucura.
- 1ª revolução da saúde mental.
- Asilos, manicómios (explosão das grandes casas para albergar doentes psiquiátricos, mendigos)
Philippe Pinel – preocupa-se com as pessoas institucionalizadas (necessitam de cuidados especializados)
Futuro
a.C.
d.C.
Presente
Séc. XXI
CULTURAS PRIMITIVAS:
- Concepção MÁGICO-RELIGIOSA da loucura. A doença mental devia-se à influência dos espíritos por não cumprimentos das obrigações – violação de "tabus" ou possessão de demónios. Não há distinção entre o sofrimento físico e o sofrimento mental. Utilização de rituais mágicos para a purificação da pessoa. O feiticeiro; as cerimónias; uso de drogas facilitadoras de embriaguez sagrada.
A IDADE MÉDIA:
- A igreja toma conta das pessoas c/ doença mental e exclui a psiquiatria da medicina. Concepção demoníaca da loucura, sinónimo de alienação.
- A doença mental deve-se aos espíritos malignos
- Os doentes mentais devem ser alimentados e cuidados, mas reserva-se o direito de os constringir moralmente e de os restringir fisicamente. Uso de exorcismo e rituais religiosos – expulsos demónios do corpo
A ÉPOCA CONTEMPORÂNEA:
- Época dos centros hospitalares psiquiátricos;
- 2ª Revolução (meados do século XX)
- Introdução dos psicofármacos

# MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESS DE STUART

- ✓ Padrão de referência para a prática de enfermagem de saúde mental
- ✓ Facilita a compreensão das diferentes problemáticas na perspetiva da enfermagem de saúde mental
- ✓ Ajuda a perceber o processo dos cuidados e os resultados esperados
- ✓ Baseia-se na perspetiva holística, integrando os aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais na assistência

## Componentes Biopsicossociais do Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart (2006)

## ❖ Fatores Predisponentes (fatores de risco)

Biológicos

- história genética
- estado nutricional
- saúde geral
- exposição a toxinas

Psicológicos

- personalidade
- autoconceito
- capacidades adaptativas
- capacidade de resiliência

Socioculturais

- idade
- género
- escolaridade
- ocupação
- experiências de socialização
- bagagem cultural

## ❖ Stressores Desencadeantes

- são estímulos percebidos pelo indivíduo como difíceis, perigosos ou desafiadores
- podem ser de natureza biológica, psicológica ou sociocultural
- exigem excessiva energia e produzem um estado de tensão e *stress*
- podem ser de origem interna ou externa ao indivíduo
- é importante avaliar o momento da sua ocorrência (quando ocorreu o acontecimento? qual a duração da exposição? qual a frequência da sua ocorrência?)
- é importante avaliar o número de stressores que o indivíduo esteve exposto num determinado período
- Os stressores desencadeantes (circunstâncias indutoras de *stress*) podem ser:
  - acontecimentos traumáticos
  - acontecimentos significativos de vida
  - situações crónicas
  - acontecimentos desejados que não ocorrem
  - traumatismos ocorridos (estádios desenvolvimentais)

## ❖ Avaliação do Stressor

- é o processamento e a compreensão da situação stressante
- envolve respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas, comportamentais e sociais
- a atribuição de significado à situação é única (intensidade e importância)
- o significado psicológico que o individuo constrói sobre o acontecimento pode ser considerado a "causa próxima" explicativa da reação de *stress*; a causa distante diz respeito às experiências ao longo do desenvolvimento

A importância do significado do acontecimento

- O que determina que dado estímulo se torne um indutor de *stress*?
- O que torna as pessoas vulneráveis perante certos estímulos?
- Porque é que a mesma situação desencadeia emoções diversas em diferentes pessoas?

As situações indutoras de *stress* podem ser avaliadas como:

- **ameaça**: antecipação de uma contingência desagradável que pode vir acontecer mas ainda não surgiu
- **dano**: refere-se a alguma coisa que já ocorreu e ao indivíduo apenas resta tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências
- **desafio**: representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas

Respostas cognitivas

– Os fatores cognitivos exercem um papel central na adaptação do indivíduo às situações de vida, implicando diferentes formas de agir; são mediadores psicológicos entre o indivíduo e o ambiente.

– As pessoas resistentes ao stress têm uma atitude perante a vida de recetividade à mudança, sentido de envolvimento naquilo que fazem e controlo sobre os eventos.

– As diferenças na avaliação cognitiva refletem-se nas respostas dos indivíduos aos eventos.

Resposta afetiva

– Refere-se ao despertar de uma emoção suscitada (ansiedade generalizada expressada por emoções que pode, incluir: alegria, medo, ira, aceitação desconfiança, surpresa)

Respostas fisiológicas

– Refletem a interação de diferentes eixos neuroendócrinos (afeta o sistema imunológico)

Respostas comportamentais

– Refletem as emoções, mudanças cognitivas e a análise cognitiva da situação stressante.

– Comportamento de modificação do ambiente ou fuga, comportamento destinado a adquirir novas capacidades de ação.

A resposta social

– Envolve a procura de significado (o indivíduo procura identificar os fatores que contribuíram para o seu problema, informações sobre este, e ainda a atribuição social) e a comparação social (a pessoa procura comparar as suas habilidades e capacidades com outras pessoas com problemas semelhantes)

## ❖ Respostas de adaptação

A capacidade da pessoa responder e recuperar perante as adversidades, que implica um conjunto de qualidades que promovem um processo de adaptação com êxito e transformação, apesar dos riscos e a adversidade.

Recursos de adaptação individual e de resiliência

- Sentido de coerência *(Antonovski, 1987)*

Sentimento de confiança generalizado e estável, embora dinâmico, e que se traduz nos seguintes aspetos:

– estímulos internos e externos, no decurso da vida são percecionados como sendo estruturados, previsíveis e explicáveis

– existem recursos para fazer face às exigências desses estímulos

– exigências que constituem desafios merecedores de investimento e compromisso

- Locus de controlo *(Rotter, 1966)*

Expectativas generalizadas que a pessoa cria relativas à obtenção de reforços em dada situação

– Locus de controlo interno: quando a pessoa obtém dado reforço, se acredita que ele foi devido ao seu esforço e/ou qualidades

– Locus de controlo externo: quando a pessoa acredita que o reforço se deveu às circunstâncias externas (intervenção de outras pessoas + poderosas ou fatores de sorte)

- Expectativa de eficácia pessoal *(Bandura,1986)*

– refere-se à crença de ser realmente capaz de executar e de obter êxito em determinada tarefa

– perceção ou expectativa das próprias capacidades

– refere-se aos juízos acerca do que a pessoa pode fazer, independentemente das suas competências

- Robustez "hardiness" *(Kobasa et al., 1982)*

– característica de personalidade que parece ter uma influência positiva no estado de saúde e que contrariam o efeito negativo de eventos perturbadores, evitando, assim, que conduzam à doença

– inclui 3 componentes inter-relacionados:

  • *compromisso*: capacidade da pessoa em acreditar que tem valor e que aquilo que faz é importante

  • *controlo*: capacidade da pessoa em acreditar que a ocorrência de determinados acontecimentos é influenciada não apenas pelas ações dos outros mas tb, e em grande medida, por si próprio

  • *desafio*: convicção que a pessoa tem de que a mudança é uma situação normal da vida

➢ Personalidade auto-curativa ou protectora *(Friedman, 1991)*

- sentimento de controlo e de orientação pessoal da sua própria vida
- comprometimento a princípios e objetivos elevados
- atitude de integração social
- construção de um contexto de vida gerador de desafios e incitamentos
- sentimento de realização criativa que conduz a vivência de emoções positivas

Factores Psicossociais

- interação com os pais e educadores
- interação na educação e na vida laboral
- interação em situações especiais
- **apoio social**

- é uma das funções primordiais das redes sociais
- envolve transações interpessoais
- engloba diversos tipos de apoio específicos prestados por indivíduos, grupos ou instituições
- é um conceito interativo, implicando sempre transações entre as pessoas

Características: o apoio instrumental e emocional, aconselhamento, a interação positiva e feedback, a confiança, a orientação e oportunidade de expressão dos sentimentos, a socialização e integração social, o sentimento de pertença, a estima, os laços de confiança, a ajuda material, a informação, a partilha de atividades.

Inclui 3 dimensões que se relacionam num processo dinâmico de transações verificadas entre o sujeito e o contexto:

- recursos da rede de apoio (utilizados pelo sujeito qd necessita de apoio)
- comportamentos de apoio (diferentes formas de prestar ajuda)
- apreciações de apoio (apreciações subjetivas relativas às funções de apoio)

↳ Integração social, apoio recebido, perceção do apoio e apoio recebido.

Algumas atividades associadas ao conceito: escutar, demonstrar carinho ou interesse, dar objectos materiais, ajudar economicamente alguém, estar casado, visitar um amigo, pertencer a associações, expressar aceitação, sentir-se amado.

**O apoio social na saúde**

– Modelos gerais: modelos centrados no *stress*. Questionam-se sobre os efeitos positivos do apoio social na saúde e bem-estar. Efeitos diretos ou principais e efeitos protetores ou amortecedores.

– Modelos específicos: modelos de processo psicossocial. Definição de mecanismos no sentido de proporcionar efeitos diretos e protetores no bem-estar e saúde dos indivíduos.

Efeitos:

➢ *Direto/principal*: a rede social influência a saúde fomentando a adaptação pela informação que emite ou pelo aumento da motivação oferecida. As relações sociais são benéficas proporcionando identidade social, aumento da auto-estima.

➢ *Protetor/amortecedor*: o apoio social alivia o impacto do *stress*, facilita comportamentos salutogénicos.

## ❖ Mecanismos de Adaptação

Mecanismos de *coping*:

– Mecanismos psicológicas que promovem a redução do impacto de qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade da pessoa (do EU), no sentido de lidar com situações ameaçadoras.

– São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem uma solução para conflitos não resolvidos ao nível da consciência.

➢ *Centrados no problema*: envolvem tarefas e esforços diretos para lidar com a ameaça em si (negociação, confronto e procura de aconselhamento)

➢ *Centrados na cognição*: a pessoa tenta controlar o significado do problema para neutraliza-lo (comparação positiva, desvalorização dos objetos desejados…)

➢ *Centrados na emoção*: comportamentos direcionados para esbater o sofrimento emocional (p. exº: negação, projeção)

# ADAPTAÇÃO E MUDANÇA – CRISE

## Módulo 1

### Definição de crise

Uma situação de ameaça na qual as estratégias habituais de resolução e/ou os métodos de tomada de decisão não são os apropriados para lidar com essa situação de forma adaptativa Situações de crise são transições de vida ou acontecimentos geradores de stress que são limitados no tempo (até 6 semanas)

### Crises de desenvolvimento/maturação

- Maturacionais
  - Nascimento de um filho
  - Entrada na escola
  - Puberdade
  - Anciania
- De transição
  - Nascimento de irmãos
  - Casamento
  - Morte de pessoa significativa

### Crises situacionais

- De vitimização
  - Perda de emprego, divórcio
  - Violação
  - Assassinato
  - Incesto
- De desastre
  - Tornados
  - Sismos e terramotos
  - Incêndios
  - Acidentes de viação

### DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CRISE

- Período pré-crise é caracterizada por:
  - Equilíbrio emocional
  - Mecanismos de coping eficazes

- Período de crise, inclui:
  - Estado de agitação constante, transtorno permanente;
  - Subida de tensão
  - Estratégias de coping habituais não são eficazes

- Período posterior à crise, envolve:
  - Regresso a um nível habitual de funcionamento
  - Resolução da crise

## PERDA E PROCESSO DE LUTO

- A teoria da intervenção na crise emerge da investigação acerca dos processos de luto
- A morte é uma experiência universal que é antecipada com ansiedade
- O luto é uma experiência relacionada com a perda de um ente querido ou de um objecto significativo, ideal, posição ou estatuto
- As fases do luto incluem:
  - Choque ou negação
  - Desenvolvimento de consciência acerca da perda e do sofrimento emocional
  - Resolução, reorganização (até dois anos)

## FACTORES QUE AFECTAM O EQUILÍBRIO

- A percepção do acontecimento, envolve
  - Como o acontecimento de crise é avaliado
  - Comportamentos de coping

- Apoio situacional, inclui:
  - Pessoas a quem a pessoa em crise se pode socorrer
  - Outros recursos

- As capacidades de coping dependem de:
  - Recursos individuais
  - Formas de lidar em crises anteriores
  - Capacidades de resolução de problemas
  - Número de situações geradoras de stress na vida

## CARACTERÍSTICAS DAS CRISES SITUACIONAIS E DAS CRISES DE DESENVOLVIMENTO

- Sintomas fisiológicos de ansiedade: diarreia, vertigens, palpitações
- Distúrbio do sono
- Cansaço, falta de concentração
- Irritabilidade, ataques de ira
- Agitação, choro
- Incapacidade de tomar decisões
- Pensamentos paranóides, sentimentos de isolamento
- Ideação suicida ou homicida

A pessoa em situação de crise sente-se incapaz de lidar com a situação. Uma intervenção na crise, efectiva, deve ser construída no quadro conceptual da pessoa doente e nos seus recursos

## DISTÚRBIOS RELACIONADOS COM AS CRISES NÃO RESOLVIDAS

### DISTÚRBIOS DE ADAPTAÇÃO

- Reacções mal-adaptativas relacionadas com um agente psicossocial gerador de *stress*, que ocorrem dentro de 3 meses após a ocorrência do acontecimento e não persistem + de 6 m.
- A reacção à situação geradora de stress é excessiva e envolve prejuízo social.
- Tipos de distúrbios de adaptação incluem:
  - Distúrbio de adaptação com humor deprimido
  - Distúrbio de adaptação com humor ansioso
  - Distúrbio de adaptação com características emocionais mistas
  - Distúrbio de adaptação com perturbação do comportamento

### SINDROMA DE STRESS POST-TRAUMÁTICO (PTSD)

- Desenvolve-se após um acontecimento traumático (ex: guerra, fome, desastres naturais, ataque físico…).
- Os sintomas característicos incluem:
  - Reviver a experiência traumática
  - Pesadelos recorrentes com o acontecimento
  - Diversos sintomas depressivos e ansiosos
  - Dificuldade em participar na vida de relação

## INTERVENÇÃO EM CRISE

A intervenção em crise é um procedimento para exercer influência no funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto directo do evento traumático

**Objectivo:** Ajudar a accionar a parte saudável preservada da pessoa, assim como seus recursos sociais, enfrentando de maneira adaptativa os efeitos do *stress*

| PROCESSO DE ENFERMAGEM NA INTERVENÇÃO NA CRISE | |
|---|---|
| **RECOLHA DE DADOS**<br><br>• Identificar o acontecimento precipitante<br>• Explorar a percepção da pessoa doente<br>• Explorar sistemas de apoio<br>• Explorar capacidades de coping | **Identificar o acontecimento precipitante e explorar:**<br>• Circunstâncias que levaram à crise<br>• Sequência cronológica dos acontecimentos<br>• Grau de disfunção provocada pela crise<br>• Explorar capacidades de coping<br><br>**Explorar a percepção da pessoa doente, inclui:**<br>• Temas e memórias que desvendam o significado da crise para o indivíduo<br>• Necessidades acessórias que estão ameaçadas pela crise<br>• Grau de disfunção provocada pela crise<br>• Explorar capacidades de coping~<br><br>**Sistemas de apoio, incluem:**<br>• Situação de co-habitação<br>• Pessoas disponíveis para ajudar a pessoa doente<br>• Outros sistemas de apoio ou recursos<br><br>**Capacidades de coping, incluem:**<br>• Como o indivíduo lidou com crises semelhantes no passado<br>• Forças e fraquezas do indivíduo<br>• Mecanismos de defesa adaptativos e deficit de capacidades de coping |
| **ANÁLISE E DIAGNÓSTICO DE ENF$^{EM}$**<br><br>• Circunstâncias e contextos | **Atenção à possibilidade de potenciais crises em várias áreas de enfermagem:**<br>• Relação mãe - filho – nascimento de criança prematura, anomalias congénitas<br>• Pediátricas: ocorrência de doença grave, doença crónica ou debilitante, acidentes graves, criança moribunda<br>• Médico-cirúrgicas: diagnóstico grave, perda de uma parte ou função corporal, processo de morte<br>• Gerontologia: perdas cumulativas, dependência, internamento asilar<br>• Emergência: trauma físico, doença, aguda, violação<br>• Psiquiatria: ser hospitalizado por doença psiquiátrica, acontecimentos geradores de stress para doentes mentais crónicos, comportamentos suicidários<br>• Grau de disfunção provocada pela crise<br><br>**Diagnósticos da NANDA, incluem:**<br>**Estratégias de coping ineficazes**<br><br>• Relacionadas com acontecimento pessoal traumático;<br>• Relacionada com perda de ente querido;<br>• Relacionada com incapacidade para lidar com o stress<br><br>**Alteração do processo familiar**<br>• Relacionada com incapacidade para lidar com as transições da vida;<br>• Relacionada com deslocação geográfica;<br>• Relacionada com luto<br><br>**Focos CIPE**<br>• Coping ineficaz (comprometido)<br>• Processo familiar comprometido |

| | |
|---|---|
| **PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO**<br><br>• Processo de resolução de problemas<br>• Intervenção em plano suicidário<br>• Aumentar auto-estima<br>• Mobilizar sistemas de apoio<br>• Intervenção antecipada | **Processo de resolução de problemas:**<br>• Ajudar a dar sentido à crise; desmontar a crise nos seus componentes<br>• Ajudar a corrigir más interpretações acerca da crise<br>• Explorar opções para resolução da crise<br>• Apoiar, reforçando mecanismos de defesa adaptativos<br>• Explorar alternativas de resolução da crise; dar respostas se necessário<br><br>**Intervenções em qualquer plano de suicídio ou homicídio, através de:**<br>• Considerar seriamente os sinais de alarme<br>• Determinar o grau de concretização do plano<br>• Se possível, remover materiais ou objectos perigosos<br>• Colocar a pessoa doente em ambiente seguro e protegido; vigiar e mobilizar apoios<br>• Comunicar a sua presença e desejo de proteger o indivíduo de danos sobre si próprio ou sobre outros<br>• Encorajar o doente a falar sobre o acontecimento gerador de stress; sentimentos de dor, raiva e angústia; acerca de planos de suicídio ou homicídio<br>• Escutar com empatia<br>• Reforçar o desejo do indivíduo de resolver os problemas, de viver<br>• Recomendar para tratamento de seguimento<br><br>**Aumentar a auto-estima do doente, através de:**<br>• Reconhecendo as suas forças<br>• Criando empatia com o doente e a sua situação<br>• Mobilizando-o para as acções construtivas<br>• Comprometendo-se de uma maneira activa, estando com o doente expressando cuidado e preocupação<br><br>**Mobilizar os sistemas de apoio do doente, através de:**<br>• Ajudando-o no contacto com a família ou amigos que podem servir de rede de apoio<br>• Recomendando-o para serviços sociais ou comunitários<br>• Mobilizando-o para as acções construtivas<br><br>**Providenciar orientação antecipatória e seguimento, incluindo:**<br>• Revendo as várias consequências para cada solução possível<br>• Providenciando oportunidade para procurar o que pode ser feito em crises futuras<br>• Providenciando apoio antecipatório (cirurgia, nascimento)<br>• Providenciando apoio em situações geradoras de stress |
| **AVALIAÇÃO** | ♥ O indivíduo demonstra ausência de comportamento de crise: fisiológico, comportamental, cognitivo e afectivo<br>♥ O indivíduo exibe retorno à situação anterior à crise ou melhoria na situação ou no comportamento |

| TÉCNICAS DE ADAPTAÇÃO NA CRISE | |
|---|---|
| **REACÇÃO** | Expressão de sentimentos que se produzem quando o doente fala sobre os seus problemas. Exemplo: “Diga-me como se sentiu quando perdeu o seu emprego” |
| **CLARIFICAÇÃO** | Incentiva o doente a que explique, o mais claramente possível, a relação entre certos acontecimentos da sua vida. Exemplo: “Tenho observado que sempre que se aborrece com o seu marido fica doente e de cama” |
| **SUGESTÃO** | Consiste em influenciar o doente para que aceite uma ideia, especialmente a ideia de que a enfermeira pode ajudá-lo a sentir-se melhor. Exemplo: “Para muitas pessoas falar dos seus problemas ajuda-as a sentir-se melhor. Penso que o mesmo pode acontecer consigo” |
| **MANIPULAÇÃO** | Uso de emoções, dos desejos e dos valores do doente para ajudá-lo no processo terapêutico. Exemplo: “Parece estar muito empenhado em que o casamento fique bem” |
| **REFORÇO DA CONDUTA** | Reforçar o comportamento de adaptação do doente. Exemplo: “Conseguiu exprimir os seus pontos de vista. Os meus parabéns” |
| **REFORÇO DE PROCESSOS ADAPTATIVOS** | Incentivar a utilização dos processos que facilitam mudanças positivas e satisfatórias e não recorrer a mecanismos de defesa que conduzem a comportamentos de não adaptação. |
| **AUMENTAR A AUTO-ESTIMA** | Ajudar o doente a recuperar a confiança em si mesmo. Exemplo: “Você é uma pessoa forte e pode ajudar a sua família numa situação difícil como esta” |
| **EXPLORAÇÃO DE SOLUÇÕES** | Exploração de alternativas para solucionar um problema. Exemplo: Parece que você tem bastantes conhecimentos na área da informática. Porquê que não tenta desenvolver algum trabalho nesse domínio?” |

**Caso Clínico:**

A Sara tem 19 anos de idade, é solteira e desempregada. Um mês após o nascimento do seu primeiro filho foi ao Centro de Saúde de S. Martinho pedir ajuda por dificuldade em dormir, despertar precoce, ter crises de choro e dificuldades para cuidar do bebé devido à apatia e fadiga. Vive com os seus pais e irmãos, nunca viveu sozinha e é dependente dos pais. A sua mãe estava “furiosa” com ela por ter tido um filho e com frequência recusava-se a cuidar do bebé. O seu namorado prometeu casar com ela, no entanto, recentemente, decidiu recuar por se considerar muito novo para assumir tal responsabilidade

# A PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE E FAMÍLIA

## Perturbações persistentes e incapacitantes

Podem envolver mudanças duradouras no funcionamento da pessoa, tornando-a mais propensa a ter problemas para viver produtivamente na comunidade

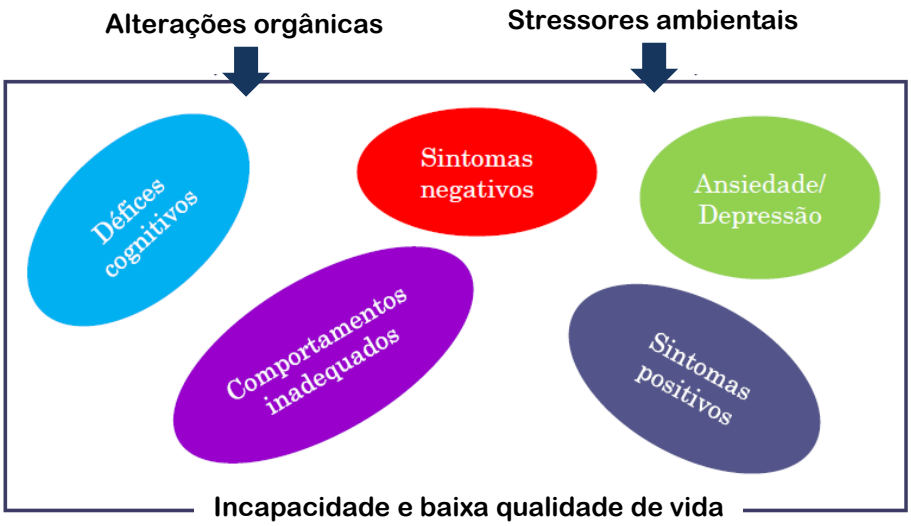
Na fase aguda, em particular nas situações de risco de suicídio ou de perigo potencial para si ou para terceiros devido à sua doença, necessitam de ser submetidas a internamento hospitalar para cuidados psiquiátricos especializados de diagnóstico, terapêuticos e controlo

Por exemplo a **esquizofrenia** considera-se ser uma doença que causa um elevado grau de incapacidade e é responsável por 2.8% dos AVI [1]

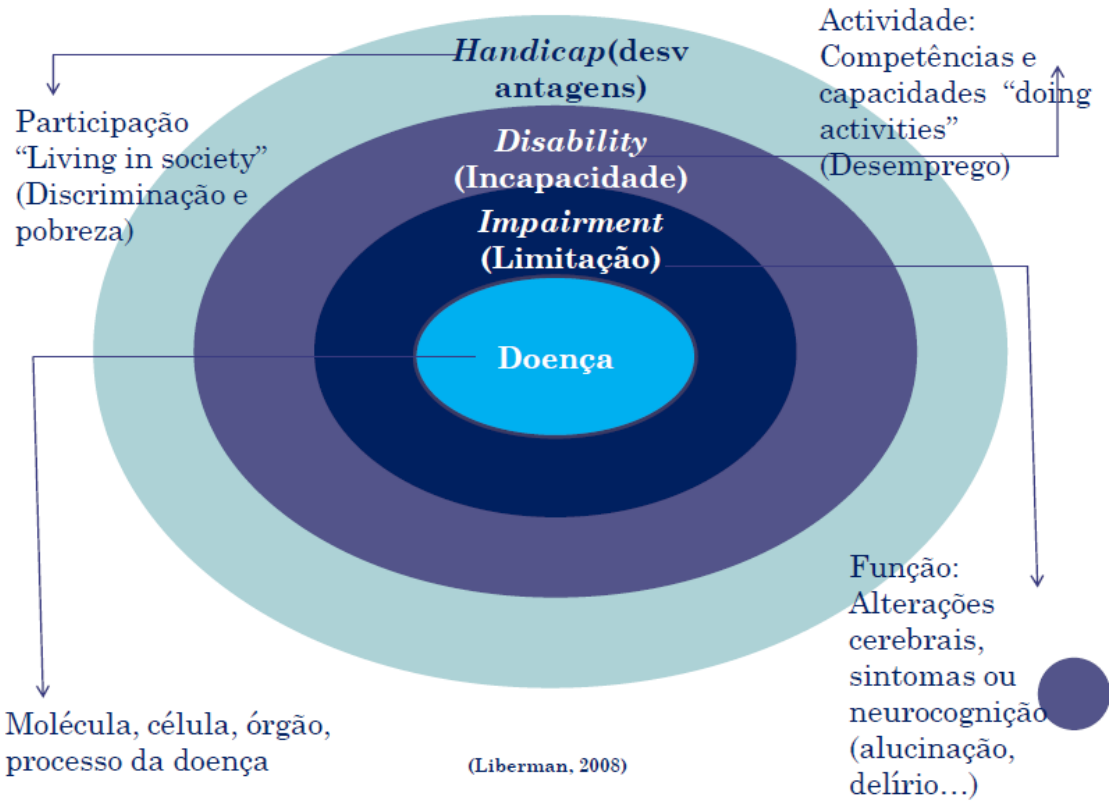
[1] AVI (Anos vividos com Incapacidade)

## Problemas que a pessoa com perturbações graves (PMG)

- Dificuldades nas actividades de vida diária (AVD)
- Dificuldades nas relações interpessoais por manifestação de apatia, isolamento social e timidez
- Baixa auto-estima originando falta de capacidade para manter o emprego, viver independente, casar-se e ter filhos
- Falta de motivação, por medo do fracasso e baixa energia relacionados com a doença e o tratamento medicamentoso
- Alteração nos talentos por incapacidade em definir as suas habilidades, capacidades e interesses
- Falta de adesão aos programas terapêuticos prescritos relacionado com falta de apoio social, com os efeitos dos medicamentos e por dificuldades na aliança terapêutica



## Consequências sociais




## Factores que influenciam a função social e o funcionamento profissional

## Critérios

### Para avaliação de incapacidade mental

- Ter diagnóstico de **esquizofrenia, perturbação do humor, perturbação invasiva do desenvolvimento**
- Duração do tratamento de 2 ou mais anos
- **Disfunção psicossocial** extrema (dificuldades graves no funcionamento sócio ocupacionais e escolares) Pontuação igual ou inferior a 50 na Global Assessement of Functioning Scale

Prevalência = 2,32 por 1000 Habitantes
Dados epidemiológicos: 42% de pessoas com perturbações não psicóticas apresentam critérios de disfunção grave; 58% de pessoas com perturbações psicóticas graves tem disfunção muito grave; 20% da população entre 15 e os 44 anos tem pelo menos um episódio ao longo da vida que abala a sua função ocupacional

### Para benefícios sociais por incapacidade mental

- Relatório (prova de que a pessoa é portadora de doença de acordo com a DSMIV)
- Não ter autonomia para as AVD, para o auto-cuidado pessoal, para o funcionamento doméstico e em todas as actividades sociais
- Ter falta de competências sociais resultantes do isolamento social e ostracização
- Ter dificuldades de manutenção da sua ocupação
- Ter probabilidade de recaída em situações de stress

Um elevado número de pessoas com diferentes perturbações psiquiátricas como por exemplo: com esquizofrenia, perturbação bipolar, depressão major, perturbação obcessivo-compulsiva, fobia social, agorafobia, stress pós-traumático, etc, têm sido consideradas com incapacidade mental

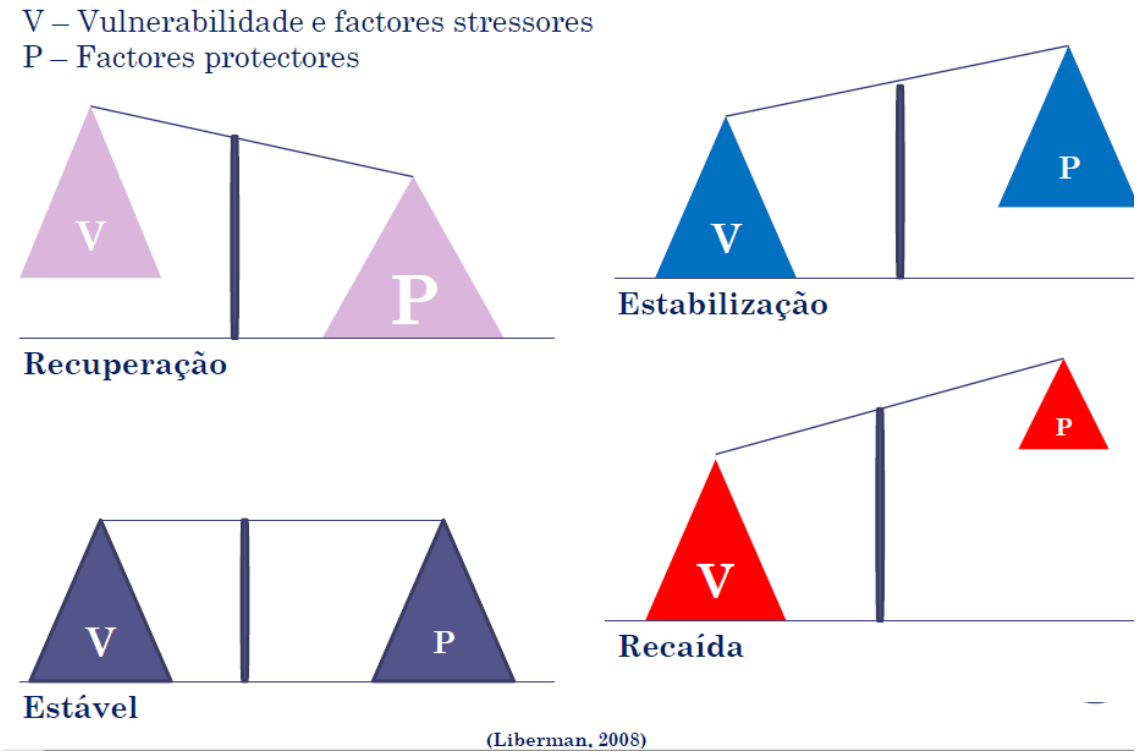
## *Recovery* e Incapacidade

As pessoas com PMG são indivíduos com interesses, objectivos, pontos fortes. São pessoas que têm incapacidades, no entanto não são incapazes durante as 24 horas, durante os 7 dias da semana. Algumas pessoas participam nas AVDs, com os seus familiares e na comunidades…

**Recovery** requer a descoberta por parte da pessoa dos profissionais dos seus atributos e pontos fortes que possibilitem a recuperação. Nova concepção de recuperação da doença mental.

- É considerado um processo de recuperação da pessoa doente, que envolve mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e / ou funções (Anthony, 1993)

- Recuperação de uma doença mental é processo complexo e lento, envolve a recuperação da doença em si, a promoção de condições que minimizam e controlar o impacto da mesma e o reforço das capacidades individuais e sociais (Liberman, 2008)



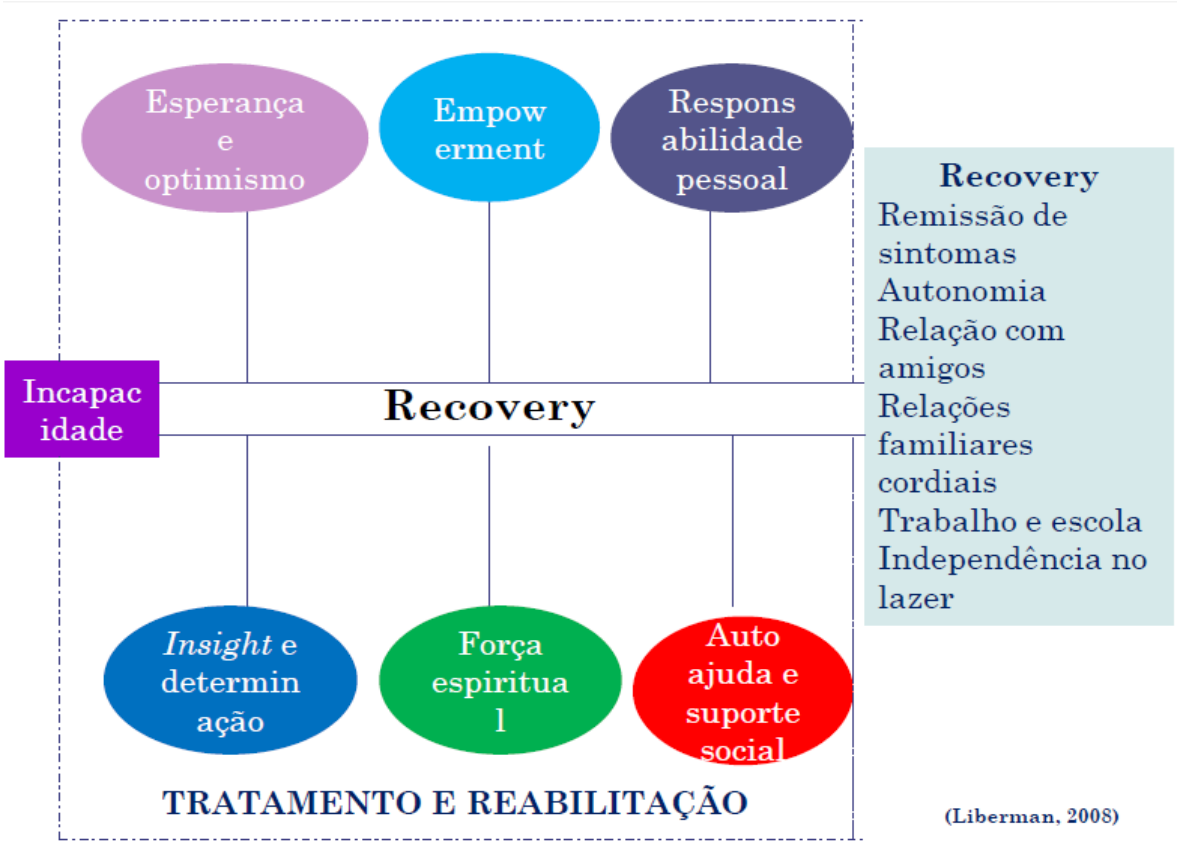

- Os profissionais não detêm a chave para a recuperação, mas sim os doentes. Enquanto que a tarefa dos profissionais é facilitar a recuperação, a tarefa dos doentes é recuperar. A recuperação pode ser facilitada pelo sistema de apoio do doente natural

- Sendo o recovery uma condição humana comum experimentada por todos nós, as pessoas que estão envolvidas no processo recuperação podem ajudar:

Grupos de ajuda mútua, família e amigos são os melhores exemplos desse fenómeno de ajuda. O que promove a recuperação não é simplesmente a matriz dos serviços de saúde mental, mas também outras actividades de saúde e organizações, por exemplo, desporto, educação, igreja e outras atividades sócio ocupacionais

*Recovery = mudança*

## Factores propulsores positivos para o recovery




## Reabilitação psiquiátrica

- Processo que consiste em ajudar a pessoa a recuperar a sua capacidade de funcionamento
- A pessoa com incapacidade produzida por doença psiquiátrica é ajudada a trabalhar e a ser autónoma, a adoptar estilos de vida que mantenham ou restabeleçam o seu bem-estar

Processo que foi exigido pelas consequências da desconstitucionalização de doentes mentais crónicos

"Processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais"

(OMS, 2001)

Objectivos

- ✓ Emancipação do doente
- ✓ Redução do estigma
- ✓ Melhoria da competência social e individual
- ✓ Criação de um sistema de apoio social de longa duração
- ✓ Recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver

## Reabilitação psicossocial

- Inclui a assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão sentido de participação e de valor pessoal
- Ensina aptidões de vida: regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, manter a casa, usar diferentes meios de transporte

### MODELO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA E O MODELO MÉDICO TRADICIONAL

| Aspecto do Cuidado | Reabilitação Psiquiátrica | Reabilitação Médica Tradicional |
|---|---|---|
| Foco | Bem-estar e na saúde | Doença e sintomas |
| Base da pessoa | Capacidades e comportamento funcional | Deficiências e funcionamento intrapsíquico |
| Contexto | Natural | Institucional |
| Relacionamento | Adulto para adulto | Especialista para adulto |
| Medicação | Apropriada, com tolerância para alguns sintomas | Até obter o controlo dos sintomas |
| Decisões | Planeamento em parceria com o doente | O médico toma as decisões e prescreve o tratamento |
| Ênfase | Qualidades, auto-ajuda e interdependência do doente | Dependência e obediência |

## Envolvendo a família no tratamento e reabilitação

### Factores

- A desinstitucionalização das pessoas com perturbações mentais determinou o envolvimento dos familiares no processo de recuperação e reabilitação
- A família é um factor protector
- A doença psiquiátrica grave causa desequilíbrio na dinâmica familiar
- O papel da família como cuidadores informais
- Emoção expressa
- Stress crónico e burden (sobrecarga) experienciados pelos familiares/cuidadores informais
- Estigma e literacia em saúde mental

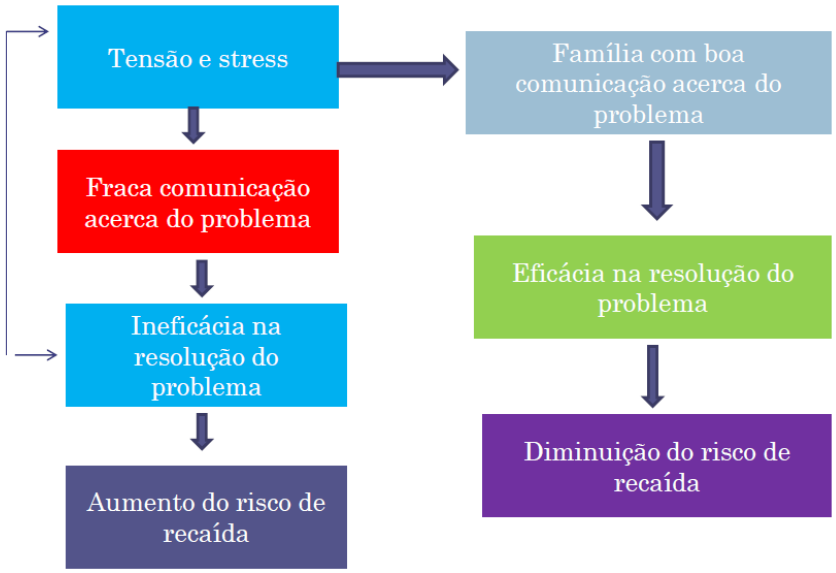
**Burden** - Sobrecarga do cuidador informal

Perturbação resultante do processo de cuidar da pessoa com dependências e incapacidade. Inclui sintomas típicos de ansiedade, conflito interior e sentimentos como tristeza e angústia

- Envolve três tipos de sobrecarga: financeira, o desenvolvimento de rotinas familiares e as manifestações de doença física e emocional
- "As implicações relacionadas ao cuidar do doente mental em casa, foram representadas pelos atores sociais, como sendo a principal causa de doenças físicas, de desestruturação da família e de solidão dos cuidadores. Isto ancora-se em fatores de relacionamento e de convivência, objetivados pela dependência, improdutividade e a atenção em tempo integral que o doente necessita, diariamente"

### Papel da família

**Desenvolvimento de coping e neutralização da vulnerabilidade e stress**



## Programas de intervenção com a família

- Problemática que envolve a compreensão das dificuldades sentidas pelos familiares
- Dificuldades de diferente natureza: económica, profissional, emocional, de conhecimento, aceitação da doença e estratégias para lidar com o comportamento da pessoa doente
- Intervenções familiares incluem "sessões familiares com função específica de suporte ou tratamento, com base em princípios sistémicos, cognitivo--comportamentais ou psicanalíticos, devendo incluir pelo menos um dos seguintes componentes: intervenção psicoeducativa, trabalho de resolução de problemas e de manejo da crise e/ou intervenção com o doente"

### Programa de intervenção familiar

### Psico-educação

Psico-educação inclui "abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado"

# PSICOPATOLOGIA: PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA

Objetivos:

- ✓ Distinguir os conceitos de Psiquiatra e Psicopatologia
- ✓ Compreender a influência de algumas perspectivas e modelos psiquiátricos na clínica e na representação social da psiquiatria
- ✓ Identificar algumas bases bio-psico-sociais da Psiquiatria
- ✓ Descrever a importância da exploração psiquiátrica
- ✓ Caracterizar a natureza da psicopatologia
- ✓ Distinguir as principais características que identificam algumas patologias psiquiátricas mais comuns e as consideradas graves
- ✓ Compreender os diferentes programas psicofarmacológicos utilizados no tratamento das diferentes perturbações psiquiátricas

## Psiquiatria…

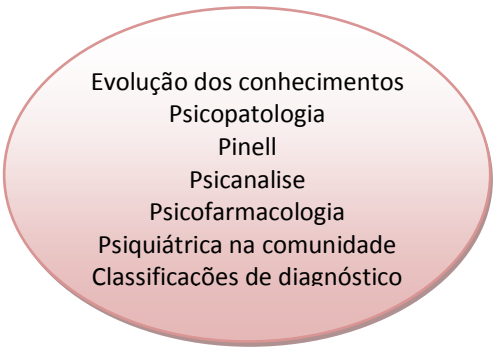
- especialidade médica que se ocupa do estudo, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças psiquiátricas
- centra-se na pessoa doente e socorre-se de outras disciplinas: patologia médica, neurologia, psicologia, sociologia, neurociências

## Psicopatologia (origem grega: *psykhé* = alma)

- estuda os estados psíquicos patológicos
- serve de fundamentação científica da psiquiatria ("psicopatolgia pode ser considerada o coração da psiquiatria")
- a compreensão psicopatologia aproxima-nos do ser humano
- não é estática
- avalia o estado de diversas funções psíquicas e procura detectar e descrever as suas alterações
- estabelece regras e conceitos gerais

Dificuldades em apreender o fenómeno psíquico:

- neutralidade difícil
- observação
- interferências da pessoa
- interferências do observador
- complexidade dos fenómenos
- factores externos



## EXPLORAÇÃO PSIQUIÁTRICA

**Métodos para avaliar o estado psicopatológico de uma pessoa:**

- *Observação*: aspecto, estado vigília, actividade psicomotora, expressão afectiva
- *Entrevista*: atenção, concentração, articulação linguagem, pensamento
- *Exploração propriamente dita*: avaliar funções não tão aparentes, como humor, percepção, conteúdo do pensamento, critérios de realidade e auto-avaliação
- *Testes específicos psicométricos*: capacidade orientação, memória, concentração
- *Avaliação funcional e provas diagnósticas*

**Principais instrumentos de recolha de informação para avaliação psiquiátrica:**

- ***História clínica psiquiátrica*** é um documento em contínua evolução que nunca está completo, uma vez que inclui a informação clínica sobre o estado de saúde mental da pessoa com o registo dos progressos, recaídas, novos problemas…

  - identificação
  - motivo da consulta/internamento
  - história atual
  - antecedentes psiquiátricos
  - história clínica médica
  - consumo de substâncias
  - personalidade prévia
  - exploração física
  - história clínica social, laboral e familiar
  - história clínica/psicossocial do desenvolvimento (história pessoal)
  - situação actual

- ***Exame do estado mental****:* obtenção sistemática de dados baseada na observação dos comportamentos do doente durante a entrevista e antes e depois da mesma, com a finalidade de obter informação sobre os sinais e sintomas atuais. Tb se observa as perspetivas, capacidades de juízo de raciocínio abstrato. Possibilita a exploração psicopatológica, ou seja, exploração «transversal» que se traduz por um rastreio compreensivo da sintomatologia atual da pessoa, que inclui informação útil para o estabelecimento da primeira hipótese sobre os problemas que a pessoa tem.

Inclui os seguintes elementos centrais: aspeto e comportamento geral; expressões do estado de ânimo e afetividade; características da fala e da linguagem; rapidez dos movimentos, posturas, movimentos involuntários, repetitivos e pouco comuns; pensamentos e perceções atuais; características das associações do doente; conhecimento da sua situação; elementos do estado cognitivo.

1. Apresentação
2. Motricidade e linguagem
3. Contacto
4. Estado de consciência e atenção
5. Humor, afetividade e ansiedade
6. Pensamento
7. Alterações da perceção
8. Alterações da estrutura do "eu"
9. Memória
10. Inteligência
11. Funções biológicas vitais
12. *Insight* e juízo crítico

# PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA

## PENSAMENTO

✓ Significa manter-se aberto a questões, escutar, compreender, relacionar, explicação de causas, reflexão antecipada planeadora de atividades, tomada de decisões e formulação de juízos.

✓ Conjunto de processos que permitem organizar as realidades (materiais e imateriais) relativas ao próprio e ao seu mundo, estabelecer relações e adquirir conhecimentos (pensamento lógico).

✓ Elaboração de ideias, associação de ideias e crítica.

## LINGUAGEM

✓ Resume o pensamento em palavras (símbolos)

✓ Colocada ao serviço da função ordenadora do pensamento

✓ Linguagem falada e escrita – comunicação de um assunto, expressão do estado de espirito

**Funcão:**

➔ O *pensamento* inclui: concentração, reflexão, conhecer e reconhecer, ordenar e inter-relacionar por categorias lógicas em relação à igualdade, à semelhança, à diferença, à importância a causas e consequências e a acontecimentos afetivos.

➔ Implica: combinar, refletir, julgar, decidir e preparar-se para a acção.

♣ *Ideação* – elaboração de ideias, conceção mental dos fatos objetivos e subjetivos (em psiquiatria é importante saber a qualidade e quantidade das ideias)

♣ *Associação de ideias* – mecanismo psíquico de conexão de ideias (em psiquiatria é importante saber o ritmo da associação de ideias e a coerência do seu conteúdo)

♣ *Juízo* – capacidade de comparar os factos, ideias e compreender as suas relações e tirar conclusões. É influenciada pela compreensão do doente e fatores emocionais. Representa a capacidade pessoal de resolver situações.

✓ O pensamento envolve + do que a linguagem, possibilita a integração das representações, percepções e afectos na formulação das ideias.

✓ A avaliação do conteúdo e do processo do pensamento é crucial para a avaliação do estado de saúde mental da pessoa, é baseada na exploração da linguagem verbal e não-verbal.

**Observacão**

♣ *Através do diálogo e do comportamento* – o contexto que determina as perturbações descritíveis do pensamento.

## Fundamentos e determinantes

- ♣ *Fundamento psicológicos e fisiológicos* – vigilidade, clareza de consciência e a consciência do eu; inteligência, memória e afetividade são importantes determinantes psicológicos. A linguagem, compreensão e expressão dependem das regiões cerebrais específicas. A linguagem falada necessita de coordenação motora intacta do aparelho destinado à articulação fonética.
- ♣ *Determinantes socioculturais* – aprendizagens dos sinais da linguagem ao longo do desenvolvimento.

## SINOPSE

### ❖ Perturbações formais do pensamento (alterações do curso e riqueza ou pobreza do conteúdo)

- lentificação pensamento (hesitação do curso do pensamento)
- pobreza e vazio do pensamento (pobreza de ideias, conexões e de conteúdo limitado)
- pensamento circunstanciado (pensamento perde-se com pormenores sem importância)
- perseveração do pensamento (repetição involuntária de uma atividade verbal ou motora, fora do contexto)
- fuga de ideias (frases incompletas seguidas, facilmente interrompidas sem completar a expressão)
- bloqueio do pensamento (súbita suspensão do curso do pensamento)
- pensamento incoerente

### ❖ Perturbações da vivência do eu

- difusão do pensamento (queixas de que outros conhecem os seus pensamentos e que estes já não lhe são exclusivos)
- roubo do pensamento/alienação (sensação que lhe roubam e lhe escondem o pensamento)
- controlo do pensamento

### ❖ Perturbações do discurso

- alteração do volume, da modulação, discurso lentificado (bradifasia), fragmentado, bloqueado, acelerado (taquifasia), e compulsão para falar (logorreia)
- verbigeração (repetição uniforme de sílabas e palavras; estereotipias)
- ecolália (repetição de frases e perguntas feitas pelo entrevistador)
- mutismo

### ❖ Incompreensibilidade da linguagem

- neologismos (formação de novos vocábulos)

## DELÍRIO

- Crença/ideia/juízo falso, com total certeza subjetiva (incorrigível), não influenciável pela experiência (convicção), persistente, intenso.
- Alteração primária do pensamento, com conteúdo impossível, mas o indivíduo tem convicção da veracidade da sua interpretação. Irredutível e irremovível, mesmo diante de fatores lógicos.
- É provido de grande individualidade e singularidade

**Tipos de Delírios:**

- *Delírio de Perseguição*
- *Delírio de Controlo*: é frequentemente associado ao de perseguição; os + frequentes na Esquizofrenia; o doente pode sentir que o controlo e perseguição se realiza por sofisticados mecanismos, que de alguma forma modificam a sua mente; pode queixar-se que lhe roubam o pensamento ou que todo o seu pensamento é fruto de forças externas; pode surgir associado à sensação de difusão do pensamento julgando o doente que os seus pensamentos são sonoros ou se difundem.
- *Delírio de Místico*: o doente pode sentir-se uma personagem religiosa ou sentir-se um eleito para levar a cabo alguma missão.
- *Delírio de Ciúmes*: convicção falsa num doente que deriva de ciúmes patológicos de que o companheiro lhe é infiel. Frequente no alcoolismo crónico e perturbação delirante crónica.
- *Delírio Erotomaníaco*: o doente sente-se amado por uma pessoa muito distinta, que deve ocultar a sua relação por convencionalismo social (+ frequente em mulheres).
- *Delírio de Culpa*: o doente sente-se indigno e culpado de todos os males que lhe sucedem ou à família ou outras pessoas, acreditando que passará o resto da sua vida num «inferno» merecido.
- *Delírio Hipocondríaco* (Delírio de Cottard e Delírio de infestação): vivência de agressão sobre o próprio corpo por agentes estranhos geralmente associado a alguma ideação autorreferencial de prejuízo  ideação delirante própria da esquizofrenia.
- *Delírio de Ruína*: referem estar num estado de máxima pobreza e carentes de bens indispensáveis e à família.
- *Delírio Megalómano ou de Grandeza*: caracteriza-se por um falso aumento dos valores subjetivos, julgando-se possuidor de fortunas imensas ou que ocupa lugares sociais de destaque. Ocorre na Mania e na Paralisia geral progressiva.

## PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO

**Perceção:** aquisição dos conhecimentos dos dados sensoriais do nosso mundo, do meio ambiente e do próprio meio somático.

*A função senso-percetiva* traduz-se pela capacidade da pessoa apreender na sua consciência os objetos do mundo, ou mesmo o próprio mundo; capta intuitivamente (órgãos sensoriais) e integra com significado (consciência reflexiva).

### Fundamentos, componentes e determinantes

- órgãos dos sentidos e cérebro
- processos psicológicos gerais (caráter de objeto; juízo da realidade, etc.)
- influências pessoais, sociais e situacionais sobre a perceção

### Observação

- as perturbações da perceção deduzem-se a partir do interrogatório ou do comportamento

### Alterações percetivas:

- Ilusões
- Alucinoses
- Alucinações

Podem ocorrer em qq das modalidades sensoriais, na ausência de qq estímulo e podem ser simples ou complexas.

### ILUSÃO

- caracteriza-se pela presença real de um estímulo ou um objeto com deformação do percebido (é uma perceção alterada de um objeto real e presente)
- são + frequentes as visuais, mas podem ser auditivas, olfativas…
- os falsos reconhecimentos ilusórios são favorecidos por circunstâncias de difícil perceção do objeto (entardecer) e ou pelo individuo que perceciona (turvação da consciência, cansaço excessivo, tensão emocional)

## ALUCINOSE

- termo para indicar os estados alucinatórios agudos
- designa uma imagem patológica que possui todas as características da imagem alucinatória (sobretudo uma notável nitidez), menos a convicção de realidade ou participação do Eu
- o indivíduo reconhece aquela experiência perceptiva como algo estranho a si mesmo, como um acontecimento patológico (são ego-distónicas: actividade mental está em oposição ao ego)
- são de natureza invariavelmente orgânica (intoxicação alcoólica, de outras substâncias psicoativas, neurológicas)
- a expressão alucinose tem sido empregada cada vez + para designar um *delirium* alucinatório: imagens alucinatórias resultantes da dissolução da consciência-vigilância ou da ação de substâncias psicoativas

- **Alucinose alcoólica** – vozes que tratam o doente na 3ª pessoa; existe preservação da crítica e níveis normais de consciência neurológica.
- **Alucinose visual** – encontrada em patologias e tumores neurológicos e abuso de drogas alucinogénicas.

## ALUCINAÇÕES

- perceção clara, definida e convicta de um objeto inexistente
- as alucinações ocorrem em todas as modalidades sensoriais

**Tipos de Alucinações:**

- *Alucinações auditivas*

- as alucinações auditivas são caract[as] da esquizofrenia e das perturbações do humor (mania, depressão)
- são frequentes na fase inicial da Esquizofrenia, perdendo intensidade com evolução doença (o doente ouve vozes que falam ou dialogam entre si, sobre os seus pensamentos; sente-se o sujeito das argumentações das vozes)
- algumas formas descritas deste fenómeno: sonorização (eco do pensamento), dialogantes, revelantes, insultantes, ameaçadoras, imperativas, que fazem observações sobre o comportamento…
- podem comentar alguma das atividades do próprio doente, sentindo-se invariavelmente controlado pela experiência alucinatória e concluindo que deve existir algum tipo de força capaz de exercer esse controlo (delírio); a perda de *insight* é inevitável; frequentemente, o doente apresenta um distanciamento afetivo ou falta de ressonância
- os dtes nem sempre referem espontaneamente as alucinações, é necessário inferir o sintoma através de observação cuidada (p. exº: observar pausas, preocupação… "agora mesmo parecia estar distraído, está a ouvir alguém?")
- na fase inicial do processo de doença, a pessoa pode estar perplexa antes da organização do delírio
- este tipo de alucinações possuem a caractª de estruturar-se segundo o discurso delirante e provavelmente dependem de processos intelectuais
- abordagem + indireta: "é mt frequente as pessoas na sua situação por vezes ouvirem vozes mesmo qd não conseguem ver a pessoa que está a falar… isso já alguma vez lhe aconteceu?"

- *Alucinações visuais*
  - o doente vê objetos ou seres reconhecíveis
  - devem fazer suspeitar de alteração orgânica cerebral ou intoxicação por drogas alucinogénicas
  - zoopsias são características do *delirium tremens* (o doente vê pequenos animais que lhe induzem intenso medo)

- *Alucinações tácteis*
  - geralmente são reportadas à derme
  - podem ser sensações de animais pequenos circulando por debaixo da pele («delírios de parasitação»)
  - ocorrem nas psicoses tóxicas e na patologia orgânica (carcinomas mediastino e pulmão)
  - podem apresentar escoriações

- *Alucinações olfacto-gustativas*
  - trata-se de odores ou sabores raramente agradáveis
  - frequentes na epilepsia do lóbulo temporal, não sendo acompanhadas de delírios relacionados
  - pode ocorrer na esquizofrenia
  - devem fazer suspeitar de processos oncológicos ou traumáticos, qd surgem isoladas e sem alterações do comportamento

- *Alucinações somáticas ou cinestésicas*
  - raramente surgem isoladas
  - referidas ao interior do corpo ou alguma das suas partes
  - pode surgir nos esquizofrénicos e nas depressões graves
  - o doente refere que sente os seus órgãos mortos ou em decomposição (ou todo corpo)

- *Alucinações hipnagógicas*
  - ocorrem entre o estar acordado e a dormir

- *Alucinações hipnopômpicas*
  - transição entre o sono e o estado alerta
  - são sempre visuais, ocasionalmente auditivo-verbais, e podem ser complexas
  - as alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas parecem ser estados semelhantes aos sonhos e não são necessariamente indicadoras de patologia
  - associadas à narcolepsia

# PSICOPATOLOGIA: PERCEPÇÃO, ATENÇÃO E MEMÓRIA

## PERCEÇÃO

* Aquisição dos conhecimentos dos dados sensoriais do nosso mundo, do meio ambiente e do próprio meio somático

**A função senso-percetiva** traduz-se pela capacidade da pessoa apreender na sua consciência os objectos do mundo, ou mesmo o próprio mundo; capta intuitivamente (órgãos sensoriais) e íntegra com significado (consciência reflexiva)

**Fundamentos, componentes e determinantes**

- Órgãos dos sentidos e cérebro
- Processos psicológicos gerais (caráter de objeto; juízo da realidade, etc.)
- Influências pessoais, sociais e situacionais sobre a perceção

**Observação:** As perturbações da perceção deduzem-se a partir do interrogatório ou do comportamento

### Patologia

As alterações percetivas: podem ocorrer em qq das modalidades sensoriais, na ausência de qq estímulo e podem ser simples ou complexas

* ILUSÕES

- Caracteriza-se pela presença real de um estímulo ou um objeto com deformação do percebido; é uma perceção alterada de um objeto real e presente São mais frequentes as visuais, mas podem ser auditivas, olfativas, etc.
- Os falsos reconhecimentos ilusórios são favorecidos por circunstâncias de difícil perceção do objeto (entardecer) e ou pelo individuo que perceciona (turvação da consciência, cansaço excessivo, tensão emocional)

* ALUCINOSES

- Termo usado para indicar os estados alucinatórios agudos; designa uma imagem patológica que possui todas as características da imagem alucinatória (sobretudo uma notável nitidez), menos a convicção de realidade ou participação do Eu
- O indivíduo reconhece aquela experiência perceptiva como algo estranho a si mesmo, como um acontecimento patológico (são Ego-distónicas: actividade mental está em oposição ao ego)
- São de natureza invariavelmente orgânica (intoxicação alcoólica, de outras substâncias psicoativas, neurológicas)

- A expressão alucinose tem sido empregada cada vez mais para designar um delirium alucinatório: imagens alucinatórias resultantes da dissolução da consciência-vigilância ou da ação de substâncias psicoativas
- **Alucinose alcoólica** – vozes que tratam o doente na terceira pessoa; existe preservação da crítica e níveis normais de consciência neurológica
- **Alucinose visual** – encontrada em patologias e tumores neurológicos e abuso de drogas alucinogénicas

### ✱ ALUCINAÇÕES

- Perceção clara, definida e convicta de um objeto inexistente
- As alucinações ocorrem em todas as modalidades sensoriais
- Tipos de Alucinações:
  - ✓ Alucinações Auditivas
  - ✓ Alucinações visuais
  - ✓ Alucinações Tácteis
  - ✓ Alucinações Olfacto-Gustativas
  - ✓ Alucinações Somáticas ou Cinestésicas
  - ✓ Alucinações Hipnopómpicas
  - ✓ Alucinações Hipnagógicas
- As alucinações auditivas-verbais são características da esquizofrenia e das pert. do humor

## ATENÇÃO

✱ Significa orientação (ativa ou passiva da consciência) em direção a algo experienciado. **Concentração** é persistência concentrada da atenção

✱ É uma atividade psíquica de base que produz o fenómeno da concentração sobre determinados estímulos que podem ser sensoriais, cognitivos ou afetivos

✱ Função: é uma condição para diferenciação da vivência, da perceção e do pensamento

✱ Não é considerada uma função psíquica autónoma mas sim integrada com outras atividades basais como a consciência, orientação e memória

✱ As alterações + acentuadas da atenção são encontradas em quadros de lesão ou disfunção orgânica, mas podem surgir alterações simples e flutuantes na maioria das pert. psíquicas

✱ Associadas a fatores exógenos (alimentos, medicamentos, álcool e outras substâncias psicoativas) e fatores stressores que condicionam alterações significativas da eficácia da atenção e concentração

✱ **Atenção ativa** – orientar-se para si mesmo ativamente, orientar-se para algo e persistir

✱ **Atenção passiva, fixação e fascinação** - ser atraído, ficar preso e inamovível de uma vivência. Pode atingir uma forte intensidade que limita o âmbito e a flexibilidade da própria atenção (um dte que esteja completamente absorvido pela vivência alucinatória não consegue prestar atenção ao meio ambiente)

<table>
<tr><th colspan="4">ATENÇÃO<br>Produz o fenómeno da concentração sobre determinados estímulos que podem ser sensoriais, cognitivos ou afectivos</th></tr>
<tr><th colspan="2">INATENÇÃO<br>Incapacidade para mobilizar a atenção ou alterar o foco de atenção perante estímulos externos</th><th colspan="2">DISTRACTIBILIDADE<br>Alterações bruscas da atenção por incapacidade de ignorar os estímulos</th></tr>
<tr><td>Origem orgânica<br>• Característica dos estados agudos de causa orgânica, associada frequentemente com desorientação, perda memória e outras alterações cognitivas</td><td>Origem psiquiátrica<br>• Acompanha todos os estados de inibição motora<br>• Epifenómeno que surge simultaneamente com a restante psicopatologia<br>• Exº esquizofrenia, depressão grave</td><td>Origem orgânica<br>• Estados crepusculares<br>• Dispersam atenção perante qq estímulo ext.<br>• Frequente nas intoxicações por álcool e outras substâncias psicoactivas</td><td>Origem psiquiátrica<br>• Característica dos estados maníacos<br>• Perda da capacidade para manter a atenção, conservando a capacidade parcialmente para a focalizar ou alterar</td></tr>
</table>

## ORIENTAÇÃO

- "Trata-se de termos conhecimento, de nos sabermos orientar com segurança, de nos integrarmos num dado momento, em relação ao tempo ao local, à pessoa e à situação."
- Função: é uma função mental complexa, que dá ao indivíduo a capacidade de situar-se:
  - ✓ Em relação a si próprio e ao mundo (auto psíquica)
  - ✓ No tempo e no espaço (alo psíquica)
- A orientação constitui uma condição prévia p/ a adaptação e p/ a orientação prática da vida
- Condições prévias: Capacidade de atenção, inteligência para uma visão vígil e interpretação e capacidade de recordação e sentido do tempo. Estar presente perante si próprio.
- Observação: Contacto com o doente estabelecido através do diálogo.
- Patologia: As perturbações da orientação podem ser de ordem global ou atingir apenas alguns sectores da mesma (desorientação: temporal, espacial, pessoal e situacional)
- As **alterações + acentuadas**: quadros de lesão ou disfunção orgânica
- As **alterações simples e flutuantes** podem surgir na maioria das perturbações psíquicas
- Associadas a fatores exógenos (alimentos, medicamentos, álcool e outras substâncias psicoativas) e fatores stressores

| ORIENTAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|
| **DESORIENTAÇÃO ORGÂNICA** | **DESORIENTAÇÃO AFECTIVO-VOLITIVA** | **DUPLA ORIENTAÇÃO** | **FALSA ORIENTAÇÃO** |
| • Perda da capacidade para situar-se correctamente no lugar e tempo (mês, dia, morada…)<br>• Predominantemente alopsíquica<br>• Desorientação autopsíquica é menos frequente e representa um estado grave de confusão<br>• Esta desorientação massiva é rara nos dtes com pert. psiquiátricas | • É decorrente de factores emocionais, de alterações do humor e da vontade<br>• Neuroses dissociativas e ansiosas<br>• Depressões e episódios maníacos<br>• Perturbações de personalidade | • Qdo o dte se orienta simultaneamente ou de forma alternativa com seus parâmetros anormais e com os correctos<br>• Exº um dte esquizofrénico (com delírios e alucinações) pode orientar-se em relação ao espaço real do hospital e por sua vez substituir certos elementos desse espaço com elementos do seu delírio | • Ou «orientação confabulada»<br>• Qdo o dte parece ignorar os parâmetros espaço-temporais e só se orienta pelas suas próprias coordenadas patológicas |

## MEMÓRIA E RECORDAÇÃO

- Definição: As funções mnésicas permitem-nos reter aquilo que experienciamos e evocar
- Função: A memória permite a historicidade do Homem. Para além de ser um termo muito comum, é também algo ao qual se atribui grande valor
- A memória, não é uma função unitária, é uma atividade psíquica basal que inclui as seguintes capacidades que integram uma série de atividades diferenciadas: Fixação ou aquisição ; Armazenamento ou consolidação; Evocação
- Fundamentos: Sob o ponto de vista psicológico, a memória compõe-se de funções cognitivas dependentes do estado de consciência, da atitude, da atenção, da motivação, da ordenação dos materiais
- Observação: O que está retido só pode ser verificado através da rememoração em diálogo livre, ou mediante o uso de testes. Na clínica é ainda usual a divisão: Memória Recente - fixação imediata ou de curto prazo; Memória remota (recordação de acontecimentos passados da vida do individuo) - fixação definitiva ou de longo prazo
- Não existem limites evidentes para a capacidade de armazenamento da memória a longo prazo
- Existem **2 tipos de memória a longo prazo:**
  - ✓ Memória processual é implícita – envolve o recordar como se executa uma variedade de tarefas, como conduzir ou nadar; mantendo-se intacta na maioria dos pacientes amnésicos
  - ✓ Memória declarativa é explícita – envolve informação e factos verbais ou não (ex. imagens ou sons); é continuamente consolidada ao longo do tempo e pode diminuir com o tempo; afetada nos pacientes amnésicos

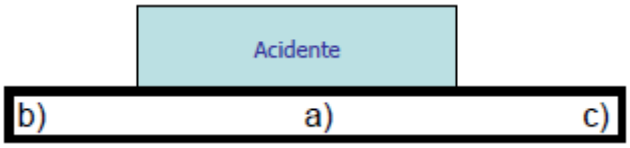
## Alterações da memória:

- Amnésias
  - a) Anterógrada
  - b) Retrógada
  - c) Lacunar
  - d) Afectivas ou psicogénicas
- Hipermnésias
- Paramnésias

| **AMNÉSIAS**<br>Traduz-se pela perda total ou parcial da função mnésica | | | |
|---|---|---|---|
| **Anterógrada** | **Retrógada** | **Lacunar** | **Afectivas ou psicogénicas** |
| • Refere-se à incapacidade de aprender ou reter os novos factos (geralmente orgânico) | • Traduz-se pela incapacidade para recuperar informação que tenha sido armazenada previamente ao início da perturbação (1 min após a lesão) | • Perda parcial da memória relativa a um período concreto (p. ex.: obnubilação consciência) | • Refere-se aos estados de amnésia produzidos por fatores tipo emocional ou psicológico<br>• Em situações afetivas excecionais, tais como estados intensos de terror, medo, pânico<br>• Nas perturb. da personalidade múltipla (identidade dissociada) (geralmente há uma amnésia para a identidade respetivamente não presente) |

Amnésia em relação a um acidente:

- Amnésia do acidente
- Amnésia retrógada
- Amnésia anterógrada

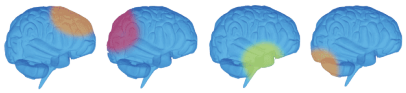



| **HIPERMNÉSIAS** | **PARAMNÉSIAS** |
|---|---|
| • Traduz-se pelo exacerbamento na evocação das recordações<br>• A recordação dos factos ocorre com detalhes que escapam às pessoas em estados normais<br>• Está relacionada com uma aceleração do ritmo psíquico geral<br>• Qdo ocorre a cap para fixação e conservação de novos acontecimentos fica diminuída<br>(estados febris, induzida por substâncias psicoativas, vivência de situações de morte iminente, e na aura epilética) | • Referem-se a deformações do processo de evocação de conteúdos previamente fixados<br>• As distorções envolvem a inclusão de detalhes, significados ou emoções falsas aos factos<br>• Confabulações<br>• Falsos reconhecimentos (Déjà-vu) ou desconhecimentos (Jamais-vu)<br>• (paixão súbita – reconhecimento não patológico)<br>• Regressões hipnóticas (pseudo recordações?) |

| TIPOS DE ALUCINAÇÕES | |
|---|---|
| **ALUCINAÇÕES AUDITIVAS** (Esquizofrenia; Mania; Depressão) | • Algumas formas descritas deste fenómeno:<br>  ◦ Sonorização (eco do pensamento);<br>  ◦ Dialogantes;<br>  ◦ Revelantes;<br>  ◦ Insultantes;<br>  ◦ Ameaçadoras;<br>  ◦ Imperativas;<br>  ◦ Que fazem observações sobre o comportamento<br>• São frequentes na fase inicial da Esquizofrenia, perdendo intensidade com evolução doença; o doente ouve vozes que falam ou dialogam entre si, sobre os seus pensamentos; sente-se o sujeito das argumentações das vozes<br>• Podem comentar alguma das atividades do próprio doente, sentindo-se invariavelmente controlado pela experiência alucinatória e concluindo que deve existir algum tipo de força capaz de exercer esse controlo (delírio); a perda de insight é inevitável; frequentemente, o doente apresenta um distanciamento afetivo ou falta de ressonância<br>• Os doentes nem sempre referem espontaneamente as alucinações, é necessário inferir o sintoma através de uma observação cuidada (p. ex.: observar pausas, preocupação…"Agora mesmo parecia estar distraído está a ouvir alguém)<br>• Na fase inicial do processo de doença, a pessoa pode estar perplexa antes da organização do delírio. Este tipo de alucinações possuem a característica de estruturar-se segundo o discurso delirante e provavelmente dependem de processos intelectuais<br>• Abordagem mais indireta - "É muito frequente as pessoas na sua situação por vezes ouvirem vozes mesmo quando não conseguem ver a pessoa que está a falar. Isso já alguma vez lhe aconteceu?" |
| **ALUCINAÇÕES VISUAIS** | • O doente vê objetos ou seres reconhecíveis.<br>• Devem fazer suspeitar de alteração orgânica cerebral ou intoxicação por drogas alucinogénicas<br>• Zoopsias, são características do delirium tremens;<br>• O doente vê pequenos animais que lhe induzem intenso medo |

| | |
|---|---|
| **ALUCINAÇÕES TÁCTEIS** | • Geralmente são reportadas à derme. Podem ser sensações de animais pequenos circulando por debaixo da pele «Delírios de parasitação» nos clássicos Ocorrem nas Psicoses tóxicas e na patologia orgânica (carcinomas mediastino e pulmão). Podem apresentar escoriações |
| **ALUCINAÇÕES OLFACTO-GUSTATIVAS** | • Trata-se de odores ou sabores raramente agradáveis.<br>• Frequentes na Epilepsia do lóbulo temporal, não sendo acompanhadas de delírios relacionados.<br>• Pode ocorrer na esquizofrenia.<br>• Devem fazer suspeitar de processos oncológicos ou traumáticos, quando surgem isoladas e sem alterações do comportamento |
| **ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS OU CINESTÉSICAS** | • Raramente surgem isoladas.<br>• Referidas ao interior do corpo ou alguma das suas partes.<br>• Pode surgir nos esquizofrénicos e nas depressões graves.<br>• O doente refere que sente os seus órgãos mortos ou em decomposição (ou todo corpo) |
| **ALUCINAÇÕES HIPNAGÓGICAS** | • Ocorrem entre o estar acordado e a dormir |
| **ALUCINAÇÕES HIPNOPÔMPICAS** | • Transição entre o sono e o estado alerta<br>• São sempre visuais, ocasionalmente auditivo-verbais, e podem ser complexas<br>• As alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas parecem ser estados semelhantes aos sonhos e não são necessariamente indicadoras de patologia<br>• Associadas à narcolepsia (ataques súbitos, inevitáveis, incontroláveis e inadequados de sono) |

# PSICOPATOLOGIA: EXPLORAÇÃO DA CONSCIÊNCIA



A **consciência** é um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e da existência daquilo que nos rodeia. Se não houver mente, não há consciência…

…para se obter uma nota positiva na pauta da consciência é indispensável:

1. Estar acordado
2. Ter uma mente operacional
3. Ter, nessa mente, uma sensação automática, espontânea e directa do eu enquanto protagonista de experiência, por mais subtil que a sensação do eu possa ser"

* Consciência é um conceito com muitos significados
* A totalidade do domínio da consciência, na sua essência, é inacessível, ao Homem
* Apenas nos é permitido estudar sempre só aspectos parciais

| Consciência |
|---|
| No sentido lato, inclui a totalidade do potencial vivenciável<br>Campos da consciência<br>Consciência da vigilidade – consciência do sono<br>Sobre consciência – subconsciência<br>Consciente e (pelo menos em parte ) o inconsciente |
| No sentido estreito, inclui a consciência de si e do meio envolvente<br>Estado vígil<br>Clareza de consciência<br>Consciência do "EU" e do mundo exterior |

- A psicopatologia pode ser resumida como a doutrina da perturbação das funções do estado médio da consciência vígil diurna (do dia-a-dia)
- A vivência e o comportamento relacionam-se consigo próprio (eu/vivência do próprio) e com o seu mundo
- O comportamento é uma função da vivência, isto é, a vivência de si próprio e do mundo representa um fundo de motivação para o comportamento

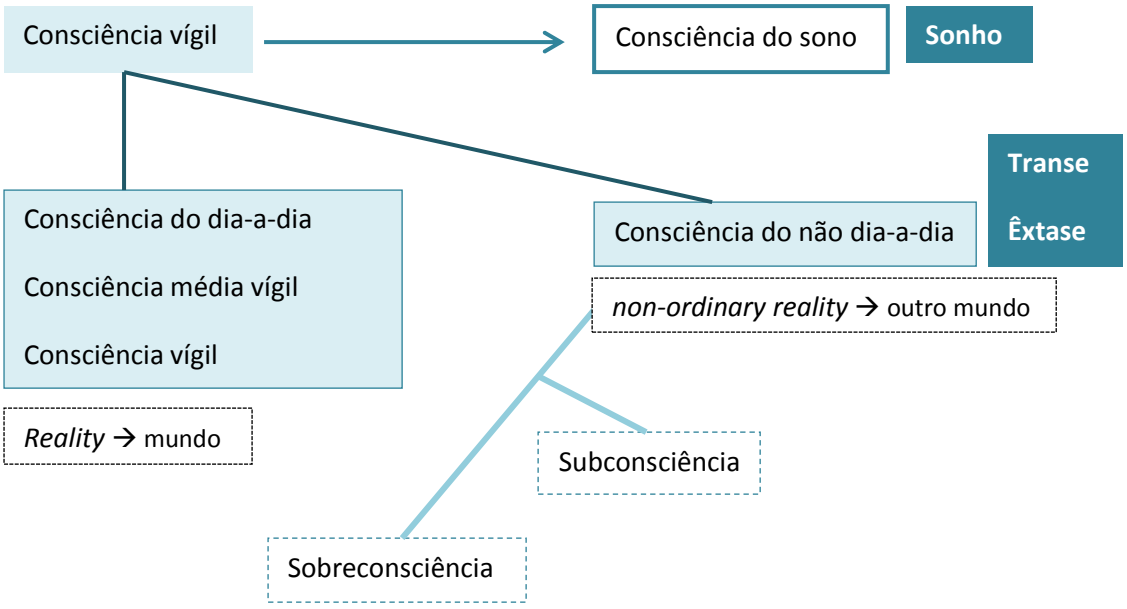
## Áreas de função

Vigília - Condição prévia para o estado de consciência claro

Clareza da consciência (lucidez) - função perceptiva e cognitiva clara para experimentar como tais os objectos que estão ao alcance do seu horizonte

Consciência de si mesmo (do "Eu") - o sujeito reconhece-se a si mesmo como pessoa activa e passiva, consciente da unidade do seu ser ao longo da sua vida, da qual faz parte a consciência da experiência e da realidade e a vivência do tempo

## Estados de consciência




## Psicopatologia da consciência

Patologia da consciência traduz-se por comportamentos verbais e motores

O compromisso da consciência, em qualquer dos seus aspectos, representa uma das situações mais dramáticas de urgência.

Pode variar da extrema agitação à imobilidade do coma e da morte

Perturbações da consciência podem dividir-se em 3 campos:

### a) Alterações Quantitativas ou Sensoriais

| Alterações Quantitativas ou Sensoriais | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hipervigilia** | **Letargia/Sonolência** | **Obnubilação** | **Estupor** | **Coma e morte cerebral** |
| • Resulta da hiperactividade dos sistemas neurobiológicos que controlam a atenção e a alerta<br>• Sensação subjectiva da "claridade metal"<br>• Por exemplo: antecede início episódios maníacos | • Dificuldade em manter as capacidades de alerta e de atenção, apesar do esforço<br>• Pode existir uma distorção da memória e ligeira desorientação tempo<br>• Apatia e lentificação;<br>• Facilmente despertável: voz alta/ao toque | • Difícil manter a pessoa alerta<br>• Pode apresentar-se confusa e desorientada mesmo que mantenha certa cooperação<br>• Alternam sintomas de excitação e irritabilidade com sonolência<br>• Distorção das perceções auditivas e visuais | • Só desperta com estímulos intensos<br>• IMOBILIDADE (s/correção da postura)<br>• Ocasionais respostas verbais são incoerentes e ininteligíveis<br>• Conteúdos da consciência são inexploráveis<br>• Pré-coma ou semi-coma | • A morte cerebral declara-se<br>• Cérebro deixa de responder à estimulação (coma profundo)<br>• Ausência de reflexos<br>• Apneia<br>• EEG plano durante 30 min<br>• Dilatação pupilar |

### b) Alterações Qualitativas ou do Conhecimento

| Alterações do Conhecimento | | | |
|---|---|---|---|
| **Alterações globais** | | **Alterações Circunscritas** | |
| **Estado Confusional** | **Delirium** | **Despersonalização e desrealização** | **Alterações da consciência corporal** |
| Características comuns com delirium<br>-identidade patogénica<br>-início súbito (horas ou dias)<br>- ausência de sistematização delirante<br>- repercussão +/- intensa no estado geral<br>- curta duração<br>- possibilidade de reversibilidade ao estado pré-morbido<br>Confusão – incapacidade de distinção | Estado confusional pode evoluir para uma súbita desintegração da consciência caracterizada por:<br>- delírios caóticos<br>- alucinações<br>- agitação psicomotora<br>- desorientação parcial ou total<br>Curta duração (1 a 2 semanas)<br>Compromisso vital importante<br>Delirium tremens | Perturbação subjetiva da consciência de si<br>Associa sentimentos de<br>- estranheza,<br>- vazio interior<br>- dúvida sobre a identidade de si<br>-indecisão na acção<br>Sentimento doloroso de não reconhecimento da integridade de si<br>Desrealização – sentimento de irrealidade do mundo exterior<br>Por ex: Esquizofrenia<br>Psicoses agudas | Alterações circunscritas ao reconhecimento das partes do corpo<br>Anosognosia (Hemiplegia)<br>Asterognosia (objectos)<br>Prosopagnosia (rostos)<br>Membro fantasma (membro amputado) |

### c) Estados de restrição e de dissociação

<table>
<tr><th colspan="2">Estados de Restrição e Dissociação da Consciência<br>uma ruptura da continuidade do curso normal de ideias, pensamento, percepção<br>um comportamento aparentemente normal</th></tr>
<tr><td>Elementos psicopatológicos presentes:<ul><li>Diminuição do nível de alerta ou atenção</li><li>Desorientação temporo-espacial</li><li>Comportamento automático</li><li>Amnésia pós-crise</li><li>Ausência de delirium</li><li>Reação sensorial parcialmente conservada</li></ul></td><td>Estados Crepusculares<br>Causas:<br>Orgânicas (epilépticas (estado pequeno mal), traumáticas, tóxicas)<br>Psicogénicas (sustos, pânico...)<br>O individuo apresenta-se<br>- confuso<br>- perseverante (repetições automáticas verbais e motoras)<br>- lentificado<br>- expressão de perplexidade<br>- automatismos<br>- impulsões<br>Ausência de sonolência</td></tr>
</table>

# EXAME MENTAL

✓ O exame mental corresponde a um corte transversal no estado e sintomatologia do doente.

✓ Representa a síntese da observação psiquiátrica e as impressões num determinado momento, constituindo um importante meio para avaliar a evolução de um quadro clínico.

## Proposta de organização do Exame Mental

**1.** Apresentação
**2.** Motricidade/Linguagem/Discurso
**3.** Contacto
**4.** Estado de consciência, orientação e atenção
**5.** Humor, afectividade e ansiedade
**6.** Pensamento
**7.** Alterações da percepção
**8.** Alterações da estrutura do "eu"
**9.** Memória
**10.** Inteligência
**11.** Funções biológicas vitais
**12.** *Insight* e Juízo crítico

## 1. Apresentação (aspecto, atitude)

- vem por vontade própria ou "forçado" por alguém
- crítica sobre a doença
- idade aparente
- posição
- vestuário
- higiene e cuidado no vestir
- contacto com o olhar
- anomalias físicas evidentes
- outras características particulares

## 2. Motricidade, Linguagem, Discurso

- Motricidade geral: lento, apático, estático, inquieto, agitado, hiperativo ou estuporoso

  Inquieto – traduz preocupação (p. exº contorcer as mãos)

  Agitado – mais intenso (p. exº incapaz de estar sentado)

  Hiperativo – descontroladamente excitado

- Postura e alinhamento corporal: tensa, flácida, expansiva, retraída
- Expressão facial: alegre, triste, expressivo, inexpressivo, aterrorizado, perplexo…
- Coordenação de movimentos
- Alterações motoras e da linguagem neurológicas
- Apraxias: incapacidade de fazer o movimento adequado à função (p.exº quer acender um fósforo e leva a caixa atrás da orelha)
- Disfasia: incapacidade de nomear objetos, embora possa reconhecê-los
- Afasias: perturbações primárias da linguagem

  Afasia de Wernicke – incapaz de compreender

  Afasia Broca – compreende o que se diz mas não consegue responder

- Movimentos adaptativos: expressivos, reativos, dirigidos
- Alterações motoras:

  - tiques (involuntário)

  - maneirismos (bizarros sob controlo voluntário)

  - tremores

  - perseveração (incapacidade ou dificuldade em mudar de uma tarefa para outra)

  - ecopraxia (repetição involuntária dos movimentos inapropriada em relação à situação p.exº do enfº)

  - ambitendência

## 3. Contacto

- Que tipo de contacto estabelece com o profissional de saúde?
- Que atitude tem em relação ao seu estado?
- Cordial / Superficial / Exuberante / Hostil / Indiferente / Negativista*

*(oposição do indivíduo às solicitações do ambiente, forma de contacto em que existe uma resistência, aparentemente desmotivada, a qq interferência)

## 4. Estado de consciência, Orientação e Atenção

- Parâmetro fundamental para a valorização de toda a psicopatologia
- Consciência: síntese que o indivíduo faz, num dado momento, de todas as suas atividades psíquicas perceptivas e motoras
- Consciência de si e do meio envolvente: estado vigil, clareza de consciência e a consciência do "eu" e do mundo exterior
- Orientação autopsíquica (em relação a si próprio)
- Orientação alopsíquica (tempo e espaço)
- Atenção: activa (qd o indivíduo foca a atenção em algum acontecimento externo ou interno) e passiva (qd é o acontecimento interno ou externo que atrai a atenção do indivíduo)

## 5. Humor, Afectividade e Ansiedade

- Humor (tonalidade afetiva que predomina num determinado momento)
- Estado de humor (estado emocional que dura já há algum tempo): eutímico, disfórico, eufórico, irritado, ansioso e apático
- Afectos: sintónicos, superficiais, profundos, inadequados, indiferença, ambivalência, labilidade…
- Ansiedade: ligeira, moderada, grave

## 6. Pensamento

- Processo do pensamento
  - alterações da conexão e da organização: fuga de ideias…
  - outras particularidades: ecolália, neologismos, bloqueio do pensamento e outras
- Alterações do conteúdo (delírios, ideias delirantes, obsessão, fobia, ideação suicida)

## 7. Alterações da Percepção

- As alterações da perceção:
  - alucinoses (são ego-distónicas)
  - ilusões (perceção alterada de um objeto real e presente)
  - alucinações (perceções sem objeto): auditivas, visuais, olfativas, gustativas, tácteis, hipnagógicas (ocorrem entre o estar acordado e a dormir), hipnopômpicas (transição entre o sono e o estado alerta)

## 8. Alterações da estrutura do Eu

Podem ser devidas a perturbações da perceção, da memória, da consciência, a atividade delirante, a perturbações do afeto, a lesões orgânicas…

- dissociação (perda da identificação temporal de si próprio)
- despersonalização (perda da identificação espacial de si próprio)
- desrealização (sensação de irrealidade do mundo exterior)
- auto negação
- alteração da imagem corporal

## 9. Memória

Fixação (curto prazo), Evocação (longo prazo), Recente

- Alterações da memória:

  - amnésia anterógrada (refere-se à incapacidade de aprender ou reter os novos factos; geralmente orgânico)

  - retrógada (incapacidade para recuperar informação que tenha sido armazenada antes do início da perturbação)

  - lacunar (perda parcial da memória relativa a um período concreto)

## 10. Inteligência

- Cap. de pensar e agir, racional e logicamente, mostrando a eficiência global das cap. cognitivas.
- Na prática, a inteligência mede-se testando a capacidade do indivíduo para resolver problemas e formar conceitos, usando palavras, nºs ou outros símbolos.

## 11. Funções biológicas vitais

- fome (anorexia, polifagia, bulimia)
- sede (polidipsia)
- sono (insónia inicial, intermédia, terminal, hipersonia)
- líbido (aumentada, conservada, diminuída)
- instinto de conservação (ideação suicida, ideias de morte, auto flagelação)

## 12. *Insight* e Juízo crítico

- Capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno ou subjetivo.
- Capacidade de autoavaliar-se adequadamente e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades.
- O *insight* é uma forma + complexa de juízo: envolve um grau de compreensão do paciente sobre si mesmo, o seu estado emocional, doença, consequências desta sobre si, pessoas que o cercam e vida em geral.

# PSICOPATOLOGIA: PERTURBAÇÕES DO HUMOR

- O **humor** da pessoa é o conjunto interno de emoções predominantes num determinado momento
- As emoções são as manifestações externas e dinâmicas do estado afetivo interno do individuo, e por isso observáveis em todas as pessoas
- Sem compromisso patológico, habitualmente as pessoas demonstram uma multiplicidade de emoções, de intensidade variável, que em geral correspondem e variam com os pensamentos e sentimentos expressos verbalmente
- As alterações do humor apresentam variações que podem ir desde o humor deprimido com perda de interesse em quase todas as actividades, até ao humor eufórico, persistentemente elevado e expansivo
- A maioria dos estados de humor pode ser descrita usando 6 categorias:

- Eutimico
- Disfórico
- Eufórico
- Irritado
- Ansioso
- Apático

| PERTURBAÇÕES DO HUMOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EUTÍMICO | DISFÓRICO | EUFÓRICO | IRRITADO | ANSIOSO | APÁTICO |
| • Agradável<br>• Amigável<br>• Calmo<br>• Confortável<br>• Eutimico<br>• Normal<br>• Sem alterações | • Abatido<br>• Com remorsos<br>• Desanimado<br>• Desencorajado<br>• Disfórico<br>• Triste<br>• Sem esperança<br>• Sensação subjetiva desagradável, com irritabilidade, amargura, desgosto, ansiedade e inquietação | • Alegre<br>• Contente<br>• Entusiasmado<br>• Eufórico<br>• Extasiado<br>• Jovial | • Combativo<br>• Enraivecido<br>• Frustrado<br>• Furioso<br>• Hostil<br>• Impaciente<br>• Irado<br>• Irascível<br>• Irritado<br>• Obstinado<br>• Teimoso<br>• Zangado | • Apreensivo<br>• Amedrontado<br>• Ansioso<br>• Assustado<br>• Aterrorizado<br>• Em pânico<br>• Excitável<br>• Preocupado<br>• Tenso | • Apagado<br>• Apático<br>• Embotado<br>• Monótono |

- Os doentes com humor eutimico apresentam-se calmos, com uma expressão emocional consistente, confortáveis, amigáveis e razoavelmente colaborantes.
- Podem estar adequadamente ansiosos ou preocupados com os seus problemas, mas não são excessivamente assustados ou agitados.

## Perturbações que têm como característica predominante uma perturbação do humor

1. Diferentes episódios de alteração do humor*:
   - Episódio Depressivo Major;
   - Episódio Maníaco;
   - Episódio Misto;
   - Episódio Hipomaníaco

*Não constituem diagnósticos separados servem como princípios organizadores do diagnóstico

2. Perturbações do humor
   - Os critérios estabelecidos para a maioria destas perturbações do humor requerem **a presença, ou ausência, dos episódios do humor** referidos em 1

3. Perturbações Baseadas na Etiologia:
   - Perturbação do Humor devida a um estado físico geral;
   - Perturbação do Humor induzida por substância

## PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA* (depressão unipolar)

- Perturbação Depressiva Major (episódio único; recorrente) – pelo menos duas semanas de humor deprimido, ou perda de interesse acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais da depressão

*Distinguem-se das Perturbações Bipolares por **ausência de episódio maníaco**

### Episódio Depressivo Major

**Se presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas:**

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias
- Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias
- Perda de peso ou aumento significativo
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias
- Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias

### Perturbação Distímica

- Caracterizada pelo menos por dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para Episódio Depressivo Major

## Perturbações Bipolares

- **Bipolar I** – caracterizada pela presença de um ou mais episódios Maníacos ou Mistos, habitualmente acompanhados por episódios depressivos major
- **Bipolar II** – caracterizada pela presença de um ou mais episódios Depressivos Major acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco
- Perturbação do humor em forma de episódios que podem ser de mania – elevação patológica do humor e hiperactividade; depressão – com tristeza patológica; episódio misto – mistura sintomas
- Prevalência 0,4% a 1,6%
- **Feminino** = **Masculino**
- Início → adolescência – início idade adulta; 90% antes 50 anos; 1º episódio maníaco no idoso → origem orgânica?
- Recorrente: + 90% que têm um episódio maníaco irão desenvolver episódios futurosl
- Mais provável que o 1º episódio nos homens seja maníaco e nas mulheres depressivo
- Em média existem 4 de episódios em 10 anos (sem tratamento com lítio)
- 15-20% 4 episódios anuais
- Duração episódios: muito variável (dias a meses ou anos)
- Episódios maníacos são mais curtos

### Prognóstico

- Risco de suicídio muito elevado: 25-50% tentam suicídio; 15-20% suicidam-se
- É a perturbação psiquiátrica que mais se associa ao consumo de substâncias: 35-50% doentes têm história dependência de álcool e outras

### Tratamento:

- Farmacológico – psicoeducativo – Psicoterapia
- Estabilizadores do humor → lítio, valproato sódio; neurolépticos
- Critérios para tratamento profilático
  - a partir do 2º episódio
  - a partir do 1º se início brusco, + 30 anos, grave e disruptivo, ausência de precipitantes externos

### EPISÓDIO MANÍACO

- Um período distinto de **humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos uma semana** (ou qq duração se for necessária hospitalização).
- Durante o período de alteração do humor, **3** (ou +) **dos seguintes sintomas** persistem e estiveram presentes num grau significativo:

- ♣ auto-estima aumentada ou grandiosidade
- ♣ ↓ da necessidade de dormir
- ♣ + falador que o habitual e pressão para continuar a falar
- ♣ fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento
- ♣ distratibilidade
- ♣ ↑ da act dirigida para determinados objetivos (sociais, escolares, sexuais) ou agitação psicomotora
- ♣ envolvimento excessivo em determinadas atividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos)
- ♣ a pert do humor é suficientemente intensa para provocar uma deficiência marcada no funcionamento ocupacional ou qq outra act social ou relacionamento com os outros, ou necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio e para os outros, ou existem caract$^{as}$ psicóticas
- ♣ os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico direto de uma substância ou de um estado físico geral (hipertiroidismo)

## PERTURBAÇÃO CICLOTIMICA

- Caracterizada por **pelo menos 2 anos** com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não preenchem os critérios para episódio maníaco e **numerosos períodos de sintomas depressivos** que não preenchem os critérios para Episódio Depressivo Major

## PERTURBAÇÃO BIPOLAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

- Implicam a **presença de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos**, habitualmente acompanhados por **episódios Depressivos Major**

## PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS:

♠ Comuns – 15-20% apresentaram sintomas depressivos em algum momento das suas vidas

Prevalência de episódios depressivos unipolares:
1,9% no género masculino
3,2% no género feminino

♠ Graves – ↑ morbilidade de outras dças (como dças cardiovasculares); frequente/ graves; potencial/ fatais

♠ Incapacitante – a principal causa de incap em todo o mundo (11,9% AVI – Anos vividos com Incapacidade)

♠ Recorrente – pode se repetir várias vezes ao longo da vida

- Estima-se que a depressão grave afeta 26% das mulheres e 12% dos homens
- 2 vezes mais frequente no género feminino do que no masculino
- A prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais não parece ser diferente entre homens e mulheres
- Contudo, as perturbações da ansiedade e a depressão, são **+ comuns no género feminino,** ao passo que as perturbações devidas ao **uso de substâncias são + comuns no género masculino**

- A importância dos **fatores genéticos e biológicos**
- Mudanças abruptas de humor relacionadas c/ alt hormonais, como parte do ciclo menstrual e o pós-parto (ocorrência de depressão no puerpério pode marcar o início de pert depressiva recorrente)
- Os **fatores psicológicos e sociais** também pesam significativamente É possível que haja + fatores de *stress*, tanto reais como percebidos, entre as mulheres (o papel tradicional)
- A elevada taxa de violência doméstica e sexual a que as mulheres estão sujeitas, a prevalência de violência doméstica durante a vida situa-se entre 16% e 50%
- Associadas a uma maior mortalidade (suicídio; acidentes; dça cardiovascular)
- Reduzem a qualidade de vida
- Produzem impacto económico (custos directos; custos indirectos)
- As pessoas são estigmatizadas e discriminadas; mal compreendidas…
- O reconhecimento entre os profissionais de saúde é deficiente e consequentemente o seu diagnóstico é tardio; com repercussões no tratamento (incompleto e inadequado)
- 10-15% dtes que recorrem ao médico de família estão deprimidos;
- 70% racionaliza a depressão como resultado de: cansaço; trabalho; idade
- A depressão pode afectar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias Idade média de início no meio da década de 20
- Há um crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e o princípio da vida adulta

## Prognóstico das perturbações depressivas:

- A depressão é essencialmente um episódio recorrente durando geralmente cada um, entre alguns meses e alguns anos, com um período normal entre eles
- Tem um longo curso e alto risco de recorrências (50-80%)
- Sem tratamento adequado → 6-12 meses Com tratamento → 3 meses
- Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão evolui, sem remissão, para a comicidade, especialmente quando não há tratamento adequado disponível
- R de recaídas ↓ se o dte evolui sem sintomas desde remissão
- Persistência de sintomas depressivos sem remissão completa predispõe a um alto R de recaídas
- >ia dos dtes recupera a normalidade, voltando aos seus níveis de funcionamento pré-mórbido
- O suicídio continua a ser um dos resultados frequentes e evitáveis da depressão (cerca de 15%-20%)
- **Fatores que predispõem para uma evolução crónica:**
    - Co-morbilidade psiquiátrica
    - Ausência de suporte social adequado
    - Persistência de *stress* crónico

## Preditores

- Perturbação do sono; isolamento; Alterações do apetite; Disfunção sexual; Irritabilidade….

## Sintomas típicos:

- humor deprimido
- perda de interesse e anedonia
- energia reduzida
- ↓ da concentração e atenção
- ↓ da autoestima e autoconfiança
- ideias de culpa excessiva e ausência de mérito
- visão pessimista do futuro
- ideias ou atos de autoagressão ou suicídio
- perturbação do sono
- ↓ do apetite

## DEPRESSÃO MAJOR

- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva quase todos os dias
- Diminuição da capacidade de pensamento e de concentração, ou indecisão quase todos os dias
- Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer o suicídio
- **Característica essencial** é a evolução clínica que é caracterizada por um ou mais episódios Depressivo Major sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos
- Frequentemente após um agente stressor psicossocial intenso (morte pessoa significativa, divorcio) – Evento «desencadeante» em 25% casos
- Sintomas devem estar presentes **pelo menos 2 semanas**

## Tratamento das perturbações depressivas

- Farmacológico – Psicoeducativo – Psicoterapia
- Psicofarmacológico
- Antidepressivos (AD) são eficazes em 60-80% doentes
- Importância do período latência e possíveis efeitos secundários
- Tratamento no mínimo 6 meses após remissão (tratamento continuação)
- Tratamento de manutenção → Sempre na dose eficaz
- Novos AD são muito mais seguros e bem tolerados

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM

## À pessoa com perturbação de humor

Objetivos

- Apresentar pelo menos 2 intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado
- Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart
- Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico
- Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental
- Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)
- Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem
- Apresentar pelo menos 2 intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

## CASO CLÍNICO 1

A Dª E. tem 55 anos de idade, é empresária, sofreu diversos episódios de depressão relativamente breves (cerca de 1 mês). Cada um destes episódios seguiu-se a um factor de stress psicossocial, com remissão após tratamento psicoterapêutico.

A depressão actual surgiu também num contexto de um eventual revés profissional, mas ao contrário das depressões anteriores não melhorou, tornou-se mais profunda, mais grave e global.

No espaço de 6 semanas a doente tornou-se incapaz de trabalhar. Passava o dia deitada na cama a olhar para uma parede vazia. Embora habitualmente adormeça com facilidade, acorda frequentemente às primeiras horas da madrugada, levanta-se e fica muito agitada.

Diz que, apesar de não se sentir muito bem durante o dia, o período que mais lhe custa suportar é imediatamente antes do amanhecer, no qual por vezes sente vontade de se matar. Parece estar desidratada, refere ter perdido 10 kg. Apresenta roupa com nódoas e os cabelos por pentear .

A Dª E. afirma convictamente que não sente prazer por nada, que perdeu o seu sentido de humor. Pensa muitas vezes que o melhor era morrer. Confessa que mesmo quando os netos a vêm visitar apenas consegue esboçar um fraco sorriso. Voltando rapidamente a sentir-se vazia, não tendo já energia que tinha anteriormente para brincar com as crianças.

Refere que tem uma sensação de culpa esmagadora, mas não tem crenças delirantes bizarras. Confessa sentir-se falhada profissionalmente, como esposa e avô, pedindo constantemente desculpas a todos por não conseguir melhorar.

Sente que está a decepcionar as pessoas e que os seus negócios se irão afundar juntamente com ela.

Descreve o seu humor global como se sentisse morta por dentro. Embora já tenho tido anteriormente depressões refere que nunca se sentiu assim. Diz que é muito difícil descrever os seus sentimentos e que sente uma dor emocional "cujo humor não pode ser descrito por palavras"

## Diagnóstico médico

- Perturbação Depressiva Major, Recorrente, Grave, sem características psicóticas, com características melancólicas, com remissão completa entre os episódios (DSM – IV-TR)

(Fonte da informação: Processo clínico)

## Caracterização das necessidades fundamentais

| NECESSIDADES FUNDAMENTAIS | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | |
| COMER E BEBER | Não tem apetite tendo perdido cerca de 10 quilos<br>Desidratada |
| ELIMINAR | |
| DORMIR E REPOUSAR | Acorda frequentemente às primeiras horas da madrugada.<br>Dificuldade em voltar a adormecer |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | Falta de energia, cansaço<br>Agitação quando se levanta de madrugada |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | Desarranjo pessoal |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | Défice de auto cuidado de higiene e cuidado pessoal |
| EVITAR OS PERIGOS | Sente vontade de se matar: pensamentos recorrentes acerca da morte com ideação suicida |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Humor deprimido<br>Sente-se morta por dentro. Refere uma dor emocional<br>Embotamento afectivo<br>Perda de interesse e anedonia<br>Diminuição da auto-estima e auto-confiança<br>Ideias de culpa excessiva e ausência de mérito<br>Isolamento |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | Confessa sentir-se falhada profissionalmente, como esposa e avô, pedindo constantemente desculpas a todos por não conseguir melhorar |

| | |
|---|---|
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | Défice de motivação/interesse; Anedonia (incapacidade de sentir prazer), falta de energia |
| RECREAR-SE | Défice de motivação/interesse<br>Perda de interesse e prazer em todas as actividades |
| APRENDER | Indecisão, incapacidade de tomar decisões<br>Redução da capacidade de concentração e atenção |

## CASO CLÍNICO 2

A Dª A, tem 30 anos de idade, professora, solteira, foi levada às urgências pelos pais. A doente apresenta vestuário exuberante, com maquilhagem excessiva, desapropriada ao contexto; anda sem parar, cantando alto "yellow submarine". Repara nos olhos verdes do enfermeiro, e chama-o de Sr. Green, e tece considerações acerca da beleza do enfermeiro. A atenção da Dª A. transfere-se imediatamente para outras coisas, mudando de assuntos várias vezes. Embora à primeira vista se mostre amistosa e atrevida, protesta aos gritos que não quer ficar internada.

Este episódio teve inicio súbito há 10 dias, depois de A. ter rompido com o namorado. Desde essa altura passou a dormir apenas 4 horas por noite, perdeu cerca de 4 kg, encomendou livros escolares no valor de centenas de euros e tem feito imensos telefonemas para o estrangeiro.

Bebe álcool a mais, e embriaga-se várias vezes por semana. Sente-se frequentemente vazia e irreal, desligada do estranho reflexo que aparece no espelho, tal como se estivesse a observar através das vicissitudes da vida, como se fosse uma figura de cartão a três dimensões. Estes sentimentos são intermitentes e podem ser interrompidos pela procura de estímulos (ex: sexo, álcool, ou música ruidosa).

A doente está convencida que os seus pensamentos podem influenciar o curso dos acontecimentos futuros.

Durante os últimos 2 anos a Dº. A teve três episódios, cada um dos quais começou de forma semelhante, progredindo para uma depressão que durou cerca de 4-6 semanas. Entre os episódios, a doente não teve ideias delirantes, alucinações, nem pensamento desordenado.

### Diagnóstico médico

- Perturbação Bipolar I, Episódio Maníaco mais Recente, com características psicóticas congruentes com o humor (DSM – IV-TR)

(Fonte da informação: Processo clínico)

## Caracterização das necessidades fundamentais

| NECESSIDADES FUNDAMENTAIS | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | |
| COMER E BEBER | Abandono dos hábitos alimentares<br>Desidratação<br>Perda de peso |
| ELIMINAR | |
| DORMIR E REPOUSAR | Ausência de fadiga e diminuição da necessidade de dormir<br>Insónia |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | Hiperactividade – Agitação |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | Vestuário exuberante, com maquilhagem excessiva, desapropriada ao contexto |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | |
| EVITAR OS PERIGOS | Irritabilidade, provocação e demonstrações de grandiosidade (delírio de grandiosidade)<br>Raiva e intolerância à critica. Agressividade – Violência<br>Actividade social intensa com desinibição sexual elevada<br>Ausência de juízo crítico<br>Bebe álcool a mais e embriaga-se várias vezes/semana |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Humor eufórico e elação do humor<br>Taquipsiquia, fuga de ideias, verborreia<br>Actividade social intensa com desinibição sexual elevada<br>Aumento da libido<br>Auto-estima e auto-confiança extremamente elevadas |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | Falta de insight sem crítica, desinibição sexual intensa e delírio de grandiosidade |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | Aumento da motivação<br>Actividade social intensa com desinibição sexual<br>Ausência de juízo crítico<br>Ausência de culpa<br>Agressividade – Violência |
| RECREAR-SE | Aumento da motivação<br>Irritabilidade, provocação e demonstrações de grandiosidade (delírio de grandiosidade)<br>Raiva e intolerância à crítica |
| APRENDER | Aumento da motivação mas com distractibilidade muito elevada |

## Possíveis diagnósticos de enfermagem

- Coping comprometido
- Comportamento autodestrutivo comprometido
- Tentativa de suicídio
- Suicídio
- Conflito de decisões
- Adesão/Não Adesão
- Baixa auto-estima
- Risco de processo de tomada de decisão
- Risco de depressão

## Possíveis intervenções de enfermagem

- Avaliar
- Identificar
- Monitorizar
- Apreciar
- Explicar
- Ensinar
- Educar
- Promover
- Prevenir

## PLANEAMENTO DE ENFERMAGEM

### Objectivos (exemplos)

- Desenvolver mecanismos de coping
- Recuperar/desenvolver a auto-estima
- Recuperar/desenvolver a auto-imagem
- Recuperar os padrões: da higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Desenvolver aptidões sociais
- Desenvolver capacidades de autoprotecção (da integridade pessoal)

### Intervenções (exemplos)

- Apoiar o processo de tomada de decisão
- Promover o desenvolvimento da auto-imagem
- Avaliar a aceitação do estado de saúde
- Avaliar a adesão
- Avaliar a atitude face à doença
- Avaliar a atitude face à gestão da medicação

- Monitorizar a adesão terapêutica
- Educar para a adesão terapêutica
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Avaliar coping alternativo
- Ensinar e treinar técnicas de resolução de problemas
- Promover a higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Avaliar ambiente

| FOCOS CIPE | |
|---|---|
| Comportamento autodestrutivo | Actividade executada pelo próprio com as características especifica: desempenhar atividades auto-iniciadas com o objectivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio |
| Suicídio | Comportamento autodestrutivo com as características especificas: execução de atividades suicidas que levam à própria morte |
| Tentativa de suicídio | Comportamento autodestrutivo com as características específicas: tentar acabar com a sua própria vida |
| Auto-estima | Auto- imagem: opinião que cada um tem sobre si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio , confiança em si, verbalização de auto-aceitação e autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogia e do encorajamento, bem como da critica construtiva |
| Conflito de decisões | Cognição comprometida |
| Cognição | Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória |
| Coping | Atitude com as características especifica: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico |
| Adesão | Volição com as características específicas: Acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente |
| Não-Adesão | Adesão com as características específicas: Não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento |
| Depressão | Emoção negativa, Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração; perda de apetite e insónia |
| Processo de tomada de decisão | Cognição: processos mentais para determinar o curso da acção, baseados na informação relevante; consequências potenciais de cada alternativa e recurso |

# PSICOPATOLOGIA: PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

✓ **Ansiedade** é uma emoção que se experimenta em situações ameaçadoras, é considerada patológica quando é desproporcionada para a situação e demasiado prolongada. Neste caso, a atenção está focalizada na resposta do indivíduo perante a ameaça, associando-se preocupações sobre o significado dessa resposta.

✓ **Perturbações da Ansiedade (PA)** (perturbações mentais + frequentes) – são frequentes em cuidados saúde gerais; estima-se uma prevalência anual de 50/1000 pessoas no caso de PA Generalizada; 30-100/1000 pessoas no caso das Fobias e 10/1000 pessoas no caso das Perturbações de Pânico.

✓ Etiologia das PA: fatores predisponentes (genéticos, personalidade), fatores precipitantes (acontecimentos stressantes), fatores manutenção (persistência de acontecimentos stressantes, personalidade).

| Classificação das Perturbações de Ansiedade (PA) |
|---|
| 1 - Perturbação de Pânico sem Agorafobia (ataque de pânico que "surge do nada") |
| 2 - Perturbação de Pânico com Agorafobia |
| 3 - Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico |
| 4 - Fobia Especifica (em situações específicas) |
| 5 - Fobia Social |
| 6 - Perturbação Obsessivo-Compulsiva |
| 7 - Perturbação Pós-*Stress* Traumático |
| 8 - Perturbação Aguda de *Stress* |
| 9 - Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG) |
| 10 - Outras: PA Secundária a…. (incluir estado físico geral) / PA induzida por substância / PA sem outra especificação |

❒ **AGORAFOBIA** (ocorrem no contexto de outras perturbações, não são perturbações)

▪ Ansiedade ou o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil ou embaraçosa ou nas quais possa não ter ajuda no caso de ter um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico (medo de estar só fora de casa, numa fila, viajar, ponte…)

## ❒ ATAQUES DE PÂNICO (ocorrem no contexto de outras perturbações, não são perturbações)

- Período discreto no qual se inicia de modo súbito e insidioso uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe eminente.
- Dos sintomas que se seguem, 4 ou + desenvolvem-se abruptamente e atingem o seu pico em 10min: palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado; suores; estremecimentos ou tremores; dificuldades em respirar; sensação de sufoco; desconforto ou dor no peito; náuseas ou mal-estar abdominal; sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça ou de desmaio; desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio; medo de perder o controlo ou de enlouquecer; medo de morrer; parestesias; sensação de frio ou calor).

## ❒ PERTURBAÇÃO DE PÂNICO (COM OU SEM AGORAFOBIA)

Prevalência: prevalência ao longo da vida 1,5 a 3,5%

Género: 3 vezes + frequente no género feminino

Evolução: idade de início entre o fim da adolescência e o meio da década dos 30 anos. A evolução habitual é crónica e com altos e baixos. Estudos sugerem que 6-10 anos após tratamento cerca de 30% das pessoas ficam bem, 40 a 50% melhoram mas continuam sintomáticos e os restantes 20 a 30% têm sintomas da mesma ou < intensidade.

- A característica essencial é a presença de ataques de pânico (AP) inesperados e recorrentes seguidos de pelo menos 1 mês de preocupação persistente a propósito de ter outro ataque, preocupação acerca das possíveis consequências dos AP ou uma alteração comportamental significativa relacionada com os AP.

Tratamento: as pessoas com perturbação de pânico encontram-se muitas vezes preocupadas com o significado dos seus sintomas somáticos (exº pensar que vai ter um ataque cardíaco). Muitos dos sintomas de AP estão relacionados com a hiperventilação, e, se conseguirmos ajudar os doentes a compreenderem este facto, a sua preocupação com o seu estado diminuirá muitas vezes significativamente. Dai a importância da psicoeducação: explicar o carácter inofensivo dos sintomas físicos e o círculo vicioso causado pelas preocupações sobre os sintomas e a ansiedade. Considerar o tratamento farmacológico se os ataques são graves e o ensino de estratégias cognitivo comportamentais.

➔ Perturbação de Pânico com Agorafobia: o comportamento evitante é sempre um importante objeto de intervenção (dessensibilização).

## ❒ FOBIAS

- Os sintomas da perturbação por ansiedade fóbica são os mesmos que os da PAG, só que aparecem em circunstâncias determinadas. Evitamento a circunstâncias provocadoras ansiedade. Ansiedade antecipatória.
- Os medos adaptativos não devem ser considerados fobias, só são consideradas fobias quando causam défice ou mal-estar.

## ❒ FOBIAS SIMPLES

Prevalência: apesar das fobias serem comuns na população em geral, raramente resultam em mal-estar ou deficiência suficientes para justificar o diagnóstico de fobia específica. Prevalência ao longo da vida 10/13%.
Género: + frequentes no género feminino
Evolução: 1º pico na infância e no meio da década dos 20 anos. Sem tratamento → 20% remissões espontâneas.

## ❒ FOBIA ESPECÍFICA

- Medo acentuado e persistente que é excessivo e irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específica (exº: viajar de avião, animais, alturas, levar uma injeção, ver sangue).
- As situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e mal-estar (pode ter a forma de um AP).
- A pessoa reconhece que o medo é excessivo e irracional. O evitamento, antecipação ansiosa ou mal-estar nas situações temidas interfere significativamente com as rotinas normais da pessoa.

Tratamento: A dessensibilização sistemática representa o tratamento comum das fobias específicas. Programas comportamentais de exposição progressiva

## ❒ FOBIA SOCIAL

Prevalência: prevalência ao longo da vida que varia de 3% a 13%.
Género: + frequentes no género feminino (mas, em algumas amostras clínicas, ambos os sexos estão igualmente representados)
Evolução: pode ter o seu início no meio da 1ª década, por vezes emergindo de uma história infantil de inibição social e timidez. O início pode ser abrupto seguido de uma experiencia stressante. Pode apresentar remissão durante a idade adulta ou atenuar a intensidade, mas frequentemente dura a vida inteira.

- Medo acentuado e persistente de uma ou + situações sociais e de desempenho nas quais a pessoa está exposta a outras desconhecidas ou à possível observação de outras. Teme poder vir a comportar-se de modo humilhante ou embaraçador. A exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade (pode ter a forma de AP). A pessoa reconhece que o medo é excessivo e irracional.

Tratamento: depende da fobia social, o subtipo desempenho, que se caracteriza pelo medo de situações tais como falar ou comer em público ou utilizar casas de banho públicas, responde bem a uma combinação de educação, tranquilização, encenação e dessensibilização sistemática, com tratamento com betabloqueadores que impedem o rubor e os tremores. Terapia cognitivo comportamental com ênfase na exposição e na reestruturação cognitiva.

## ❒ PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA (POC)

Prevalência: Relativamente rara na população em geral. Prevalência ao longo da vida 2,5%.
Género: M = F
Evolução: inÍcio habitual na adolescência ou no inicio da idade adulta, pode tb começar na infância. Início gradual 15% apresentam uma deficiência progressiva no funcionamento social e ocupacional; 2/3 doentes melhoram durante um ano; 1/3 apresentam um curso crónico flutuante.

- As suas características essenciais são as obsessões recorrentes ou as compulsões que são suficientemente intensas para serem consumidoras de tempo (+ de 1h por dia) ou causam forte mal-estar ou deficiência significativa. Comportamentos compulsivos e diferentes níveis de ansiedade, depressão ou despersonalização.

- **Obsessões**: são ideias persistentes, pensamentos, impulsos ou imagens que são experimentadas como intrusivas e inapropriadas (ego-distónicas) e que causam grande ansiedade ou mal-estar. A pessoa reconhece que são produto da sua mente e não impostos de fora como na inserção do pensamento.

- **Compulsões:** são comportamentos repetitivos (exº lavagens das mãos, ordenação de objetos, verificações), ou atos mentais (exº rezar, contar, repetir palavras mentalmente), cujo objetivo é evitar ou reduzir a ansiedade ou o mal-estar e não criar prazer ou gratificação. Na maioria dos casos a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o mal-estar que acompanha a obsessão ou para evitar a situação temida.
Os comportamentos ou atos mentais não são ligados de modo realista com o que pretendem neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. (excluir perturbação do comportamento alimentar; uso substância…)

Tratamento: Farmacológico, psicoterapêutico, terapia cognitivo-comportamental (exº expôr o indivíduo à ansiedade resultante de não ter cumprido o ritual compulsivo).

## ❒ PERTURBAÇÃO PÓS-*STRESS* TRAUMÁTICO

Prevalência: Prevalência ao longo da vida varia de 1 a 14 %.

Evolução: pode ocorrer em qq idade. Sintomas ocorrem habitualmente nos primeiros 3 meses após o acontecimento stressante.

- As suas características essenciais são o desenvolvimento de sintomas característicos a seguir à exposição a um stressor traumático extremo, implicando uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou observar ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta, ferimento grave ou ameaça de morte vivido por um familiar ou amigo Íntimo.
- A resposta envolve medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror. Os sintomas específicos consistem em re-experienciar persistente do acontecimento traumático.
- Evitamento dos estímulos associados ao trauma. Sintomas persistentes de ativação aumentada (hipervigilância, resposta alarme exagerada). O quadro sintomático completo tem que estar presente + de 1 mês. Perturbação deve causar mal-estar clinicamente significativo ou deficiência social, ocupacional, ou qq área importante do funcionamento.

Tratamento: importância que assume a prevenção nos contextos de risco; os cuidados imediatos, diretos que reduzam o mal-estar as complicações. Importância da intervenção precoce dado o grande risco de comicidade depois de instalada. Psicoeducação continuada que explore as cognições, comportamentos de exposição e, muitas vezes tb, a medicação.

## ❒ PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE GENERALIZADA (PAG)

- O foco da ansiedade e preocupação NÃO estão limitados, por exº: relacionadas com um AP, ou ficar embaraçado em público, ser contaminado ou outras. A PAG é como um estilo de vida, no qual a ansiedade tem uma presença difusa na vida diária do indivíduo, ao contrário da perturbação de pânico que se caracteriza por um efeito de crescendo, cujos ataques têm inícios e fins abruptos.
- A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam déficite e mal-estar e não é provocada por um estado físico geral ou efeito fisiológico direto de uma substância.

Tratamento: excluir presença de um quadro depressivo; psicoterapia e tratamento farmacológico. Tratamento inicial: explicar a natureza e a causa dos sintomas, esclarecendo preocupações específicas, medidas de apoio e sociais. Se a ansiedade é grave, administrar um tratamento curto com benzodiazepinas. Tratamento posterior: relaxamento, controlo da respiração se há hiperventilação, tratamento farmacológico (ansiolíticos, antidepressivos), psicoterapias.

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

Objetivos:

- Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart
- Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico
- Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adotadas para a realização do exame mental
- Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)
- Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem
- Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direcionadas ao diagnóstico formulado

| NÍVEIS DE ANSIEDADE | INDICADORES |
|---|---|
| **ANSIEDADE LIGEIRA** | • Associada aos problemas da vida<br>• Motiva para a aprendizagem<br>• Favorece a auto realização e criatividade<br>• Campo de perceção ativo |
| **ANSIEDADE MODERADA** | • Focalização no problema imediato com bloqueio da periferia<br>• Campo de perceção estreita<br>• Ausência de atenção seletiva |
| **ANSIEDADE GRAVE** | • Redução em grande escala do campo de perceção<br>• Focalização nos detalhes específicos<br>• Conduta dirigida para o alívio da ansiedade<br>• Necessidade de ajuda para controlo das emoções |
| **PÂNICO** | • Atribuição de importância exagerada aos detalhes<br>• Associado ao temor, medo e terror<br>• Perda do controlo e sensatez<br>• Desorganização da personalidade<br>• Distorção da perceção e do raciocínio<br>• Agitação motora<br>• Dificuldade na relação interpessoal |

## CASO CLÍNICO:

A Dª. Paula, é uma mulher de negócios com 27 anos de idade tem uma história de 3 anos de Ataques de Pânico (AP). O seu primeiro ataque de pânico ocorreu subitamente quando estava em casa a ver televisão. Este episódio passou-se três meses após a morte do pai.

Embora quase não conseguisse falar ligou para o 112. Quando o INEM chegou, 10 minutos mais tarde, a sensação de terror tinha-se desvanecido e os outros sintomas estavam a desaparecer, mas ainda se sentia fraca e aterrorizada. O exame clínico e os exames complementares de diagnóstico não revelaram alterações cardíacas ou outra alteração física. Na semana seguinte teve mais 5 AP que ocorreram inesperadamente em diferentes situações

Os episódios caracterizam-se por súbito aparecimento de sensações de choque elétrico na coluna vertebral, palpitações cardíacas, tonturas, formigueiros nos dedos, medo de enlouquecer e sensação de irrealidade. Aceitou a prescrição de benzodiazepinas mas recusou a orientação para ajuda especializada. Refere que a mãe sofria de Agorafobia e os psiquiatras nunca a conseguiram ajudar. É uma trabalhadora meticulosa, uma pessoa amistosa mas distante dos colegas. Embora esteja noiva e tenha várias amigas, anda habitualmente isolada e com tendência para evitar as pessoas, porque tem receio de ser criticada, rejeitada ou de ter de suportar os problemas dos outros

Apesar da frequência e intensidade dos ataques tenham diminuído, contudo continuou a ter episódios de pânico intermitentes várias vezes por mês, durante os dois anos seguintes. Estes ocorriam normalmente quando ela se encontrava num autocarro superlotado, quando se encontrava a fazer exercício de bicicleta estática, quando se encontrava na expectativa de uma confrontação ou quando estava relaxada na cama, à noite.

Um mês depois da D. P ter aceitado o pedido de casamento do namorado, e após uma promoção profissional recente, a frequência dos AP, aumentaram para um ritmo de várias vezes por semana. Procurou agora ajuda porque os sintomas pioraram muito. Vem acompanhada pelo noivo, apresenta-se cuidadosamente arranjada com um fato clássico; fala com segurança mas evita o contacto visual; refere sentir-se muito ansiosa e que a sua ansiedade está a interferir na sua capacidade de trabalho, tornando-a indecisa e pouco eficiente. Refere passar muitas horas por dia no emprego, pois está sempre preocupada e com medo de que a sua incompetência possa ser descoberta e de ser despedida.

Tem dificuldade em adormecer por se sentir inquieta e permanentemente preocupada com as atividades realizadas. Acrescenta ainda que tem vindo a beber todos os dias ao final do dia, sentindo-se nesses momentos menos preocupada. Refere que os ataques começam por uma sensação de choque elétrico que lhe sobe pela coluna vertebral, acompanhado por sensação de terror. O coração começa a bater rapidamente, as mãos crispam-se e mal pode respirar; sente-se quente, trémula e desorientada, convencida que está a ter um ataque de coração e que pode morrer rapidamente.

Não obstante parece pouco empenhada em colaborar na entrevista. Reservada e desconfiada replica frequentemente às questões do entrevistador com a seguinte questão: “para que lhe interessa isso?”. Parece sensível às críticas e confessa ter receio de que discutir os seus problemas com um terapeuta apenas sirva para agravar a sua ansiedade.

## Diagnóstico médico

- Perturbação de Pânico sem Agorafobia

## Caracterização das NHF

| NECESSIDADES FUNDAMENTAIS | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | Durante os ataques de pânico apresenta dificuldades respiratórias intensas |
| COMER E BEBER | |
| ELIMINAR | |
| DORMIR E REPOUSAR | Dificuldade em adormecer |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | |
| EVITAR OS PERIGOS | Crises recorrentes de ansiedade grave e de ataques de pânico não relacionadas com situações ou circunstâncias concretas. Círculo vicioso causado pelas preocupações sobre os sintomas e a ansiedade.<br>Bebe bebidas alcoólicas para esbater a ansiedade. |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Refere sentir-se preocupada. Inquietação; isola-se e tem tendência para evitar as pessoas porque tem receio de ser criticada, rejeitada ou de ter de suportar os problemas dos outros; falta de confiança na ajuda terapêutica. |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | Confessa andar permanentemente preocupada por a sua incompetência poder ser descoberta e ser despedida. |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | Preocupação permanente com o trabalho. Capacidade de decisão alterada com implicações no seu desempenho. |
| RECREAR-SE | |
| APRENDER | Falta de conhecimentos acerca do círculo vicioso causado pelas preocupações sobre os sintomas e a ansiedade, e acerca da importância da hiperventilação no aumento da intensidade dos sintomas. |

## Possíveis diagnósticos de enfermagem:

- Ansiedade elevada frequente
- *Coping* comprometido
- Adaptação

## Possíveis intervenções de enfermagem:

- Avaliar
- Identificar
- Monitorizar
- Apreciar
- Explicar
- Ensinar
- Educar
- Promover
- Prevenir

## Planeamento de Enfermagem

**Objectivos (ex$^{os}$):**

- Manifestar indicadores de redução do nível de ansiedade
- Desenvolver mecanismos de proteção pessoal (técnicas de resolução de problemas) e de controlo dos fatores desencadeantes
- Participar nas atividades terapêuticas
- Utilizar técnicas de relaxamento (apenas qdo a ansiedade diminuir para o nível moderado)

**Intervenções (ex$^{os}$):**

- Entrevistar para explorar fatores desencadeantes
- Avaliar *coping*
- Avaliar a atitude face à doença
- Avaliar a atitude face à gestão da medicação
- Monitorizar a adesão terapêutica
- Educar para a adesão terapêutica
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Avaliar *coping* alternativo
- Ensinar e treinar técnicas de relaxamento (atenção se ansiedade elevada contra indicado)
- Demonstrar técnica de relaxamento
- Avaliar ambiente (estratégias proteção)

| FOCOS CIPE | |
|---|---|
| Ansiedade | Emoção negativa sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. |
| Autocontrolo | Volição, disposições tomadas p/ cuidar do necessário para a sua manutenção; p/ se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e com as atividades de vida |
| Adaptação | *Coping*: gerir novas situações |
| Coping | Atitude: gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de > conforto psicológico |

# MODALIDADES TERAPÊUTICAS em cuidados de enfermagem psiquiátricos

Instrumentos básicos em enfermagem psiquiátrica

## ✱ Autoconsciencialização

Capacidade de autoconhecimento e autocrítica

Admitir que o seu comportamento influencia o comportamento dos outros

É necessário treino de **Auto consciencialização**: supervisão e auto análise diária

**Auto consciencialização** - utilização de "si mesmo" no contexto interpessoal **"o uso de si como ferramenta terapêutica"**

**Janela de Johari**

| | Conhecido pelo próprio | Desconhecido pelo próprio |
|---|---|---|
| Conhecido pelos outros | "EU" PÚBLICO ou ABERTO (conhecido por si mesmo e pelos outros) | "EU" CEGO (conhecido apenas pelos outros, o próprio desconhece) |
| Desconhecido pelos outros | "EU" PRIVADO OU PARTICULAR (conhecido apenas por si mesmo e que esconde deliberadamente) | FECHADO (desconhecida pelo próprio e pelos outros) |

**Objetivo do aumento da auto consciência é aumentar o tamanho do Eu público ou aberto**

## ✱ Comunicação Eficiente

### Axiomas da Comunicação

→ Impossível não comunicar

→ Toda comunicação tem dois níveis: **Conteúdo e Relação** (o 2º classifica o 1º e é, portanto, uma meta comunicação)

→ A comunicação varia consoante a pontuação da sequência dos eventos

→ A comunicação tem uma vertente **digital** (c. verbal) **e uma analógica** (Comunicação não verbal, menos precisa permite interpretações mais pessoais do conteúdo)

A comunicação rege-se por dois tipos de interacção: **simetria ou complementaridade** (diferença e igualdade)

**Comunicação verbal e não-verbal**

**Meta comunicação**

- Contexto dentro do qual ocorre a comunicação verbal e não-verbal
- Pode apoiar ou contradizer a comunicação

**Congruência** comunicativa

- Padrão de comunicação no qual a comunicação verbal, não-verbal e a meta comunicação transmitem a mesma mensagem

**Comunicação terapêutica**

- Processo em que conscientemente se usa a comunicação verbal e não-verbal com o objectivo de ajudar a pessoa

Incentivar a pessoa a selecionar os temas a tratar
*Exº* - "D. O. diga-me em que é que está a pensar?"

Requisitos: Respeito mútuo
Fazer "Com" a pessoa e não "para" a pessoa (Relação participativa)
Necessidade de registo das interacções e da sua análise (processo de aprendizagem)

| Técnicas<br>Comunicação terapêutica | Conceito | Valor terapêutico | |
|---|---|---|---|
| **Escuta** | Processo activo de receber informação e examinar as respostas às mensagens<br><br>Manter o contacto ocular e uma comunicação não-verbal receptiva | • comunica-se à pessoa interesse e aceitação<br>• comunica-se à pessoa aceitação e valorização da sua iniciativa | |
| **Rememoração (Repetição)** | Repetir o pensamento principal que a pessoa expressou | • comunica-se à pessoa que se está a escutar e que se dá valor ao que comunica, reforça ou chama a atenção sobre algo importante | "A Dª P. disse que não pode aceitar o novo trabalho. Tem medo de falhar nessa nova posição? |
| **Clarificação (validação)** | Expressar por palavras ideias vagas e pensamentos pouco claros que a pessoa expressou, para potenciar a compreensão | • ajuda a tornar mais claras as ideias, pensamentos e percepções da pessoa, contribuindo para a explicitação entre o que pensa e sente e as suas acções, aumenta o entendimento tanto para o cliente como para o enfermeiro | "O Sr. A. sente que está incapaz de trabalhar. Gostaria de falar consigo sobre o que sente relativamente a essa incapacidade" |
| **Reflexão** | Ajudar a pessoa a reflectir acerca das suas ideias, sentimentos… | • valida a compreensão (enfermeiro) sobre o que a pessoa está a dizer<br><br>Implica empatia, interesse e respeito | "Refere sentir-se tensa e ansiosa. Acha que pode estar relacionado com o trabalho? |
| **Humor** | Descarga de energia através do desfrutar do cómico | • promove introspecção trazendo ao consciente "material" reprimido, forma de sublimação socialmente aceite | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Informação** | Capacidade para dar informação | • útil para a educação da pessoa sobre aspectos relevantes, designadamente bem-estar e AC | "Penso que precisa de saber mais coisas acerca de como atua a medicação que está a tomar" |
| **Enfoque: Valor terapêutico** | Perguntas e afirmações que ajudam a pessoa a expressar-se sobre um tema importante | • permite discutir as questões centrais e mantém o processo de comunicação dirigido e objectivo | "Penso que deveríamos falar um pouco mais acerca da sua relação com a sua mãe" |
| **Compartilhar percepções** | Pedir à pessoa que verifique a compreensão do enfermeiro acerca do que a pessoa pense ou sente | • compreensão do enfermeiro com potencial para clarificar | "A Dª A. está a sorrir no entanto parece-me que está muito cansada" |
| **Silêncio** | Falta de comunicação verbal por uma razão terapêutica<br>"Estar sentado com a pessoa e de uma forma não-verbal, comunicar interesse e implicação" | • dá ao cliente tempo para pensar e reflectir, reduz o ritmo da interacção, comunica e compreensão e respeito | |

## ✱ Princípios da Enfermagem Psiquiátrica

**a)** A pessoa como **ser holístico** - o homem é visto como um sistema complexo de partes inter-relacionadas e o seu todo é maior do que a soma das partes

**b)** **Foco** sobre as **qualidades e recursos da pessoa** - cada indivíduo possui determinadas qualidades e potencial para o crescimento, é importante a valorização das qualidades e recursos e não das incapacidades e fraquezas

**c)** Aceitação **da pessoa como um ser único**

**d)** **Potencial para estabelecer um relacionamento com o outro**

**e)** Exploração do comportamento para a descoberta do seu significado – Todo o comportamento tem uma proposta e visa comunicar uma mensagem

**f)** Ajuda para que o indivíduo aprenda a fazer adaptações efectivas – Todo o comportamento é resultado de um processo de aprendizagem como uma adaptação a stressores anteriores. O comportamento actual, provavelmente, representa a melhor adaptação possível que a pessoa é capaz de realizar no momento

**g)** Qualidade da interacção enfermeiro/utente – Um indivíduo aprende adaptações comportamentais em interacção com pessoas significativas no seu ambiente

## ✱ Aconselhamento centrado no cliente

(Carl Rogers)

Princípios

- Baseados na filosofia democrática, de liberdade pessoal, de reconhecimento da individualidade, de ênfase ao desenvolvimento da independência e da autonomia e de confiança na capacidade de realização do ser humano
- Importância ao "co-experienciar" e ao verdadeiro sentido de relação na comunicação "eu-tu", como vivência fundamental no aconselhamento
- Na origem da teoria rogeriana, encontra-se ainda a incorporação do ponto de vista da fenomenologia e da prevalência do subjetivo e do campo percetual, bem como da teoria da motivação, com a sua hierarquização das necessidades, em cujo ápice da pirâmide se encontra a tendência para a auto realização ou para a atualização das potencialidades

Concepção da natureza humana

- Visão positiva do Homem: sob um ponto de vista essencialmente optimista
- O homem possui a capacidade latente ou manifesta de se auto compreender e de resolver os seus problemas, possuiu, igualmente uma tendência para exercer essa capacidade
- O grau em que essa capacidade se realiza depende das condições oferecidas pelo ambiente (contexto de relações humanas favoráveis, desprovidas de ameaças psicológicas e de restrições

É inerente à natureza humana a tendência para se realizar ou para actualizar as suas potencialidades

A direcção natural do homem é no sentido de crescimento, ajustamento, socialização, independência, autonomia e saúde

O reconhecimento da racionalidade positiva, não implica a não valorização dos aspectos afectivos do ser humano

Pelo contrário, a tendência actualizante do organismo envolve uma maior abertura para as experiências e vivências afectivas e para a sua integração

No ser humano há uma **predominância da subjectividade**

O homem vive, essencialmente, no seu mundo subjectivo e pessoal, e só sob esse aspecto pode ser compreendido

O conceito fenomenológico do homem, como fonte de conhecimento das suas experiências: postula que as experiências só são compreendidas através das próprias percepções que o indivíduo tem dessas experiências e do mundo interno dos seus significados

A **pessoa existe num contexto**, ou seja, num mundo de experiências, continuamente em mudança, da qual ele próprio é o centro

O mundo das experiências do indivíduo, mundo interno ou campo fenomenológico abrange todas as experiências que são passíveis de ser consciencializadas, sendo que esse mundo de experiências só pode ser genuinamente conhecido pelo próprio individuo

**A pessoa responde não a uma realidade absoluta mas a uma realidade que ele percepciona**

A maneira mais adequada de **compreender um comportamento é adoptar o quadro de referência do próprio individuo**

Compreender o outro, significa compreender a sua realidade subjectiva, adoptando o quadro de referência interno do próprio indivíduo

**Depende** da empatia do aconselhador, que consiste, essencialmente, na capacidade de compreender a realidade do ponto de vista subjectivo da pessoa, adoptando o seu quadro de referência interno

Condições

As modificações construtivas ocorrem quando se apresentam as seguintes situações:

- O cliente e o aconselhador estão em contacto
- O cliente apresenta-se em estado de incongruência, manifestando-se vulnerável e ansioso
- O aconselhador é congruente no seu relacionamento
- O aconselhador sente compreensão empática do quadro de referência interno
- O cliente percebe pelo menos um mínimo grau de aceitação incondicional positiva e de compreensão empática do seu quadro de referência por parte do aconselhador

## ✱ Relação de ajuda

É uma modalidade terapêutica que persegue os pressupostos teóricos do aconselhamento centrado no cliente

A pessoa que ajuda tem como função criar as condições que permitam a quem pede ajuda, encontrar a sua autodirecção

Constitui uma relação mais estreita e profunda entre o enfermeiro e o cliente, envolvendo um processo de ajuda estruturado, previsto antecipadamente – Relação de Ajuda Formal - na conceção de Margot Phaneuf (2005)

| Relação de ajuda | |
|---|---|
| Objetivos da Relação de Ajuda | |
| Segundo Lazure (1994) | Segundo Margot Phaneuf(2005) |
| Ultrapassar uma dificuldade | Enfrentar as suas dificuldades |
| Resolver uma situação problemática atual ou potencial | Expressar as suas dificuldades, sentimentos, emoções e perceções |
| Encontrar um funcionamento atual mais satisfatório | Perceber como interveniente ativa na sua própria situação |
| Detetar o sentido da existência | Identificar e descrever o seu problema de modo realista segundo as suas próprias perceções |
| | Satisfazer as suas NF de segurança, de pertença e consideração |
| | Estabelecer contactos sociais e relações significantes... |
| | Encontrar um sentido para resolução dos seus problemas |
| | ... |

## Características do enfermeiro

- ser preciso e concreto
- estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros
- clarificar
- respeitar-se e respeitar os outros
- ser congruente em relação a si próprio e em relação aos outros
- ser empático consigo próprio e com os outros
- confrontar-se consigo próprio e com os outros

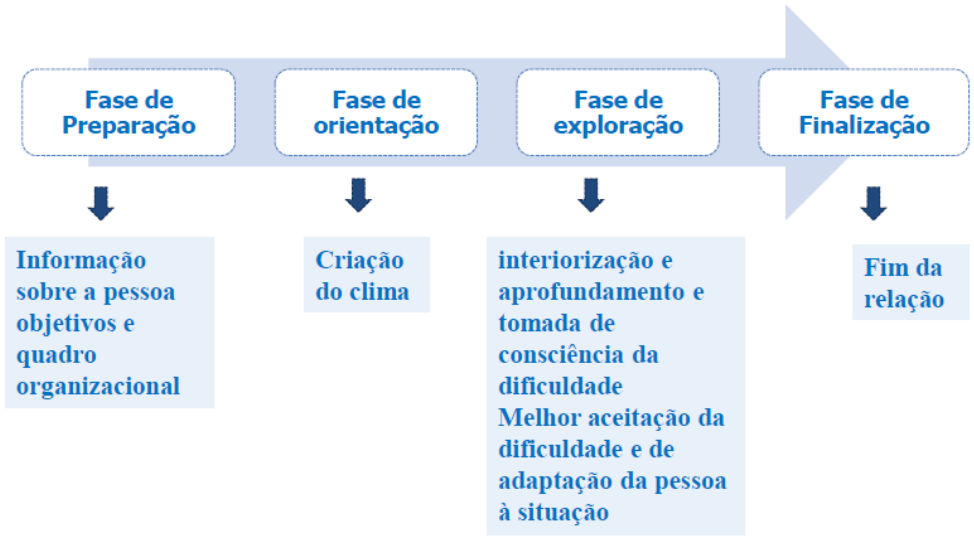
## Características da relação de ajuda

- Pressupõe influência de quem ajuda (interacção social)
- Não necessita de hierarquia
- Relação igualitária
- O acto de ajudar é complementar
- Não é directiva
- Promove a autonomia e o "crescimento"

- Concreta
- Libertadora
- Eficaz
- Mediada por escuta e diálogo

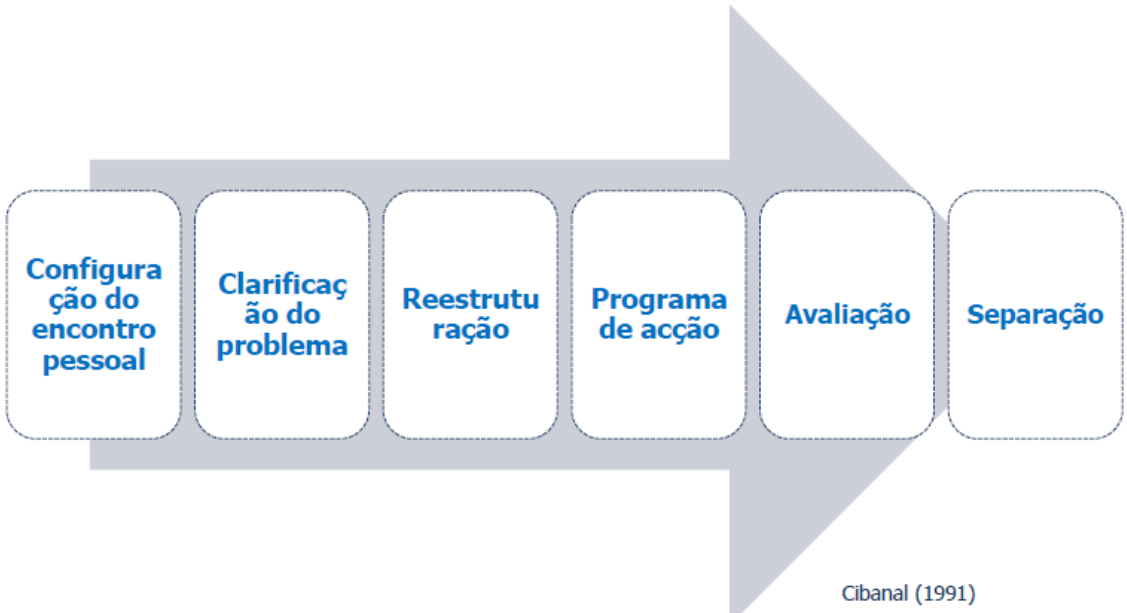
Características da relação de ajuda

**Processo** gradual, com um início e um fim




Phaneuf (2005)

**Processo.** Processo - "acumulativo"- mudança
Processo estruturado:




Cibanal (1991)

## Relação de ajuda

| Capacidades de RA (Lazure, 1994) | Habilidades de RA (Phaneuf, 2005) |
|---|---|
| Escuta Ativa | Aceitação |
| Clarificação | Autenticidade |
| Respeito | Respeito |
| Congruência | Congruência |
| Empatia | Empatia |
| | Confrontação |
| | Imediatismo |
| | Transferência |
| | Revelação de si |
| | Humor |
| | Comunicação da esperança |

### Capacidade RA

**Escuta Ativa**

- Capacidade de base primordial à Relação de Ajuda
- Um instrumento essencial, que o/a enfermeira/o deve desenvolver
- A escuta atenta permite:
- manifestar à pessoa que ela é importante
- identificar as emoções da pessoa
- ajudar a pessoa a identificar os seus problemas
- ajudar a pessoa a elaborar um plano de ação realista e eficaz
- Lazure (1994)
- Estado de disponibilidade intelectual e afetiva da(o)enfermeira(o); partilha de si

*Phaneuf (2005)*

**Clarificação**

- Só fazendo um esforço real para descrever com precisão e de forma concreta os diferentes parâmetros de uma situação problemática o individuo consegue compreendê-la melhor e encontrar meios para a resolver
- Capacidade de ajudar a pessoa a exprimir de forma clara a sua vivência..
- ou resumindo simplesmente aquilo que depreendeu…
- …ajudar a precisar melhor a situação…

**Respeito**

- Acreditar profundamente que a pessoa é um ser único, e que devido a essa unicidade, só ela possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória
- Agir de forma a comunicar ao outro que o respeitamos suficientemente para tentarmos compreender exatamente o que ele vive
- É acreditar no seu potencial, escutá-la atentamente, abster-se de a julgar e tentar compreender o seu ponto de vista
- Lazure (1994)
- Reconhecimento de dignidade e valor; atitude de deferência e consideração positiva

**Congruência**

- Possibilita que no indivíduo haja concordância entre o que ele vive interiormente, a consciência que ele tem daquilo que viveu e a expressão dessa vivência, traduzida conscientemente pelo seu comportamento
- Lazure (1994)
- Consistência entre o que se sente, o que se pensa, o que se diz e o que se faz
- Phaneuf (2005)

**Empatia**

- Capacidade de se afastar das suas preocupações pessoais e dar provas de flexibilidade suficiente para pôr de lado o seu quadro de referência habitual a fim de mergulhar no do cliente. Capacidade de estar em contacto próximo com o que a pessoa vive no momento atual. Capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar da pessoa, tentando ver o mundo como ela o vê presentemente. Apoiar-se solidamente na sua realidade pessoal, estando bem consciente que se trata do problema da pessoa e não do seu - *Lazure (1994)*
- Profundo sentimento de compreensão …

*Phaneuf (2005)*

**Confrontação**

- Ajudar a pessoa a tomar consciência dos seus procedimentos e comportamentos, da distância que existe entre as palavras e o agir, entre o que faz e os objetivos
- Imediatismo
- Atenção sobre o momento presente em que a pessoa ajudada se encontra e vive
- Transferência
- Conviver com a transferência - projeção de sentimentos e emoções por parte da pessoa ajudada

*Phaneuf (2005)*

## ✱ Ambiente Terapêutico

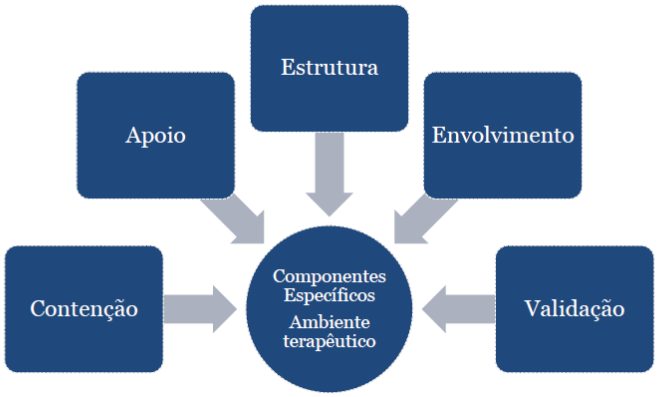
Oferece aos doentes um **ambiente social estável e coerente, facilitador do desenvolvimento e implementação dos planos de tratamento individualizado** O ambiente atua sobre o comportamento, deve **proporcionar segurança e contemplar a possibilidade de participação e escolha**

Finalidades – Limitar o comportamento perturbador e desadequado e ensinar habilidades psicossociais

Comportamentos perturbadores (categorias): destrutividade; desorganização; desvio; disforia e dependência

**Habilidades psicossociais:**

- **Orientação** (para a realidade; apresentar-se, explicar…)
- Assertividade (afirmação; ajudar o individuo a expressar-se de forma eficaz e aceitável; por exemplo treino assertividade)
- **Ocupação** (valorização pessoal; p.ex. AOT)
- **Recreação** (actividades recreativas)




Gunderson (1978) citado por Stuart e Laraia (2006)

### Componentes específicos AT

- **Contenção** (continente)

Consiste em proporcionar o bem estar físico, **inclui a adopção de intervenções necessárias para evitar que o paciente cause danos a si próprio ou aos outros.** Engloba um espectro continuum de intervenções, onde o uso de isolamento e a contenção física são os exemplo mais extremos

**Apoio** Inclui esforços no sentido de **proporcionar conforto e segurança reduzindo a sua ansiedade e aumentando a sua auto-estima**. A actividade da equipa deve ser **coordenada, coesa e coerente** com os objectivos de tratamento do doente

- **Estrutura**

Refere-se a todos os aspectos que oferecem uma **organização previsível no tempo, local e das pessoas**. Proporcionar horários de reuniões, actividades ocupacionais terapêuticas e outras actividades são características da estrutura. **As regras de funcionamento, o uso de contractos são também importantes elementos da estrutura**

**Envolvimento** → Processos que **promovem a participação activa do doente** no ambiente social **Validação** Envolve o **reconhecimento da individualidade de cada doente**

**Promover AT:**

- Avaliação e controlo do ambiente
- Limites e controlo (Contenção)
- Educação acerca da doença e plano de cuidados do doente (Apoio)
- Horários terapêuticos e previsíveis (Estrutura) para as actividades
- Oportunidades para a interacção social (Envolvimento)
- Reconhecimento dos sentimentos do doente (Validação)
- O sucesso do ambiente terapêutico depende: sistema de valores congruente com o contexto do ambiente terapêutico; a equipa deve ter objectivos comuns e respeitar as contribuições e comunicar abertamente
- Actividades: Avaliação e intervenção nos riscos potenciais; educação do doente e da família; actividades, grupos e programas; assistência nas necessidades fundamentais; Planeamento da alta

## ✱ Prevenção e controlo dos comportamentos agressivos

- **Comportamento agressivo**

É todo o comportamento verbal, não verbal ou físico que foi ameaçador (para o próprio, outros ou propriedade), ou o comportamento físico que, de facto, causou dano (para o próprio, outros ou propriedade) - M*orrison (1990)*

- Os incidentes agressivos prevalecem nos serviços de psiquiatria

A prevalência varia entre 6 a 46%, embora os incidentes sérios sejam raros

- Fenómeno que prevalece especialmente na primeira semana de hospitalização quando os efeitos eficazes/terapêuticos da medicação ainda não resultaram

- Ocorre com maior percentagem nas unidades psiquiátricas de curta duração, onde alguns doentes são confrontados com a admissão involuntária ou onde os doentes se apresentam agudamente afectados
- A maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas NÃO desenvolve comportamentos agressivos

Estima-se que aproximadamente 10% dos doentes com PP desenvolvem comportamentos agressivos contra os profissionais

Weiser et al. (1994)

Mais frequentemente observados em doentes mais novos, portadores de doença grave, com o estado de confusão, que não aceitam a medicação, com história criminal, com história de violência, com pobre ajustamento social, com abuso de substâncias, com distúrbio da personalidade anti-social e psicopatologia

**Respostas comportamentais:**

- ✓ Comportamento passivo, assertivo e agressivo
- ✓ Situação de ameaça: passivo; ter medo e fugir ou lutar
- ✓ Agressivo e irado: lutar
- ✓ Assertivo e auto-confiante: enfrentar a situação de forma directa

Modelo explicativo inclui três factores facilitadores:

**Factores relacionados com o doente:** graves alterações psicopatológicas (Esquizofrenia: delírios paranoides, alucinações imperativas; Mania, Perturbações no Controlo de Impulsos, Perturbações da Personalidade). Admissão do doente (involuntária)

**Factores relacionados com o serviço:** stressores ambientais. Por exemplo, o doente pode ter que ser isolado por razões de segurança; o doente pode estar sujeito a sobreestimulações; o serviço pode estar sobrelotado, não havendo privacidade e não conseguindo descansar; e/ou pode haver falta de estimulação devido à falta de actividades

**Factores relacionados com os profissionais:** stress comunicacional. A vinculação dos objectivos de tratamento e a explicação das regras de funcionamento. Por outro lado, **a falta de consistência dos limites** e regras podem também estimular o comportamento agressivo

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o risco de desenvolvimento de comportamentos agressivos (Predictores de violência)
- Desenvolver e implementar o plano de cuidados
- Proporcionar ambiente terapêutico
- Caso se trate de um doente potencialmente agressivo:
- Implementar o protocolo clínico de modo a promover segurança a todos
- Notificar a equipa
- Obter segurança se necessário

### Avaliar o ambiente e fazer mudanças se necessário:

Educação do doente; treino de assertividade; estratégias de comunicação; estratégias ambientais; estratégias comportamentais; técnicas de controlo da crise: isolamento e contenção

# PERTURBAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

✓ As perturbações alimentares, **anorexia** nervosa e **bulimia** nervosa, são perturbações psiquiátricas que afectam principalmente as mulheres jovens dos 15 aos 24 anos.

✓ Prevalência destas perturbações em vários países Europeus apresentam dados de admissão hospitalar de, aproximadamente, 5 por cada 100 000 habitantes.

✓ Factores psicossociais desempenham um importante papel na distribuição dos transtornos alimentares.

## SINAIS DE ALERTA

- Preocupações intensas e frequentes com o peso e forma corporal
- Preocupações intensas e frequentes com alimentos, calorias e nutrição
- Dietas constantes, mesmo quando apresentam sinais de magreza corporal
- Oscilações de peso rápidas e inexplicáveis
- Toma de laxantes ou medicação para emagrecer
- Exº físico intenso e excessivo
- Jejuns prolongados
- Arranjar pretextos e desculpas para abandonar os momentos de refeição
- Evitar situações sociais que envolvam comida
- Refugiar-se na casa de banho após as refeições
- Isolar-se para comer, ou comer mesmo em segredo
- Evitar alimentos altamente calóricos

## Anorexia Nervosa (AN)

Prevalência: 0,5 - 1% entre mulheres no fim da adolescência e início da idade adulta

Taxa de incidência de AN é de pelo menos 8 por 100 000/ano

- + frequente nos países desenvolvidos e com actividades que exigem magreza
- incidência > nos estratos socio-económicos + elevados e nas sociedades ocidentais
- no âmbito das dças psiquiátricas, a AN apresenta uma das + elevadas taxas de mortalidade (a morte ocorre, habitualmente, por inanição – pessoa extremamente enfraquecida, por falta de alimentos ou por defeito de assimilação dos mesmos – suicídio e alterações hidroelectrolíticas)

Evolução: idade média de início aos 17 anos, com picos aos 14 e aos 18 anos (início raro em mulheres após os 40 anos)

Caracterização da AN:

- Insatisfação com a imagem corporal/distorção da imagem corporal (embora consigam ver as suas formas corporais de modo real e objectivo, sentem-nas interpretam-nas distorcida e exageradamente)
- Recusa em manter o peso corporal minimamente normal para a idade e a altura
- Medo intenso de ganhar peso ou de ficar gorda, mesmo qd muito magra
- Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, ou na negação da gravidade do grande emagrecimento actual
- A prática de exº físico é frequente
- Negação dos riscos associados
- Complicações médicas decorrentes da desnutrição e comportamentos purgativos, tais como, anemia, alterações endócrinas, osteoporose, alterações dentárias e alterações hidroelectrolíticas
- Associação com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou, transtorno da personalidade
- Pode haver um importante atraso no desenvolvimento

➔ A ocorrência da AN parece coincidir com períodos de transição do desenvolvimento, em que o/a jovem é confrontado, para além de muitas pressões psicossociais, com exigências de auto-confiança, de autonomia e com situações de *stress* familiar (exº separação).

Existem 2 tipos principais de AN:

- Restritivo: não recorre regularmente à ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (substância que limpa ou esvazia intestinos…)
- Purgativo/ingestão compulsiva: durante os episódios têm comportamentos bulímicos ou purgativos.

Tratamento:

- Abordagens médica, psicológica e nutricional são a base da terapêutica
- O trabalho em equipa é fundamental para o sucesso terapêutico
- O internamento hospitalar deve ser considerado para os doentes com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal
- O tratamento ambulatorial deve ser indicado qd o doente tem um bom suporte social e não está perdendo peso rapidamente

- Terapia cognitivo-comportamental parece promissora
- Terapia familiar é útil
- Terapia farmacológica (antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina – classe de fármacos usados no tratamento da síndromes depressivas, transtornos). Serotonina: molécula envolvida na comunicação entre neurónios, sendo fundamental para a percepção e avaliação do meio e para a capacidade de resposta aos estímulos ambientais. Em geral, os indivíduos deprimidos têm níveis baixos de serotonina no SNC. Neste caso, deve-se administrar inibidores da recaptação de serotonina pelos neurónios, como a fluoxetina, resultando em maior disponibilidade deste neurotransmissor na fenda sináptica.

De uma forma simples, existem **4 princípios básicos** que devem nortear a abordagem e a terapêutica desta situação:

- estabelecimento de uma relação de confiança
- restauração do estado metabólico e nutricional
- envolvimento da família
- dinamização de uma intervenção pluridisciplinar.

## Bulimia Nervosa

Prevalência: 1-3 % entre adolescentes e mulheres jovens**.** Estima-se que, pelo menos, 90% das pessoas com bulimia nervosa são do sexo feminino. Parece haver uma tendência familiar.

Evolução: **i**nício no fim da adolescência ou início da idade adulta. A evolução pode ser crónica ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de ingestão compulsiva.

Caracterização da Bulimia Nervosa:

- As pessoas com bulimia nervosa têm, tipicamente, um peso normal
- Ingestão compulsiva de alimentos, associada à utilização de métodos compensatórios inapropiados para impedir o ↑ de peso **/** Episódios de voracidade alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados tais como vómitos auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos, jejum, ou exº físico excessivo
- Distorção da imagem corporal
- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva – um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes:

✓ Comer, num período curto de tempo (p.exº 2h), uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas normais comeriam num período de tempo semelhante e sob as mesmas circunstâncias.

✓ Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (p.exº: um sentimento de incapacidade para parar ou controlar a quantidade qualidade dos alimentos)

O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer; envolve sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui a sensação de total falta de controlo sobre o seu próprio comportamento. Episódios ocorrem às escondidas frequentemente são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição.

O **vómito** auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos: corresponde a um método compensatório, com o objectivo de alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Podem ocorrer 10 ou + episódios por dia, nos casos mais graves.
Outros métodos utilizados: **Medicamentos do tipo laxativo**, de **diuréticos**, de **hormonas tiroideias**, **enemas**. **Jejuns prolongados** e **exercícios físicos exagerados**

A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN, existem 2 tipos de bulimia nervosa:
Tipo Purgativo: durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa induz regularmente o vómito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.
Tipo Não Purgativo: durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exº físico excessivo, mas não induz o vómito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

Complicações da Bulimia Nervosa

As complicações são decorrentes das manobras compensatórias para perda de peso:

- Erosão dos dentes
- alargamento das parótidas
- esofagites
- hipocaliémia (é definida como concentração sérica de potássio inferior a 3,5 meq/1)
- alterações cardiovasculares
- perturbações do humor e de ansiedade – deve ser realizado o despiste de perturbações de personalidade e de abuso de substâncias

Tratamento

- O tratamento inclui abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos
- A fluoxetina no controle dos episódios de compulsão alimentar

# ATITUDES COMUNICACIONAIS

**"Atitudes** são processos mentais individuais que determinam as respostas reais ou potenciais do indivíduo no mundo social"

| COMPONENTES DA ATITUDE | |
|---|---|
| **Componente Cognitiva** | Refere-se a ideias, pensamentos, percepções, crenças ou opiniões individuais, reflecte a forma como a atitude em causa é mentalmente conceptualizada |
| **Componente Afetiva** | Reflecte o sentimento ou a estrutura emocional da atitude ou a emoção que suporta a ideia (componente cognitiva) |
| **Componente Comportamental** | Consiste na reacção actual, o acto instrumental realizado face ao objecto |

(VER TABELAS EM ANEXO!!)

## PROCESSO COMPETITIVO

**Avaliação** → "Fez mal" "Isso não é verdade…"

**Orientação** → "Se fosse eu…" "Tem de fazer…"

**Interpretação** → "É muito importante para si…" "Você tem a mania…"

## PROCESSO RESOLUTIVO

**Apoio** →"Você é capaz de ter razão…" "Formidável…"

**Exploração**→ "O que aconteceu?" "O que quer dizer com…"

**Compreensão**→ "Verifico que… é isso?" "O senhor considera que…"

## Atitudes comunicacionais → CATEGORIAS DE PORTER

### ATITUDE DE AVALIAÇÃO

- É uma expressão de censura por actos feitos
- Manifesta o desejo de controlar o comportamento presente ou futuro do receptor, através do controlo simbólico exercido sobre o passado
- Induz sentimentos de culpa em relação ao comportamento passado
- **Conceitos semelhantes**: repreensão; censura; crítica negativa; punição..
- **Expressões verbais características:** "Não devia ter feito isso" "Fez mal" "É um desastrado" "Eu acho que deve evitar repetir…"

- **Efeitos comportamentais no interlocutor:**
  - Aumento da tensão entre os comunicantes
  - Aumento da agressividade
  - Activação dos mecanismos defensivos do receptor
  - Aumento da probabilidade de recusa mútua
  - Aumento da resistência do receptor em relação às mensagens do emissor
  - Endurecimento de posições
  - Forte redução da capacidade de comunicar

### ATITUDE DE ORIENTAÇÃO

- Exprime a intenção de controlar directamente o comportamento futuro do receptor.
- Introduz sentimentos de dependência em relação a uma lei, a um "dever", ou então a aceitação de informações, com base na autoridade
- **Conceitos semelhantes:** procura de solução, proposta de solução
- **Expressões verbais características:** "Deve proceder desta ou daquela maneira" "A seguir, todos executam" "Eis a solução para o problema" "A minha opinião é esta …"

- **Efeitos comportamentais no interlocutor:**
  - Imposição de autoridade
  - Aumento da quantidade de informações disponíveis
  - Tendência do receptor a perceber a resposta como infundada (tendência para a percepção parcial)
  - Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar)
  - Redução da capacidade de ouvir (no sistema comunicante)

### ATITUDE EXPLORATÓRIA (INTERROGATIVA)

- Visa a recolha de informações dos nossos interlocutores. Exprime directamente a necessidade de saber
- **Conceitos semelhantes:** investigação, inquérito, procura informações complementares
- Expressões verbais características: "Não estou a perceber bem"; "Precisaria de mais dados", …
- **Efeitos comportamentais no interlocutor:**
  - Movimento do receptor para dar ou para esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude
  - Aumento da capacidade de análise
- Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações)

| | |
|---|---|
| **ATITUDE DE INTERPRETAÇÃO** | ♣ É uma explicitação do significado que teve para nós a comunicação do nosso interlocutor. Reveste-se, por isso, de um cariz tipicamente psicológico.<br>♣ O interlocutor é objecto de uma análise que explicita as razões do seu comportamento e as coloca perante "os seus olhos". É fundamentalmente uma atitude que expressa a análise feita ao interlocutor<br>♣ **Conceitos semelhantes:** Explicação; Opinião sobre o significado<br>♣ **Expressões verbais características:** "O que você sente é um complexo de culpa" "Você acha-se muito bom" "O que você sente é inveja"<br>♣ **Efeitos comportamentais no interlocutor:**<br>• Sensação de agressão<br>• Aumento da quantidade de informação disponível<br>• Aumento da resistência à comunicação<br>• Criação de dissonância a nível cognitivo<br> |
| **ATITUDE DE APOIO** | ♣ É uma resposta "simpática", manifestando no emissor uma afectividade concordante com a do receptor. É como dizer "tem o meu apoio moral, estou do seu lado, conte comigo"<br>♣ **Conceitos semelhantes:** suporte, simpatia<br>♣ **Expressões verbais características:** "Concordo" "Formidável, Parabéns" "Tenha calma, deixe lá" "Não desanime" "Também já passei por isso, compreendo-o" "Não há-de ser nada" …<br>♣ **Efeitos comportamentais no interlocutor:**<br>• Manutenção ou intensificação do estado afectivo existente<br>• Aumento da tendência para a conformidade<br>• Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental<br>• Favorecimento da dependência psicológica<br> |
| **ATITUDE DE COMPREENSÃO (EMPÁTICA)** | ♣ É empática, centrada no outro, mas sem estar em "uníssono emocional"<br>♣ Tem três características principais: Exprime o sentimento do interlocutor do ponto de vista dele (e não do receptor)<br>♣ Centra a comunicação no presente, impedindo-a de vaguear no "espaço psicológico"<br>♣ A expressão do sentimento do interlocutor é de tal forma que o coloca em relevo em relação ao todo restante<br>♣ **Conceitos semelhantes:** escuta compreensiva, esforço para clarificar (sem deformar)<br>♣ **Expressões verbais características:** "sente-se (expressão do sentimento) deprimido pela maneira como as coisas lhe têm corrido ultimamente (presente) em alguns aspectos da sua vida (certos aspectos, não todos) "<br>♣ **Efeitos comportamentais no interlocutor:**<br>• Movimento de apoio, no receptor<br>• Redução da intensidade do estado afectivo<br>• Aumento da capacidade de análise<br>• Grande aumento da profundidade da comunicação<br>♣ Aumento da racionalidade<br> |

# ESQUIZOFRENIA e outras PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

## Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

- Incluem **sintomas psicóticos** - presença de ideias delirantes e alucinações, podendo também incluir comportamentos e discurso gravemente desorganizado
- Podem ocorrer durante a evolução de outras perturbações (mas não como característica) – *Delirium*, demência, perturbações de humor com características psicóticas…
- Análise do termo "psicótico". Perda dos limites do "eu" ou uma marcada incapacidade para avaliar a realidade

## Esquizofrenia

- Perturbação que dura pelo menos 6 meses
- Inclui pelo menos **1 mês de fase de sintomas activos, 2 ou + dos seguintes:**
  - ideias delirantes (delírios)
  - alucinações
  - discurso desorganizado
  - comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico
  - sintomas negativos (embotamento afectivo: ↓ da intensidade afectiva, avolição: incapacidade de iniciar e de persistir em actividades com objectivo, alogia: pobreza do discurso)

**Disfunção Ocupacional/Social:** desde o início do distúrbio, por um período significativo de tempo 1 ou + áreas principais de funcionamento como trabalho, relações interpessoais ou auto-cuidado encontram-se significativamente abaixo do nível atingido antes do início (ou qd o início ocorre na infância ou na adolescência, incapacidade em atingir o nível esperado de desempenho interpessoal, académico ou ocupacional)

**Sintomas positivos:** reflectem um excesso ou distorção de funções, incluem distorção ou exageros de pensamento indutivo (ideias delirantes ou delírios), percepção (alucinações), linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico).

**Sintomas negativos:** parecem reflectir uma ↓ ou perda de funções, incluem restrições no conjunto e intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), na fluência e produtividade de pensamento e discurso (alogia), e na iniciação de um comportamento dirigido com objectivo (avolição).

- O dte sofre de sintomas psicóticos (alucinações e delírios) e deterioração funcional
- É uma dça particularmente incapacitante devido ao seu curso, ainda que variável, frequentemente crónico e recorrente
- Os cuidados a estes doentes implicam grande esforço. Constitui uma boa parte do trabalho dos serviços especializados
- **Prevalência:** ao longo da vida 1%
- **Género:** Estudos populações hospitalares - Mais frequente nos homens; estudos comunidades igual proporção
  - Mulheres → início + tardio, + sintomas afectivos e melhor prognóstico; incidência máx de início oscila entre os 25 e os 35 anos. Experimentam + sintomas afectivos
  - Homens → incidência máx de início oscila entre os 15 e os 25 anos. Experimentam + sintomas negativos

- **Evolução:** idade início ocorre habitualmente no final da segunda década de vida e meados da quarta década (raro antes da adolescência). 20-40% dos dtes experimentam os 1$^{os}$ sintomas psicóticos antes dos 20 anos
  - A evolução habitual é crónica alguns dtes parecem ter uma evolução relativamente estável outros um agravamento progressivo associado a uma incapacidade grave

- Dtes com episódios agudos recorrentes com frequência não retomam o nível de funcionamento prévio a cada recaída (com deterioração gradual)
- No início da dça podem ser dominantes os sintomas negativos surgindo primeiramente como características prodrómicas. Posteriormente surgem os sintomas positivos. Como estes sintomas positivos respondem bem ao tratamento, tipicamente diminuído de intensidade, em muitos dtes persistem apenas os sintomas negativos entre os episódios de sintomas positivos.
- O risco de suicídio é elevado entre os dtes jovens no início da doença

## Prognóstico

**Factores de mau prognóstico:**

- início insidioso
- episódio inicial prolongado
- história psiquiátrica prévia
- sintomas negativos
- idade de início precoce
- sexo masculino
- solteiro, separado ou viúvo
- escassa adaptação psicossexual
- personalidade prévia anormal
- escassa história laboral
- isolamento social
- má adesão ao tratamento
- início tardio do tratamento

**Factores de bom prognóstico:**

- boa adaptação pré mórbida
- inicio agudo
- inicio tardio
- sexo feminino
- acontecimentos precipitantes associados
- perturbação de humor associada
- duração breve dos sintomas da fase activa
- um bom funcionamento inter-critico
- sintomas residuais mínimos
- ausência de alterações estruturais cerebrais
- funcionamento neurológico normal
- história familiar de perturbação de humor
- ausência de história familiar de esquizofrenia

## Etiologia

- Os parentes biológicos em 1º grau dos sujeitos com esquizofrenia têm um risco de doença 10 vezes > que a população em geral
- Concordância superior em gémeos monozigóticos que nos dizigóticos…
- Importância dos Factores Genéticos: 10-15% risco pais/irmãos
- Factores Ambientais:
  1) **Factores Predisponentes** – anomalias gravidez/parto, nível socioeconómico baixo
  2) **Factores Precipitantes** – cannabis, *stress*
  3) **Factores Manutenção** – «alta emoção expressa»

## Tratamento:

- os sintomas psicóticos agudos
- sintomas resistentes aos fármacos
- prevenção de recaídas
- sintomas depressivos associados
- abordagem psicossocial e reabilitação
- antipsicóticos devem iniciar-se em doses baixas e aumentando gradualmente
- 70% episódios agudos e prevenção de recaídas respondem bem aos Antipsicóticos (AP) – **bloqueio de receptores da dopamina nos típicos** (↓ dos sintomas positivos da esquizofrenia e produção de efeitos extrapiramidais) e **bloqueio dos receptores da dopamina e serotonina nos atípicos**
- electroconvulsivoterapia se associado a depressão grave ou estupor catatónico
- **Prevenção de Recaídas:** o tratamento farmacológico de manutenção ↓ o risco de recaída. 20% dtes mantêm-se estáveis sem medicação

**Prevenção de Recaídas:**

- ✓ Tratamento a longo prazo com antipsicóticos convencionais produz discinésias tardias (movimentos repetitivos involuntários) crónicas em aproximadamente 15% dos doentes ao fim de 4 anos. Deve-se realizar uma lenta redução das doses quando o doente permanece livre de sintomas durante vários meses
- ✓ Anticolinérgicos reduzem os efeitos secundários parkinsónicos mas aumentam as discinésias tardias
- ✓ Terapia Familiar tem-se revelado eficaz na taxa de recaídas

**Subtipos de Esquizofrenia:**

- **Paranóide** – existência de ideias delirantes e alucinações auditivas num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto. O início tende a ser + tardio. É o tipo + comum e de tratamento com melhor prognóstico, principalmente em relação à capacidade para a vida independente.

- **Desorganizada** – discurso e comportamento desorganizado, afecto embotado, dificuldades em expressar emoções e sentimentos, e inapropriado. Pode levar a uma grave disrupção da capacidade de desempenhar as tarefas quotidianas (cuidar da higiene pessoal, vestuário, alimentação).

- **Catatónica** – a alteração psicomotora que pode envolver:
  - Imobilidade motora (hipertonia muscular; postura imóvel; estupor ou acinesia é a perda da actividade espontânea englobando simultaneamente, a fala, a mímica, os gestos, a marcha etc..)
  - Actividade motora excessiva; mutismo
  - Negativismo extremo (exº posturas rígidas) é a oposição activa (a pessoa faz tudo ao contrário do que se pediu) ou passiva (a pessoa simplesmente deixa de fazer o que se pede) às solicitações externas. Representa ação imotivada e não deliberada.
  - Peculiaridades dos movimentos voluntários
  - Ecolalia, fenómeno da imitação inconsciente da voz de outra pessoa
  - Ecopraxia, repetição involuntária ou a imitação dos movimentos de outras pessoas

- Indiferenciada – preenche os critérios para a esquizofrenia mas não são encontrados os critérios para os tipos paranóide, desorganizado e catatónico.

- **Residual** – qd existiu pelo menos um episódio de esquizofrenia mas no actual quadro clínico não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes. Existindo evidência constante de sintomas negativos (embotamento afectivo, pobreza do discurso, avolição não iniciação de comportamentos dirigidos a um objectivo).

♥ **Perturbação Esquizofeniforme** (sintomatologia semelhante esquizofrenia excepto na sua duração – entre 1 a 6 meses – e pela ausência do critério que é declínio do funcionamento)

♥ **Perturbação Esquizoafactiva** (um episódio de PH e os sintomas da fase activa da Ez ocorrem conjuntamente e são precedidos ou seguidos, por um período de pelo menos 2 sem de ideias delirantes ou alucinações, na ausência de sintomas de PH dominantes)

♥ **Perturbação delirante** (duração inferior a 1 mês com ideias delirantes não bizarras sem outros sintomas fase activa Ez)

♥ **Perturbação Psicótica Breve** (curta duração: pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês)

♥ **Perturbação Psicótica Induzida** (que se desenvolve num sujeito influenciado por outro que desenvolveu ideias delirantes de conteúdo semelhante, *Folie à deux*)

♥ **Perturbação Psicótica devida a um estado físico geral** (sintomas psicóticos como consequência fisiológica directa de um estado físico geral)

♥ **Perturbação Psicótica Induzida por substâncias** (sintomas psicóticos como consequência fisiológica directa de abuso de substâncias, medicamentos ou exposição a tóxicos)

♥ **Perturbação Psicótica Sem outra especificação** (situações que não preenchem os critérios de nenhumas das PP anteriormente definidas ou sintomatologia psicótica acerca da qual existe informação contraditória ou inadequada)

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

## Objetivos:

- Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, conforme o Modelo de Stress de Stuart
- Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico
- Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental
- Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)
- Formular um diagnóstico (prioritário) de enf$^{em}$
- Apresentar pelo menos 2 intervenções de enf$^{em}$ direcionadas ao diagnóstico formulado

## CASO CLÍNICO:

Sr. L., de 29 anos, solteiro, foi trazido ao serviço de urgência pela polícia, para um internamento compulsivo. Sr. Luís tinha ameaçado os vizinhos com uma faca. Vive com a avó paterna numa aldeia pequena. A situação tem vindo a piorar desde há três meses, quando a avó deixou de o acompanhar ao centro de saúde devido a dificuldades na locomoção. Deixou de fazer a medicação IM de decanoato de flufenazina (Anatensol Decanoato 25 mg/ml solução injectável). Nestes últimos meses tem sido mais descuidado no vestir, o pensamento tornou-se mais desorganizado, tem estado levantado durante a maior parte das noites a deambular ou a ver televisão, e dorme mais durante o dia.

Teve várias discussões com a avó sobre a luz estar acesa, estar a fazer muito barulho e dinheiro que supostamente terá desaparecido. No dia em que é trazido ao hospital, ameaçou um vizinho com uma faca, acusando-o de o querer matar.

A avó e os vizinhos estão assustados com as suas ameaças. Luís era um estudante universitário de engenharia, com 23 anos, quando foi hospitalizado pela primeira vez por ter ameaçado os vizinhos. Nessa altura, tinha "ouvido" os vizinhos a fazerem troça dele e a planearem castigá-lo. Achava que eles tinham mexido na sua aparelhagem de som e que agora podiam ler-lhe os pensamentos.

Apesar de a sintomatologia positiva (alucinações e delírios) ser suprimida com a medicação, abandonou a faculdade e nunca trabalhou. Teve 4 ou 5 hospitalizações posteriores com duração de uma a quatro semanas; cada uma delas seguiu-se á interrupção da medicação.

## Diagnóstico médico

- Esquizofrenia, tipo paranóide (DSM – IV-TR) – (Fonte da informação: Processo clínico)

## Caracterização das NHF

| NHF | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | |
| COMER E BEBER | |
| ELIMINAR | |
| DORMIR E REPOUSAR | Não dorme durante a noite (…) e dorme + durante o dia |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | Descuidado no vestir |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | Défice de auto cuidado de higiene e cuidado pessoal |
| EVITAR OS PERIGOS | Sente-se perseguido e ameaçado; acusa os vizinhos de o quererem matar e de lerem os seus pensamentos; ameaçou um vizinho com uma faca. Internamento compulsivo. História de internamentos anteriores; pensamento desorganizado; Juízo crítico alterado, não adesão à terapêutica |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Desentendimentos com a avó; medo e desconfiança dos vizinhos; ameaçador com risco de desenvolver comportamentos agressivos |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | Acredita que os outros conseguem ler-lhe os pensamentos; diz que os vizinhos o querem matar e que os "ouve" a fazerem troça dele |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | Não tem ocupação, dorme durante o dia |
| RECREAR-SE | Vê tv |
| APRENDER | Inatenção; não percebe a sua situação de dça |

## Problemas de enf$^{em}$:

- Confusão Aguda
- Alteração dos processos do pensamento (exº delírios)
- Comunicação ineficaz a nível cognitivo/intelectual
- Comunicação ineficaz a nível afetivo
- Isolamento social
- Risco de violência em relação a si próprio/outros
- Deficit de auto cuidado
- Recusa relativa à sujeição aos tratamentos (desorganização das atividades mentais)

## Planeamento de enf$^{em}$:

### Objectivos (ex$^{os}$):

- Exprimir claramente as suas mensagens verbais e não-verbais
- Testar e definir a realidade (eliminando a ocorrência de alucinações e/ou delírio)
- Participar voluntariamente nas atividades terapêuticas (individuais e de grupo)
- Desenvolver novos mecanismos de resolução de problemas
- Executar autonomamente os seus cuidados "pessoais" (higiene, vestuário, arranjo pessoal e alimentação)

### Intervenções (ex$^{os}$):

- Estabelecer comunicação (confiança, empatia)
- Apoiar/ Aconselhar (não confrontar)
- Examinar regularmente o comp., verbalizações e expressão de emoções (evitando surpreender o dte)
- Gerir a segurança do ambiente (redução de estímulos, exº som, luz e n.º pessoas, e a segurança dos "objectos)
- Providenciar orientação para a realidade
- Avaliar a aceitação do estado de saúde
- Avaliar a adesão
- Avaliar a atitude face à doença
- Avaliar a atitude face à gestão da medicação
- Gerir a medicação
- Gerir a resposta negativa ao tratamento
- Monitorizar a adesão terapêutica
- Educar para a adesão terapêutica
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Promover a higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Promover o bem-estar social
- Planear a alta com a pessoa significativa/familiar
- Promover adesão ao tratamento

| | FOCO | JUÍZO |
|---|---|---|
| **Diagnóstico de Enf$^{em}$** | Pensamento<br>Pensamento distorcido<br>Comportamento desorganizado<br>Comportamento auto destrutivo<br>Comportamento agressivo<br>Comunicação familiar comprometida<br>Não adesão (ao regime tratamento)<br>Consciencialização dificultadora<br>Efeito secundário medicação<br>Delírio<br>Cuidar da higiene pessoal | Alterado<br>Actual<br>Risco<br>Comprometido |
| **Intervenções** | Identificar, Monitorizar, Apreciar, Explicar, Ensinar, Educar | |

| FOCOS CIPE | |
|---|---|
| Pensamento | Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objetivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais |
| Pensamento distorcido | Cognição comprometida |
| Delírio | Processo de Pensamento distorcido |
| Percepção | Processo do Sistema Nervoso com as seguintes características especifica: registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos |
| Alucinação | Percepção comprometida com as características específicas: aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis |
| Comportamento desorganizado | Processo do Sistema Nervoso com as seguintes características específicas: Ações desordenadas ou confusas; sequência de ações não adequadas como respostas aos estímulos do meio envolvente |
| Comportamento autodestrutivo | Atividade executada pelo próprio com as características específicas: desempenhar atividades auto iniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio |
| Comportamento agressivo | Comportamento Interativo com as características específicas: Ação ou atitude enérgica de Auto assertividade imposta a outro, violenta, expressa física, verbal ou simbolicamente, originada por impulsos inatos ou ocorrendo como mecanismo defensivo, manifestado pelos atos construtivos, ou destrutivos, dirigidos para si próprio ou contra outros |
| Adesão | Volição com as características específicas: Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente) |
| Não Adesão | Adesão com as características específicas: Não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento |
| Comunicação familiar comprometida | Volição com as características específicas: Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente |

# PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM USO DE SUBSTÂNCIAS

- Incluem as perturbações relacionadas com um consumo de uma "droga" de abuso (incluindo o álcool), com os efeitos secundários de um medicamento ou com a exposição a um tóxico.
- Os efeitos de muitas das substâncias psicoactivas são subjectivos, imprevisíveis e fortemente dependentes das expectativas e dos contextos do consumo.

- Definição genérica:
  - A característica essencial da dependência é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o individuo continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta
  - Existe um **padrão de auto-administração repetida** que resulta geralmente em **tolerância, abstinência e comportamento compulsivo** quanto ao consumo

- Dependência de substâncias:
  - Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses

    - **Tolerância**
    - Necessidade de quantidades crescentes para atingir o efeito desejado
    - Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma substância

    - **Abstinência**
    - Especifico para a substância
    - A mesma substância (ou outra relacionada) é usada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia
- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância
- É despendida grande parte do tempo em actividades necessárias à obtenção da substância
- São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas
- A utilização é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico causado ou exacerbado pelo consumo

## Dependência de substâncias

- Com dependência Fisiológica (evidência de tolerância ou abstinência)
- Sem dependência Fisiológica (sem evidência)

- Pode ser aplicado a todas as classes de substâncias excepto à cafeína
- Os sintomas são semelhantes para as várias categorias de substâncias, mas para algumas classes os sintomas são menos proeminentes, e em alguns casos nem todos os sintomas se aplicam, por exemplo os sintomas de abstinência não estão especificados para a dependência de Alucinogénios (cogumelos mágicos)

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PERTURBAÇÃO RELACIONADA COM USO DE SUBSTÂNCIAS

Objectivos:

- Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart
- Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico
- Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas p/ a realização do ex mental
- Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às NHF (integrando os dados do ex mental)
- Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem
- Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

## CASO CLÍNICO:

A Dª L. é administrativa numa escola secundária, tem 28 anos, é casada e mãe de uma criança com 6 anos de idade. A Dª L é a mais velha das quatro irmãs, a sua mãe é doente alcoólica tratada, a irmã mais nova sofre de deficiência mental e dos estigmas da síndrome fetal alcoólica. História de alcoolismo familiar, para além da mãe, os avós maternos e um tio materno. A Dª L. começou a beber excessivamente aos 19 anos de idade acompanhada pelo namorado (actual marido). O seu consumo progrediu das festas de fim de semana com blackouts ocasionais para a ingestão maciça diária. Aos 22 anos de idade, deixou de beber durante cerca de um ano por sua iniciativa, pouco depois de saber que estava grávida. Durante esse período sentiu dificuldades em evitar a bebida mas manteve-se abstinente devido às preocupações com a gravidez.

Pouco depois do nascimento da filha, Dª L. sentiu-se pressionada pelas exigências de cuidar de uma criança, regressou ao trabalho e sentiu-se novamente tentada a beber. Rapidamente verificou que ia tomar uma bebida antes de voltar para casa, bebia vários cocktails com o marido ao fim da tarde e tomava 5 a 10 bebidas diárias durante o fim de semana. Tornou-se cada vez mais dependente da cunhada para cuidar da sua filha. Aos 28 anos, a dose tinha aumentado para 5 a 10 bebidas e 15 bebidas diárias durante o fim de semana. Às segundas feiras ia frequentemente adoentada para o trabalho, tinha várias vezes ressacas e começou a sofrer de gastrite. As análises efectuadas revelaram alterações hepáticas, pelo que o médico de família aconselhou-a a deixar de beber.

Porém a Dª. L. continuou a beber. Teve vários acidentes sob o efeito do álcool, contudo sem consequências legais. No trabalho faz todos os esforços para ocultar o seus problemas com a bebida, mas esses esforços não se estendem a casa, onde o marido alcoólico tolera que ela beba. Durante muito tempo fizeram um bom trabalho de encobrimento mútuo, ambos são talentosos e têm êxito profissional. Embora o interesse sexual dos dois tenha diminuído e tenham discussões frequentes, querem preservar o casamento por causa da filha. Dª. L. verificou que, embora beba menos que o marido, estes hábitos têm efeitos mais negativos na sua saúde. Refere já não ser capaz de parar de beber e sente-se angustiada e terrivelmente culpada pela sua fraqueza e negligência em relação à filha. Acabou por solicitar ajuda especializada, foi internada na Unidade de Alcoologia para iniciar tratamento.

É uma mulher de pequena estatura, vem bem vestida, parece muito envergonhada de si mesmo, e pouco à vontade a falar dos seus problemas. Sente-se desesperada em relação ao conseguir deixar de beber, contudo fica mais tranquilizada quando se lhe recorda que foi capaz de deixar de beber quando esteva grávida.

Não ingeriu qualquer bebida durante as 12 horas anteriores à consulta e sente actualmente um desejo irresistível de beber. Temperatura: 37,7 ºC, tensão arterial 140/90 mmHg. e pulsação 104. Queixa-se de dificuldade em adormecer e acorda várias vezes durante a noite. No final da tarde apresenta desorientação espaço-temporal, com sensação de insectos sobre a pele, ansiedade, acentuados tremores digitais e suores evidentes na região frontal.

## Diagnóstico médico

- Abstinência de álcool, com perturbação da percepção
- Dependência de álcool, com dependência fisiológica

## Caracterização das NHF

| NHF | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | |
| COMER E BEBER | Consumo maciço de álcool (5 a 10 bebidas diárias e 15 ao fim de semana) |
| ELIMINAR | Suores evidentes na região frontal |
| DORMIR E REPOUSAR | Dificuldade em adormecer e acorda várias vezes durante a noite |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | 37,7 ºC |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | |
| EVITAR OS PERIGOS | Condução sob efeito de álcool/acidentes automóvel<br>Consumo maciço de álcool<br>Não bebe bebidas alcoólicas há 12 horas<br>Desorientação espaço temporal<br>Sente um desejo irresistível de beber<br>Sensação de insectos sobre a pele<br>Tremores acentuados e suores evidentes na região frontal.<br>Sente-se desesperada em relação ao conseguir deixar de beber |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Discussões frequentes com o marido e diminuição do interesse sexual<br>Tornou-se cada vez mais dependente da cunhada para cuidar da sua filha<br>Angustiada e terrivelmente culpada pela sua fraqueza e negligência em relação à filha |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | No trabalho faz todos os esforços para ocultar os seus problemas com a bebida |
| RECREAR-SE | Bebe antes de voltar para casa, bebe vários coktails com o marido |
| APRENDER | |

## Possíveis diagnósticos de enfermagem:

- Uso de álcool elevado
- Uso de álcool interrompido
- Confusão presente
- Coping adaptação alterado
- Coping ineficaz elevado
- Ansiedade comprometida
- Risco parentalidade
- Risco não adesão
- Recaída (tempo) uso álcool
- Auto-estima baixa
- Ambivalência

## Possíveis intervenções de enfermagem:

- Identificar
- Monitorizar
- Apreciar
- Explicar
- Ensinar

## Problemas de enfermagem:

- Confusão Aguda
- Alterações sensorio-perceptivas
- Coping Ineficaz
- Alteração do padrão: de higiene; alimentação; sono; eliminação
- Alteração da dinâmica familiar
- Comunicação ineficaz a nível afectivo/cognitivo
- Défice de auto-estima
- Isolamento social
- Ansiedade moderada/grave
- Risco para déficit do volume de líquidos
- Risco de violência auto/heterodirigida
- Dor

## Planeamento de Enfermagem:

**Objectivos (ex$^{os}$):**

- Prevenir complicações associadas (p.ex: progressão para Delirium Tremens; acidentes …)
- Diminuir o nível de ansiedade
- Desenvolver novos mecanismos de resolução de problemas
- Desenvolver competências adequadas às exigências do papel de mãe

**Intervenções (ex$^{os}$):**

- Comunicar estabelecendo confiança, empatia (não confrontação)
- Observar regularmente o comportamento, verbalizações e expressão de emoções
- Avaliar ambiente
- Proporcionar ambiente terapêutico, nomeadamente a redução de estímulos (ex.: som, luz, n.º pessoas), e a segurança dos "objectos", local com luminosidade adequada (repouso em local seguro)
- Monitorização através do CIWA-Ar* (segundo o protocolo)
- Reforçar a hidratação adequada e correcção dos desequilíbrios hidroeletrolíticos
- Avaliação dos parâmetros vitais
- Reduzir a ansiedade
- Reforçar a auto-eficácia
- Promover a resolução da ambivalência
- Avaliar a aceitação do estado de saúde
- Avaliar a adesão
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Ensinar e treinar técnicas de adaptação
- Ensinar e treinar técnicas de relaxamento
- Ensinar a família sobre a doença
- Avaliar coping alternativo
- Ensinar e treinar técnicas de resolução de problemas
- Promover a higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Avaliar ambiente

| FOCOS CIPE | |
|---|---|
| Uso de álcool | Uso de Substâncias com as características específicas: Uso regular de álcool como estimulante; habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas. |
| Confusão | Processo de Pensamento Distorcido com as características específicas: Compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direcção. |
| Parentalidade | Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. |
| Percepção | Processo do Sistema Nervoso com as seguintes características especifica: registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos |
| Alucinação | Percepção com as características especifica: aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis |
| Coping adaptação | Processo de Coping com as características específicas: Disposição para gerir novas situações e desafios. |
| Insónia | Sono com as características específicas: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas. |
| Ansiedade | Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula. |
| Ambivalência | Emoção: Estado de experienciar sentimentos contraditórios sobre o mesmo objecto |
| Não Adesão | Adesão com as características específicas: Não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento |
| Auto-estima | Auto- imagem: opinião que cada um tem sobre si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio , confiança em si, verbalização de auto-aceitação e autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogia e do encorajamento, bem como da critica construtiva |
| Recaída - eixo Tempo | Evento ou Episódio com as características específicas: Recorrência de doença ou condição na qual o tratamento terminou, reaparição de sintomas anteriores, voltar à condição ou hábitos indesejáveis; história de conclusão do tratamento nos episódios anteriores, algum período de tempo antes do reaparecimento dos sintomas, condição ou hábito. |

# PERTURBAÇÕES PSICOGERIÁTRICAS

## Demência *(considerações gerais)*

- Perda progressiva da função cerebral (cognitiva) devido a lesões orgânicas ao nível cerebral
- Deterioração global das funções intelectuais adquiridas previamente
- A perturbação dominante é um défice clinicamente significativo na **cognição** ou **memória**, suficientemente grave para causar diminuição do funcionamento ocupacional ou social, representando um declínio significativo em relação ao nível prévio de funcionamento
- **Sinais de demência:**
  - Negligência no cuidado pessoal (higiene, alimentação, segurança);
  - Isolamento;
  - Dificuldades na comunicação verbal;
  - Desorientação;
  - Perda da memória;
  - Alterações do sono;
  - Alterações do humor e outras alterações…)
- Afeta principalmente as pessoas com mais de 60 anos
- Principal caus de incapacidade dos idosos
- Maior prevalência nos países desenvolvidos
- Estima-se 24,3 milhões de pessoas no mundo com demências
- Taxa de incidência – 4,6 milhões de novos casos por ano
- Parece que tem tendência a duplicar o nº de casos em cada 20 anos

**DEMÊNCIA** – definição:

- Défices cognitivos múltiplos (diminuição da capacidade de aprender material novo e/ou para esquecer material previamente aprendido – incluindo a diminuição da memória – devidos aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por exemplo: aos efeitos combinados de uma doença cerebrovascular e de uma doença de Alzheimer – resultando a Demência Vascular ou a Demência Tipo Alzheimer)
- A classificação é feita (como se vê em cima) segundo a etiologia, podendo ser quanto ao seu prognóstico: progressiva, estática ou remitente
- Apenas 2 a 3% dos casos parecem ser completamente reversíveis1, ficando a maioria com uma evolução progressiva e irreversível

**DEMÊNCIA** – critérios:

Pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas

- Afasia – perturbação da linguagem
- Apraxia – diminuição da capacidade de desenvolver atividades motoras, apesar da função motora permanecer intacta
- Agnosia – incapacidade de reconhecer ou identificar objetos apesar da função sensorial permanecer intacta
- Perturbação da capacidade de execução – nomeadamente o planeamento, a organização, o sequenciamento e a abstração
- Deterioração sensível do funcionamento social, relativamente ao nível anterior
- Não exclusivamente no curso de estado confusional ou depressão

## CLASSIFICAÇÃO:

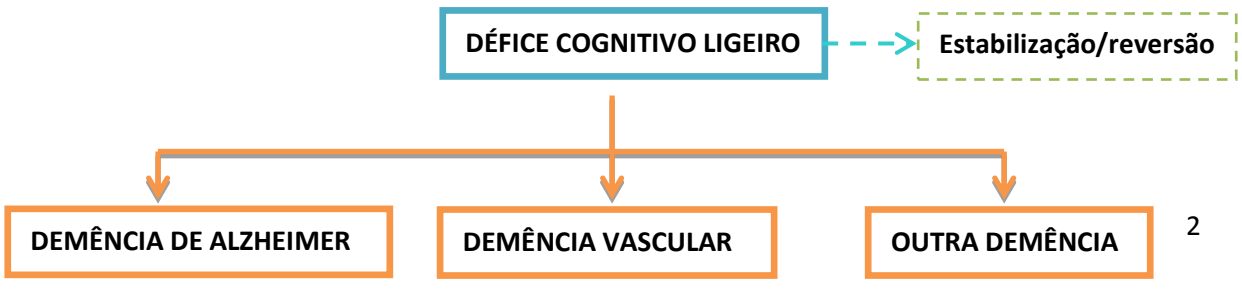
### I - Demências potencialmente reversíveis:

- Tumores intracranianos
- Hidrocefalia de pressão normal
- Hematoma subdural crónico
- Carências vitamínicas
- Doenças metabólicas
- Doenças cardio-respiratórias
- Intoxicações crónicas,
- Doenças endócrinas
- Dependência de drogas
- Depressão

Serão 5 a 10 % dos casos de demência

### II - Demências progressivas ou ireversíveis:

- Degenerativas
  - Doença de Alzheimer
  - Demência com corpos de Lewy
  - Demência frontotemporal
- Vasculares
  - Multienfartes ou "enfartes estratégicos"
  - Lacunar e subcortical – leucoencefalopatia isquémica
- Alcoólica
- Outras
  - Pós-traumática, Pós-encefalítica, SIDA...



## Diagnóstico das Demências:

- TAC – Medição da espessura de uma parte cerebral (mais fina na pessoa com demência);
- Ressonância Magnética – Alterações cerebrais;
- TC por emissão de fotões simples permite avaliar o fluxo de sangue no cérebro;
- Análises ao sangue para exclusão de outras doenças

## Tratamento:

- Medicamentos de acção colinérgica para atrasar a evolução da Doença de Alzheimer (drogas anticolinesterásicas: rivastigmina, donezepil…), devido à deficiência colinérgica nas perdas cognitivas
- Para tratamento de perturbações comportamentais podem ser utilizados antipsicóticos atipicos em baixa dosagem.
- Trazodona e carbamazepina também podem ser utilizados

- O tratamento colinérgico melhora a transmissão colinérgica em nível cerebral
- O nível de acetilcolina (neurotransmissor decisivo no desempenho cognitivo) está diminuído na DA ou por ↓ de produção ou por excessiva destruição pela ação da enzima acetilcolinesterase
- Os sintomas poderiam ser melhorados com o uso de agonistas (estimuladores) colinérgicos ou por inibidores colinesterásicos, ambos aumentando a atividade colinérgica

| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DEMÊNCIA | | | |
|---|---|---|---|
| **Dimensão fisiológica** | **Dimensão comportamental** | **Dimensão cognitiva** | **Dimensão afectiva** |
| • Recusa alimentar e de hidratação ou incapacidade de deglutir<br>• Risco de infecções, úlceras de pressão e pneumonia (relativas à inactividade, apatia e astenia) | • Conduta social desapropriada<br>• Negligência do aspecto e da higiene<br>• Risco de acidentes (diminuição da compreensão e da avaliação do risco)<br>• Fuga ou desorientação alo psíquica | • Prejuízo da memória (quer da de curto prazo, com dificuldade em aprender informação nova, quer da de longo prazo, com dificuldade em lembrar informações pessoais ou factos de cultura geral<br>• Prejuízo do juízo crítico e da capacidade de abstracção<br>• Alterações do discurso. Em alguns doentes evidencia-se desde a dificuldade em nomear objectos, à expressão verbal vaga e imprecisa, e até à afasia<br>• Incapacidade de trabalhar ou cuidar de si próprio nas AVD | • Alterações da personalidade podendo ir desde a alteração até à acentuação dos traços de personalidade<br>• Irritável<br>• Caprichoso<br>• Rabugento<br>• Reacções ”explosivas”, repentinas, relativas a assuntos triviais |

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PERTURBAÇÕES PSICOGERIÁTRICAS

## DELIRIUM, DEMÊNCIA - *Considerações gerais*

- A perturbação dominante é um défice clinicamente significativo na **cognição** ou **memória**, que representa uma alteração significativa em relação a um nível prévio de funcionamento

Classificação:

1. Delirium, Demência, Perturbações Mnésicas, e outras perturbações cognitivas
2. Perturbações mentais secundárias a um estado físico geral
3. Perturbações relacionadas com substâncias

## CASO CLÍNICO:

A D. Conceição é uma doente de 67 anos a quem foi diagnosticada doença de Alzheimer há 8 anos. No início da sua doença começou a manifestar falhas na memória recente e a longo prazo; mais tarde, passou a ter crescentes dificuldades para reconhecer locais, rostos e objectos familiares. Há dois anos é internada pela primeira vez por manifestar apatia, insight prejudicado e incapacidade para resolver problemas

Vem à consulta trazida pelo marido por agravamento da sintomatologia, manifestando confusão, delírios, desorientação temporo-espacial, risco de fuga e desleixo no cuidado pessoal. Foi internada para reavaliação clínica e reajuste terapêutico

No internamento apresenta dificuldades em se adaptar, com comportamentos de agressividade dirigida à equipa e aos outros doentes. Apresenta períodos de confusão e desorientação ao fim da tarde saindo frequentemente do serviço não conseguindo regressar.

### Delirium

- **Perturbação da consciência** (especificamente na redução da perceção do ambiente) que se acompanha por uma alteração da cognição (nomeadamente: diminuição da memória, desorientação ou perturbação da linguagem) e que não pode ser atribuída a uma demência preexistente ou em evolução, sendo devida aos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral (intoxicação, infecção sistémica, hipertermia, abstinência, abuso de substância)
- Desenvolve-se num curto período de tempo, geralmente de horas a dias, tendendo a flutuar ao longo do dia

- ♥ Tem uma duração média de uma semana até um mês (raramente), desaparecendo com a resolução da sua causa. Se a causa persiste, ou agrava para demência ou agrava no sentido de provocar a morte
- ♥ Características: Perturbação da consciência manifestada por redução da perceção do ambiente; Alteração da cognição; Desenvolvimento num curto período de tempo (horas a dias); Flutuação ao longo do dia; Consequência fisiológica direta de um estado físico geral (Intoxicação, infeções, hipertermia, abstinência); A classificação depende da etiologia (ex: delirium secundário a um estado físico geral, induzido por substancia, etc)

## COLHEITA DE INFORMAÇÃO - Delirium

- Observação das respostas fisiológicas:
  - Perturbação do ciclo do sono/vigília (Sonolência diurna, agitação nocturna, dificuldade em adormecer)
  - Níveis de consciência flutuantes

- Observação das respostas comportamentais:
  - Aumento da actividade psico-motora (apalpar e segurar roupas da cama, tentativa para sair da cama quando não é seguro, etc)
  - Diminuição da actividade psico-motora (lentificação e letargia que se aproximam do estupor)
  - Actividade delirante ameaçadora

- Observação das respostas afetivas:
  - Ansiedade, irritabilidade, Medo
  - Euforia, Apatia, Ira
  - Estes comportamentos são particularmente prevalentes de noite

- Observação das respostas cognitivas:
  - Diminuição da memória (recente) Desorientação temporal
  - Perturbação da linguagem (disnomia)
  - Perturbação da perceção (interpretações incorrectas, ilusões ou alucinações)

## DEMÊNCIA:

- ♠ Défices cognitivos múltiplos (incluindo diminuição da memória, desorientação, conduta social inapropriada, labilidade afetiva, inquietação, agitação e resistência à mudança)
- ♠ Ser gradual
- ♠ Partilham uma apresentação sintomática comum mas diferenciam-se com base na etiologia ( ex: Demência do tipo Alzheimer, Demência Vascular...)

## COLHEITA DE INFORMAÇÃO - Demência

- Observação das respostas fisiológicas:
  - Apraxia
  - Recusa alimentar e de hidratação ou incapacidade de deglutir
  - Risco de infeções, úlceras de pressão e pneumonia (relativas à inactividade, apatia e astenia)
- Observação das respostas comportamentais:
  - Conduta social desapropriada
  - Negligência do aspeto e da higiene
  - Risco de acidentes (diminuição da compreensão e da avaliação do risco)
  - Fuga ou desorientação alopsiquica

- Observação das respostas afetivas
  - Alterações da personalidade podendo ir desde a alteração até à acentuação dos traços de personalidade.
  - Irritável
  - Caprichoso
  - Rabugento
  - Reações "explosivas", repentinas, relativas a assuntos triviais

- Observação das respostas cognitivas:
  - Prejuízo da memória (quer da de curto prazo, com dificuldade em aprender informação nova, quer da de longo prazo, com dificuldade em lembrar informações pessoais ou factos de cultura geral
  - Prejuízo do juízo crítico e da capacidade de abstração
  - Alterações do discurso. Em alguns doentes evidencia-se desde a dificuldade em nomear objetos, à expressão verbal vaga e imprecisa, e até à afasia
  - Incapacidade de trabalhar ou cuidar de si próprio nas atividades de vida diária

### Problemas de enfermagem

- Alteração dos processos do pensamento
- Risco de violência em relação a si próprio/outros
- Deficit de auto cuidado
- Não adesão ao tratamento

### Possíveis diagnósticos de enfermagem:

- Percepção comprometida
- Pensamento distorcido
- Comportamento desorganizado presente
- Risco de comportamento auto-destrutivo

**Possíveis intervenções de enfermagem:**

- Identificar
- Monitorizar
- Apreciar
- Explicar
- Ensinar
- Educar

| PLANEAMENTO DE ENFERMAGEM | |
|---|---|
| **DELIRIUM** | **DEMÊNCIA** |
| **Objetivos (exemplos):**<br>♥ Recuperar os processos mentais alterados<br>♥ Lidar com os fatores desencadeantes<br>♥ Fazer e compreender o teste da realidade<br>♥ Executar (o + autonomamente possível) as AVD | **Objetivos (exemplos):**<br>♥ Manter os processos mentais íntegros<br>♥ Desenvolver estratégias de proteção da integridade pessoal (com a família)<br>♥ Fazer e compreender o teste da realidade<br>♥ Executar (o + autonomamente possível) as AVD |
| **Estratégias (exemplos):**<br>♥ Utilizar técnicas de orientação auto e alopsíquica, testando a realidade<br>♥ Utilizar estratégias de proteção da integridade pessoal e dos outros<br>♥ Proporcionar condições diversas para a recuperação dos padrões de sono, alimentação, higiene, …<br>♥ Utilizar a comunicação terapêutica mantendo o doente informado nos períodos de lucidez<br>♥ Desenvolver programa de educação para a saúde no sentido da prevenção dos fatores precipitantes destes tipos de problemas | **Estratégias (exemplos):**<br>♥ Utilizar técnicas de orientação auto e alopsíquica, testando a realidade<br>♥ Utilizar estratégias de proteção da integridade pessoal e dos outros<br>♥ Implicar o doente nos seus cuidados, reforçando os mecanismos de adaptação e resolução de problemas<br>♥ Desenvolver act terapêuticas (individuais e/ou grupais) p/ a manutenção dos proc mentais e adaptação das cap funcionais<br>♥ Desenvolver programa de educação para a saúde no sentido do cuidar e da prevenção de acidentes, envolvendo o doente, a família e a comunidade<br>♥ Ajudar a pessoa e a família a descobrir recursos comunitários |

| FOCOS CIPE | |
|---|---|
| Pensamento | Cognição com as características especificas: Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais |
| Comportamento desorganizado | Processo do Sistema Nervoso com as seguintes características especificas: Acções desordenadas ou confusas; sequência de acções não adequadas como respostas aos estímulos do meio envolvente |
| Comportamento autodestrutivo | Actividade executada pelo próprio com as características especificas: desempenhar actividades auto-iniciadas com o objectivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio |

# PSICOFARMACOLOGIA

## Conceitos essenciais

**Fármaco**: agente químico **capaz de modificar as funções** dos seres vivos (pode ter uma boa ou má relação benefício/risco)

**Medicamento:** **fármaco (s)** com efeitos benéficos no tratamento ou prevenção de doenças (boa relação benefício/risco): uso profiláctico ou preventivo; uso paliativo (Ex: doença prolongada, incurável e progressiva); uso sintomático e uso curativo

**Semi-vida:** é o tempo necessário para que os níveis do fármaco diminuam para 50% e correlaciona-se com a duração de acção desse fármaco (pressupõem funções renais e hepáticas normais)

**Interacção farmacológica:** efeito que dois fármacos possuem em conjunto, causando uma alteração no efeito de cada um (podem interagir de forma satisfatória ou prejudicial)

**Tolerância:** a diminuição gradual do efeito de um medicamento após o seu uso continuado a uma certa dosagem

**Farmacodinâmia:** modo de actuação conhecido ou provável de um fármaco para produzir o efeito desejado (o que o medicamento faz ao corpo). A interacção com o local-alvo comummente produz o efeito terapêutico desejado, enquanto a interacção com outras células, tecidos ou órgãos pode resultar em efeitos secundários (colaterais), reacções medicamentosas adversas

Os medicamentos afectam apenas a velocidade de ocorrência das funções biológicas, isto é, não alteram a natureza básica dos processos existentes nem criam novas funções, **podem alterar a velocidade de processos biológicos existentes**

Por exemplo, alguns medicamentos antiepilépticos reduzem as convulsões enviando ao cérebro uma ordem determinando que esse órgão reduza a produção de certas substâncias químicas cerebrais, mas **não podem restaurar os sistemas que já estão lesionados sem possibilidade de reparo** (como ex. demência, esclerose múltipla…)

**Farmacocinética:** Refere-se aos processos fisiológicos a que o fármaco é submetido pelo organismo (o que o corpo faz ao medicamento):

- Absorção
- Distribuição
- Metabolismo
- Excreção

Os indivíduos respondem de maneira diferente aos medicamentos:

- IMC
- Idade
- Patologias renais e hepáticas

***O conceito de uma dose média é como o conceito de "tamanho único" para uma roupa: "veste grande número de pessoas suficientemente bem, mas quase ninguém fica vestido com perfeição"***

**Efeitos Principais** (indicação clínica) e **Efeitos Secundários** (adversos ou benéficos):

Existem poucos medicamentos que se aproximam de "balas mágicas", actuam contra a doença mas também causam alguns efeitos indesejáveis, designados de reacções adversas

A maioria dos medicamentos não pode manter um nível específico de acção.

**Exº:** Os anti-histamínicos podem ajudar a aliviar os sintomas da alergia, como nariz entupido, olhos lacrimejantes e espirros. Mas, como a maioria afecta o SNC também costumam causar sonolência, confusão mental, visão turva, boca seca, constipação e problemas de micção

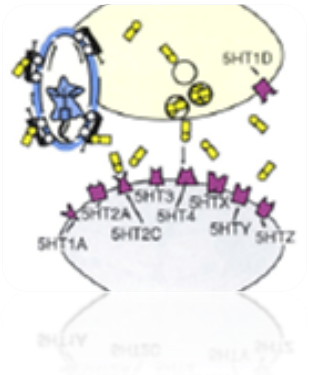
O modo de avaliar a acção de determinado medicamento (**efeito principal desejável versus efeito secundário - benéfico ou adverso**) depende do motivo para o seu uso.

**Por exº:** Os anti-histamínicos são os ingredientes activos de alguns sedativos - Quando estes são tomados com essa finalidade, a sua capacidade de produzir sonolência **deixa de ser um efeito adverso para ser um efeito desejável**

Denomina-se **efeito colateral** como um efeito diferente daquele considerado como principal por um fármaco. **Diferente de efeito adverso**, que se refere a um efeito colateral indesejado, pois um fármaco pode causar outros efeitos potencialmente benéficos além do principal.

**Como exº** podem ser citados a amnésia temporária causada por sedativos e a sonolência em anti-histamínicos, que podem ser benéficos ou adversos dependendo da situação

## BASE BIOLÓGICA DA PSICOFARMACOLOGIA




**Processo de comunicação pode ser afectado por fármacos de vários modos:**

- **Libertação** (mais neurotransmissores (NT) são libertados para as sinapses a partir das vesículas de armazenamento)
- **Bloqueio** (NT é impedido de se ligar ao receptor Pós Sinapse)
- **Alterações sensibilidade do receptor** (+ ou - receptivo ao NT)
- **Inibição da recaptação** (a célula Pós-S não reabsorve bem o NT, aumentando o prolongamento da sua acção)

- **Interferência nas vesículas de armazenamento** (nova libertação do NT ou das enzimas metabolizadoras)
- **Interferência na cadeia do precursor** (processo de síntese NT facilitado ou perturbado = + ou – NT respectivamente)
- **Interferência na enzima sináptica** (menos NT é metabolizado de modo a que mais NT permanece disponível na sinapse e Pós-S)

## ANTIPSICÓTICOS

### Modo de acção:

Predominantemente bloqueio de receptores da dopamina nos típicos (↓ dos sintomas positivos da esquizofrenia e produção de efeitos extrapiramidais) e bloqueio dos receptores da dopamina e serotonina nos atípicos (↓ dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia)

### Indicações:

- Esquizofrenia (episódios agudos, tratamento de manutenção, prevenção de recaídas)
- Nas perturbações delirantes
- Em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação
- Nas perturbações bipolares
- Na depressão psicótica em associação com antidepressivos
- Em episódios psicóticos breves
- Em psicoses induzidas por drogas
- Em síndroma cerebral orgânico com psicose

### Contra-indicações:

- Depressão grave do SNC
- Sensibilidade conhecida
- Doença de Parkinson
- Lesão hepática
- Glaucoma
- Hipertrofia prostática

| Típicos | Atípicos/ 2ª geração |
|---|---|
| Haloperidol (Haldol®) | Clozapina (Leponex®) |
| Flufenazina(Anatensol®) | Tioridazina (Melleril®) |
| Pimozida (Orap®) | Sulpirida (Equilid®) |
| Trifluoperazina (Stelazine®) | Risperidona (Risperdal®) |
| Clorpromazina (Amplictil®) (1952) | Olanzapina (Zyprexa®) |
| Levomepromazina (Neozine®) | Quetiapina (Seroquel®) |
| | Aripiprazol (Abilify®) |

Os **antipsicóticos típicos** são eficazes na sintomatologia positiva não são eficazes na sintomatologia negativa e provocam efeitos extra piramidais

Os **antipsicóticos atípicos** (nova geração) não só melhoram os sintomas positivos como também exercem acção terapêutica no tratamento dos sintomas negativos sem efeitos extrapiramidais significativos (importante factor de não adesão terapêutica).

- A grande maioria possui semi-vida superior a 24 horas
- O estado de equilíbrio dinâmico é alcançado aproximadamente ao fim de quatro dias
- Não causam dependência

| Efeitos secundários: Reacções adversas | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Parkinsonismo | **Acatísia*** | Distonia | **Discinésia**** | Agranulocitose<br><br>Emergência | Síndroma Neuroléptico Maligno |
| Confusão<br>Salivação<br>Fadiga, máscara facial, rigidez muscular | agitação hiperactividade remexer-se na cadeira/balançar as pernas enquanto sentado/oscilar de um pé para outro ou "marcha estacionária" enquanto permanece de pé | distorções bizarras de grupos musculares | movimentos rítmicos involuntários: chupar, engolir, lamber; franzir de sobrancelhas e pestanejar<br>**Efeitos irreversíveis,** controlados com anti-colinérgicos<br>Actualmente não existe tratamento | Caracteriza-se por febre, inflamação ulcerativa da garganta, leucopenia<br>Tratamento: interrupção imediata da droga; isolamento e antibióticos quando apropriado<br>(Risco 1 a 2% clozapina) | |
| Após 1 a 8 semanas | Após 2 a 10 semanas | Após 1 a 8 semana | Tardia 1 a 8 semanas após o início | Emergência médica<br>Após 3 a 8 semanas | |

## Efeitos Colaterais:

Síndroma Neuroléptico Maligno

- Complicação Rara mas Grave (pode ser fatal 14 a 30%).
- Caracterizada por febre alta, rigidez muscular, taquicardia, tremor, hipercaliémia, aumento da creatinina fosfoquinase e falência renal
- Os sintomas podem aparecer em qualquer momento do tratamento
- O reconhecimento precoce de cada sintoma é crucial
- O tratamento inclui suspensão do fármaco e cuidados de apoio

**Outros efeitos Adversos:** Fotosensibilidade; hiperpigmentação

**Efeitos anticolinérgicos:** Visão turva, Hipotensão, Obstipação, Boca seca, Sedação, aumento de peso

## Intervenções de enf$^{em}$

- Educar acerca da utilização do medicamento
- Plano inicial: Informar sobre a dose do medicamento, o seu funcionamento, a resposta do sintoma-alvo e os efeitos secundários, aval do grau de adesão e identificação do apoio familiar
- Informar que a estabilização ocorre só ao fim de algumas semanas (podem demorar + de 1 mês)
- Introdução do Plano intermédio: consolidação da adesão
- Calendarizar os antipsicóticos retard
- Promover cuidados continuados
- Identificar efeitos adversos específicos e desenvolver os procedimentos em conformidade – avaliação, prevenção e intervenção
- Monitorização dos efeitos extra piramidais (a tolerância desenvolve-se habitualmente ao fim de 3 meses)
- Terapêutica para tratar sintomas extrapiramidais durante este período.
- Monitorização dos efeitos extra-piramidais (Escala de Movimentos Involuntários Anormais)
- Monitorização dos leucócitos semanal (clozapina risco de 1 a 2 Agranulocitose Emergência)
- Mobilizar recursos necessários para a protecção da pele (óculos de sol, protector solar, chapéu)
- Informar acerca das interacções – álcool (potencializa a acção); antiácidos (↓ a absorção)

# ANSIOLÍTICOS

### Modo de acção:

- Depressão da actividade do córtex cerebral

### Indicações:

- Tratamento das síndromes de ansiedade, primários ou secundários e/ou a indução ou manutenção do sono

### Tipos de ansiolíticos:

- Benzodiazepinas (Alprazolan, flurazepan, diazepan, oxazepan e outros);
- Buspirona
- Barbitúricos

### Efeitos secundários (colaterais)

- Sonolência
- Lipotímias
- Dependência física e psicológica
- Síndroma de abstinência grave se a medicação for interrompida bruscamente
- Hipotensão transitória
- Náuseas e vómitos

### Contra-indicações

✱ Relação risco-benefício deverá ser avaliada na presença de intoxicação alcoólica aguda, antecedentes de dependência de drogas

**Benzodiazepinas (BDZ)**

- ♣ Os primeiros representantes foram o clordiazepóxido (Librium®) e o diazepam (Valium®), lançados no início da década de 60
- ♣ Alprazolam (xanax®)

**Propriedades farmacológicas semelhantes:**

- Efeitos ansiolíticos
- Possuem ainda propriedades miorelaxantes e anticonvulsivantes

- ✱ Risco de dependência elevado principalmente em tratamentos prolongados e/ou doses elevadas e de sindroma de abstinência (semi-vida curta como alprazolam)
- ✱ Processo de suspensão deve ser **SEMPRE gradual** (1ºs 50% mais rápido; 25% lentamente e últimos 25% muito lentamente)
- ✱ Têm poucos efeitos sobre o aparelho cardio-circulatório e respiratório o que explica a sua larga margem de segurança
- ✱ Relativamente seguras **a NÃO ser que sejam associadas** com outras substâncias depressoras do SNC (por exemplo álcool)

### Intervenções de enfermagem

- ✱ Educar acerca da utilização do medicamento
- ✱ Plano inicial: dose do medicamento, a resposta do sintoma-alvo e os efeitos secundários, avaliação do grau de adesão e identificação do apoio familiar
- ✱ Identificar efeitos adversos específicos e desenvolver os procedimentos em conformidade – avaliação, prevenção e intervenção Informar acerca das interacções - evitar álcool
- ✱ Informar acerca da sonolência - condução de veículos
- ✱ Monitorizar a tensão arterial
- ✱ Administrar (se possível) à hora de deitar
- ✱ Informar acerca da dependência
- ✱ Preparar descontinuação gradual

## ANTIDEPRESSIVOS

### Indicações

- Perturbações do humor da ansiedade; enurese; hiperactividade

### Modo de acção

- De um modo geral, interferem com a recaptação de 1 ou + neurotransmissores
- A noradrenalina e a serotonina são os + relevantes no processo

### Tipos de antidepressivos

- Classificados segundo a sua estrutura química ou do mecanismo de acção: Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO) e Inibidores da Captação de Neurotransmissores:

Várias classes:

- Tricíclicos
- Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO)
- Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

### Antidepressivos Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (AISRS)

- São a classe de antidepressivos + prescritos no mundo
- A serotonina é um neurotransmissor associado à regulação do humor, emoções, sono e apetite
- Os inibidores selectivos da recaptação de serotonina agem impedindo a retirada da serotonina da fenda sináptica, local onde este neurotransmissor exerce a sua acção. Deste modo, a serotonina permanece disponível por mais tempo, causando uma melhoria no humor
- ***Demoram pelo menos 2 semanas para começarem a fazer efeito e até 8 semanas para atingirem seu potencial máximo***
- A 1ª droga desta classe, a fluoxetina, o famoso Prozac®, começou a ser comercializada em 1987 (seguras mesmo em doses elevadas, bem toleradas e com perfil de efeitos secundários leves)

- Fluoxetina (Prozac, Daforin, Prozen, Psipax)
- Sertralina (Zoloft, Assert, Serpax)
- Paroxetina (Seroxat, Dropax, Paxil, Benepax, Pondera, Parox)
- Citalopram (Celexa, Cipramil, Cipram, Città, Zyban, Procimax)
- Escitalopram (Cipralex, Lexapro)

### Contra-indicações

- Dça cardiovascular
- Glaucoma
- História de crise epiléptica
- Cirurgia programada
- História de hipertrofia prostática ou de retenção urinária
- Tratamento com electrocunvulsivoterapia

### Efeitos secundários (colaterais)

- Secura da mucosa oral
- Sedação
- Agitação
- Hipotensão
- Vertigens
- Obstipação
- Hipomania
- Visão turva
- Ansiedade
- Inquietude
- Irritabilidade

## Intervenções de enfermagem

- Educar acerca da utilização do medicamento
- Plano inicial: dose do medicamento, a resposta do sintoma-alvo e os efeitos secundários, avaliação do grau de adesão e identificação do apoio familiar
- Informar acerca do início do efeito do medicamento, habitualmente:
  - 1ª Semana – insónia intermédia e terminal, perturbações do apetite, ansiedade
  - 2º Semana – fadiga, fraca motivação, queixas somáticas, agitação, lentificação motora
  - 3º Semana – sentimentos depressivos subjectivos (anedonia, baixa auto-estima, pessimismo, falta de esperança, auto-reprovação, culpa, desamparo, tristeza), ideação suicida
- Monitorizar comportamento em função dos efeitos nos sintomas alvo descritos
- Identificar efeitos adversos específicos e desenvolver os procedimentos em conformidade – avaliação, prevenção e intervenção
- Informar acerca das interacções
  - Nicotina e barbitúricos **diminui** efeito dos anti depressivos
  - Anti-histamínicos, álcool, benzodiazepinas, narcóticos, bicarbonato de sódio **aumenta** efeito dos antidepressivos
- Educar para a manutenção da terapêutica (períodos longos 6 meses ou mais)
- Preparar a descontinuação gradual (quando prescrito)

# ESTABILIZADORES DO HUMOR

### Indicações

- Episódios agudos de mania e hipamania
- Doença bipolar recorrente
- Transtorno esquizoafectivo

### Modo de acção

* Regula a concentração de Na (?), interfere na informação ao longo das cél nervosas e previne as mudanças de humor

### Alguns estabilizadores de humor:

* Lítio
* Anticonvulsivantes como a Carbamazepina, Valproato de sódio e lamotrigina

### Efeitos Secundários (colaterais)

* Secura das mucosas
* Náuseas e vómitos
* Dores abdominais
* Fadiga

### Contra - indicações

* Insuficiência renal
* Doença cardíaca
* Aleitamento
* Idosos
* Miastenia
* Cirurgia
* Tratamento com diuréticos
* Doenças endócrinas com alterações do equilíbrio de sódio

| Tipo de Estabilizadores de Humor |
|---|
| Lítio (Carbolitium) |
| Carbamazepina (Tegretol ) |
| Ácido valpróico/valproato (Depakene /Depakote |
| Lamotrigina (Lamictal) |
| Topiramato (Topamax ) |
| Gabapentina (Neurontin ) |

## Intervenções de enfermagem

- Educar acerca da utilização do medicamento
- Plano inicial: dose do medicamento, a resposta do sintoma-alvo e os efeitos secundários, avaliação do grau de adesão e identificação do apoio familiar
- Identificar efeitos adversos específicos e desenvolver os procedimentos em conformidade – avaliação, prevenção e intervenção
- Doseamentos de lítio no sangue (normais estão compreendidos entre 0,8 e 1,4 mEq/l e os níveis de intoxicação correspondem ≥ 2,0 mEq/l (quadro de Litémia engloba vómitos, fraqueza muscular, diarreia, reflexos tendinosos, discurso arrastado, sonolência e coordenação diminuída)
- Precauções no caso de gravidez e aleitamento materno
- Prevenir estados de desidratação (aumenta o nível de toxicidade)

## Intervenções Autónomas de Enfermagem na Farmacoterapêutica

- **Avaliação Inicial/Monitorização:** avaliação da história clínica e psiquiátrica, exame físico, exame do estado mental, avaliação das necessidades fundamentais, dados laboratoriais; medicação (prescrição e história) (antes/durante/após)
- Avaliar os conhecimentos, crenças e expectativas prévias do doente/família, determinar grau de adesão, observação das respostas esperadas e controlo dos potenciais efeitos adversos
- **Análise e diagnóstico:** aspectos relacionados com os efeitos secundários e a adesão; identificação pertinente de diagnósticos (NANDA; CIPE) (por exemplo: Adesão/Não Adesão)
- **Intervenções:** indicações específicas em função dos fármacos administrados
- **Educação do doente e da família:** Identificar as necessidades do doente/família, designadamente conhecimentos e grau de adesão, problemas, diagnósticos e grau de compreensão antes de começar a planear o programa de ensino (**psico-educação***  especifica em função do fármaco)
- **Avaliação da eficácia terapêutica**/resultados esperados
- **Adesão/Não Adesão:** Explorar sentimentos e pensamentos; monitorizar a adesão conferindo comportamentos ou sintomas associados; informar o médico da não adesão
- **Adesão do doente – Factores de risco:**
    - Falta de aliança terapêutica
    - Conhecimento inadequado acerca do tratamento por parte do doente e família
    - Efeitos secundários não eficazmente controlados ou não compreendidos
    - Poli-medicação

- História prévia de não adesão

### Aspectos gerais do planeamento e implementação:

- Manter-se actualizado e conhecedor acerca das classificações dos medicamentos, acções e efeitos secundários
- Cumprimentos na administração (tempo, dosagem, etc., de modo a assegurar o nível de concentração sanguínea eficaz)
- Monitorizar as respostas esperadas bem como os efeitos adversos e tóxicos
- Psicoeducação ao doente e família acerca da medicação prescrita como forma de promover autonomia e adesão
- Assegurar a segurança do doente desenvolvendo actividades preparatórias processuais (Avaliação de sinais vitais)
- Registar a administração da medicação e as respostas do doente (eficácia da medicação e efeitos secundários)

### * Psico-educação

**Indicações gerais**

- Incluir no plano: o nome do medicamento e razões da administração; horário de administração e plano global; efeitos secundários esperados e um plano de como lidar com eles; as preocupações do doente, sentimentos e pensamentos acerca do planeamento da medicação
- Na medicação a longo prazo: especial atenção às situações de falta de uma toma; monitorizar continuamente os efeitos secundários; efeitos secundários que necessitam de informação imediata ao médico; relevância da monitorização dos níveis plasmáticos; interacções medicamentosas; restrições dietéticas; consequências das interrupções abruptas
- Avaliar a compreensão do doente, resumo verbal ou demonstração de retorno

# PERTURBAÇÕES DO SONO

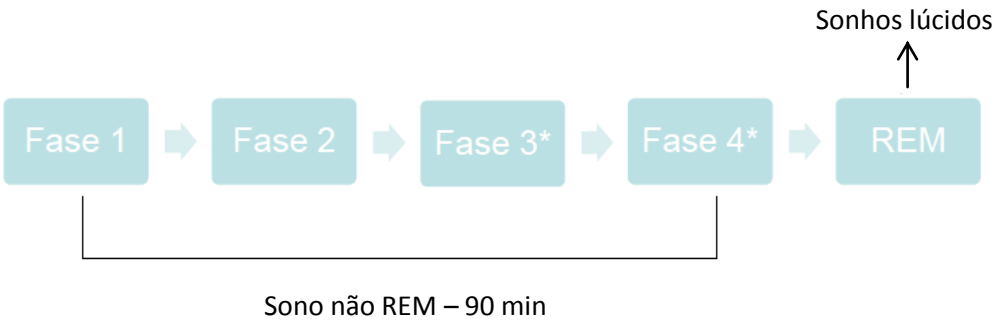
## ♣ SONO NORMAL

Alguns indicadores

- 1/3 da vida humana é passada a dormir
- cerca de 25-30% dos adultos manifesta algum tipo de perturbação do sono
- sintoma precoce de perturbações psiquiátricas

Características Sono/Vigília

- fisiológico
- activo
- rítmico
- não é uniforme
- inclui várias fases: 1, 2, 3, 4, REM (movimento rápido dos olhos)




* Sono Delta (+ profundo): produção de grande quantidade de ondas cerebrais de baixa frequência

### REM – Características

- baixa amplitude nas frequências das ondas cerebrais
- supressão do tónus muscular "esquelético“
- movimentos rápidos dos olhos
- ocasionalmente, pequenas contrações musculares
- os ciclos do sono repetem-se durante toda a noite
- o 1º período REM, normalmente, acontece depois de um período de sono delta, aproximadamente 90 min depois do sono começar, e dura de 5 a 20 min (1º período); últimos períodos duram de 15-40 min
- maioria sono REM decorre no último 1/3 noite

### NREM – Características

- funções fisiológicas reduzidas
- latência REM é de 90 min
- sono + profundo (estádios 3 e 4)...

## Relação REM/NREM

- processo dinâmico (feto → idoso)
- o RN dorme + de 16h com breves períodos de vigília, sono REM representa + 50%
- ao 4º mês de vida, a latência REM é cada vez + prolongada
- dos 3-5 anos de vida, o sono REM que vinha diminuindo já só ocupa 20-25% dormir
- o jovem adulto, NREM (75%): Fase 1→5%; Fase 2 →45%; Fase 3 →12%; Fase 4 →13%
- o jovem adulto, REM (25%)
- sono lento profundo (estádios 3 e 4) ↓ progressivamente a partir dos 20 anos idade
- no idoso... ocorre uma redução do sono REM
- a ↓ do sono lento diferencia-se segundo o sexo (mantendo-se nas mulheres até + tarde)

*Privação Sono* (quantitativa, total ou parcial, qualitativa) → diminuição capacidade desempenho, atenção, concentração, memória, habilidade motora

*Privação Sono REM* → diminui capacidade de aprendizagem

...em ratos de laboratório: a privação do sono REM encurta a esperança de vida de 2-3 anos para 5 semanas (a privação completa conduz à morte ao fim de 17 dias)

***Mecanismo Regulador do Sono***

- Processo homeostático
- Processo circadiano

## Laboratórios de Sono. Poligrafias do Sono ou Polissonografias (PSG)

Registo simultâneo, durante o sono, de vários parâmetros fisiológicos através da captação de sinais elétricos, por elétrodos e transdutores e a sua transformação em registos gráficos realizado por um polígrafo (analógico ou digital).

Poligrafias do Sono ou Polissonografias (PSG), <u>principais indicações</u>:

1. DPOC
2. Patologia respiratória restritiva secundária
3. Distúrbio no controlo respiratório
4. Episódios noturnos de bradi-arritmias
5. Ressonar com apneias associadas
6. Sonolência diurna excessiva ou insónia

## ♣ SONO E PSIQUIATRIA

Fenómeno multifatorial: 80 tipos de quadros patológicos associados aos + simples factores de *stress* como às situações clínicas + complicadas.

Patologia respiratória: representa 1-3% do total da patologia sono.

*Quadros depressivos, ansiosos, perturbações da personalidade, consumo de álcool e drogas* que condicionam 65% das queixas de perturbações do sono.

Factores associados a > prevalência:

- antecedentes psiquiátricos
- abuso de substâncias
- sexo feminino
- idade avançada

## QUADROS CLÍNICOS + DRAMÁTICOS

**Doença Klein-Levin** (Síndrome da Bela Adormecida)

- ✓ rara, neurológica, causa desconhecida
- ✓ caracterizada por períodos recorrentes de quantidade de sono excessivo e comer
- ✓ início do processo: a pessoa torna-se sonolenta e dorme durante a > parte do dia e da noite; pode apresentar confusão, desorientação, ausência total de energia (letargia) e apatia; incapaz de frequentar a escola ou trabalho ou cuidar de si mesmo; com cansaço, e pouco comunicativa; hipersensível ao ruído e luz
- ✓ os indivíduos podem passar por um período de semanas, meses ou até anos sem sentir quaisquer sintomas, e depois eles reaparecem sem aviso prévio
- ✓ ocorre durante 10 dias seguidos de 3 a 4 anos, e pode ser detetada por volta dos 8 anos de idade
- ✓ o apoio da família e educação são a melhor gestão disponível no momento

**Insónia familiar fatal**

- ✓ dça hereditária causada pela alteração dos priões (agentes infeciosos composto por proteínas com forma aberrante: não possuem ácidos)
- ✓ costuma manifestar-se a partir da meia-idade
- ✓ inicialmente ocorre uma dificuldade em dormir, evoluindo para uma insónia intensa – isso ocorre porque o tálamo (responsável pelo controle do sono-vigília) é comprometido
- ✓ dça de evolução rápida

Avaliação:

- avaliação estado físico e mental
- história farmacológica
- avaliar consumos de cafeína, álcool e tabaco
- 3 problemas básicos:
  - dificuldades em iniciar ou manter o sono (insónia)
  - sono excessivo durante o dia (hipersónia) ou de sonolência excessiva (hipersonolência)
  - sono perturbado

**Insónia**

- elevado nº de casos
- dificuldades em dar uma resposta eficaz
- experiência quase universal ainda que transitória
- 10-15% população adulta sofre de insónia crónica
- >50% na população acima dos 65 anos
- principal factor preditivo para a colocação de idosos em lares
- repercussões ao nível da saúde física e mental, funcionamento familiar, social e profissional
- cansaço, ansiedade, irritabilidade, ↓ alerta, > absentismo, > procura de cuidados médicos, > risco de morbilidade cardiovascular e psiquiátrica, > risco de mortalidade

Factores etiológicos

Causas orgânicas: dor, prurido, dispneia, enurese
Causas fisiológicas: perturbações artificiais do sono (turnos, voos, condições adversas, estimulantes)
Causas psicológicas: efeito perpetua a causa
Causas psiquiátricas
Causas iatrogénicas: fármacos prescritos p/ problemas orgânicos (broncodilatadores, adrenérgicos, beta-bloqueantes, ISRS)
Causas idiopáticas: situações sem causa aparente (25% que procuram tratamento)

*PSG* – não está indicado como exame de rotina na avaliação da insónia, quer seja transitória ou crónica.

**Hipersónia/Hipersonolência**

- não é uma queixa rara...
- situações relacionadas ao consumo de substâncias
- outras causas: depressão, hipertiroidismo, encefalites, álcool, psicotrópicos, sínd. hipoventilação, abstinência estimulantes, perturbações ritmos circadianos, alterações metabólicas ou tóxicas

**Sono Perturbado**

- Parassónia: evento anormal que ocorre subitamente durante o sono ou no limiar entre a vigília e o sono; é frequente a ausência desta recordação (habitualmente ocorre nos estadios 3 e 4).
- Pesadelos, Terrores nocturnos e Sonambulismo

***Classificação Internacional Distúrbios do Sono*** (*American Sleep Disorders Associaton*):

- Perturbações do início e manutenção do sono (PIMS)
- Perturbações de sonolência excessiva (PES)
- Perturbações do horário sono-vigília
- Disfunções associadas com o sono, com as fases do sono, ou activações parciais (parassónias)

DSM-IV-TR classifica estas perturbações em 4 grandes grupos de acordo com a etiologia:

- Perturbações Primárias do Sono
- Perturbações do Sono Relacionada com Outra Perturbação Mental
- Perturbação do Sono devida a um Estado Físico Geral
- Perturbações do Sono induzidas por Substâncias

**PERTURBAÇÕES PRIMÁRIAS DO SONO –** estão subdivididas em 2 grandes grupos:

**Dissónias** e **Parassónias**

*pensa-se que surgem de anomalias endógenas nos mecanismos de génese e horário do ciclo sono-vigília, frequentemente complicadas por factores de condicionamento.*

**DISSÓNIAS**: são perturbações primárias do início e manutenção do sono ou de excessiva sonolência e são caracterizadas por uma perturbação na quantidade, qualidade ou horário do sono:

- Insónia Primária *
- Hipersónia Primária
- Perturbações Sono relacionadas com a Respiração
- Perturbação do Ritmo Circadiano do Sono
- Dissónia sem outra especificação

## * Insónia Primária

- queixa fundamental
- prevalência ↑ com o avançar da idade e no sexo feminino
- prevalência anual 1-10% população geral adulta; prevalência anual 25% nos idosos
- dificuldade em iniciar ou manter o sono ou sono não reparador
- duração mínima de 1 mês
- causa mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades sociais, ocupacionais
- é frequente a combinação de dificuldades em adormecer e despertar intermitente durante o sono
- está frequentemente associada a um ↑ da activação fisiológica, psicológica ou emocional, em combinação com um condicionamento negativo para o sono → ciclo vicioso
- Se crónica pode condicionar:
  deterioração do humor e da motivação
  ↓ da atenção, energia e concentração
  ↑ fadiga e mal-estar

- antecedentes de história de sono «superficial» ou facilmente perturbável
- indivíduos preocupados com a saúde em geral e com elevada sensibilidade aos efeitos diurnos de uma ligeira perda de sono
- constitui um factor de risco (ou talvez um sintoma precoce) para subsequentes perturbações do humor, da ansiedade e pert. pelo uso de substâncias
- recorrem a medicação e a substâncias de modo inapropriado
- podem apresentar valores elevados nos inventários psicológicos ou de personalidade...nos perfis indicando depressão e ansiedade crónica ligeira, um estilo «internalizante» de resolução de conflitos e um foco somático
- ↑ incidência de prob psicofisiológicos relacionados com o *stress* (exº cefaleias, tensão, mal-estar gástrico, ↑ da tensão muscular)
- adultos jovens queixam-se + de dificuldades em adormecer; os idosos têm + dificuldade em manter o sono e apresentam despertar precoce
- Factores que a precipitam podem diferir daqueles que a perpetuam
- a sua evolução é mto variável... pode durar meses mas 50-75% doentes têm queixas há + de um ano
- alguns indivíduos apresentam uma evolução episódica
- Diagnóstico Diferencial: Hipersónia primária; Perturbações do ritmo circadiano sono; Perturbações do sono relacionadas com a respiração; Parassónias; Pert. Psiquiátricas; Pert. sono devida a um estado físico, tipo insónia; Pert. sono induzida por substâncias, tipo insónia
- Tratamento:
  - está entre os problemas + difíceis
  - hipnóticos benzodiazepínicos e outros sedativos podem ser usados com precaução (dose eficaz mínima e curto período e de semi-vida curta, como flurazepam, clorazepato, halazepam, midazolam, zolpidem)
  - Medidas inespecíficas ("higiene sono"):
    1. Levantar à mesma hora
    2. Limitar a permanência cama
    3. Descontinuar drogas com acção SNC
    4. Evitar sestas diurnas...
    5. Evitar estimulação nocturna
    6. Experimentar banhos quentes
    7. Refeições regulares e evitar grandes ao deitar...
    8. Exercícios relaxamento nocturno
    9. Condições confortáveis para o sono

**PARASSÓNIAS:** incluem os eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação fases específicas do sono ou na transição sono-vigília:

- Pesadelos
- Terrores nocturnos
- Sonambulismo
- Parassónia sem outra especificação

# INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM RISCO



## ♣ Emergências psiquiátricas

- ✓ Perturbações nos pensamentos, sentimentos ou acções para a qual a intervenção terapêutica imediata é necessária
- ✓ Existe uma tendência para o ↑ das emergências psiquiátricas, por várias razões: ↑ da incidência de violência, epidemia de dependências de substâncias e outras
- ✓ Exº de situações de risco que requerem intervenção imediata: ideação e tentativas de suicídio, violência e comportamento agressivo, quadros de abstinência de substâncias, perturbações psicóticas agudas, pânico, crises conjugais, efeitos colaterais de psicofármacos (discinésia tardia, distonia aguda)

## ♣ Risco de suicídio

- ✓ Comportamento auto-destrutivo inclui qq forma de actividade suicida, como ameaças, tentativas e suicídio consumado; a intenção desse comportamento é a morte
- ✓ A pessoa apresenta respostas desadaptadas de auto-protecção que compreende os comportamentos auto-destrutivos indirectos, ferimentos auto-infligidos e suicídio
- ✓ A baixa auto-estima e depressão são componentes básicas no comportamento auto-destrutivo

<u>Alguns dados epidemiológicos</u>

- na EU, em 2004 o nº de suicídios (58000) foi > ao nº de mortos por acidente de viação
- um problema de saúde pública (OMS)
- a tendência é para o ↑, no mundo ocidental, especialmente no género masculino nos jovens adultos
- nos EUA 30000 pessoas cometem suicídio por ano
- a taxa de suicídio nos jovens triplicou nos últimos 30 anos (a taxa de suicídio nos homens + jovens triplicou, subiu vertiginosamente nas idades 15-24 anos e 25% nos idosos – 75-85 anos)
- prevê-se que no mundo ocorrem 1000 suicídios por dia (5ª causa de morte)
- em Portugal cerca de 600 pessoas suicidam-se por ano (taxa de suicídio 11,7/100 000 hab. em 2002)
- nos homens a tx. foi de 18,9 e nas mulheres de 4,1 (em 2002)
- estima-se que 24000 pessoas são para-suicidas

**Comportamentos**

- Falta de adesão ao tratamento (exº em dtes crónicos)
- Auto-mutilação: acto de danificar deliberadamente o próprio corpo (exº em pessoas com défices cognitivos, dtes psicóticos, reclusos, dtes com Perturbações da Personalidade)
- Comportamento suicida: ameaças de suicídio, tentativas de suicídio e suicídio consumado (a pessoa pode fazer um testamento, afastar-se dos amigos, distribuir objectos de valor; pode igualmente transmitir a intenção mas é + raro); a ameaça pode ser uma identificação de ambivalência.
- Tentativas de suicídio: a pessoa pode planear a utilização de métodos letais

**Factores Predisponentes:**

- história de traumas na infância ou na adolescência
- sentimento de culpa interiorizado na infância
- depressão, despersonalização e flutuações emocionais
- diagnóstico psiquiátrico
- perturbações da personalidade
- factores psicossociais e ambientais
- variáveis genéticas e familiares e bioquímicas
- traços de personalidade: hostilidade, impulsividade e depressão

**Factores Desencadeantes:**

- ansiedade
- mecanismos de coping inadequados
- baixa auto-estima
- stressores

**Diagnóstico:**

- + de 90% dos adultos que se suicidam têm perturbações psiquiátricas associadas (perturbações do humor, esquizofrenia e abuso de substâncias)

❒ **PROBLEMAS DE ENFERMAGEM nas pessoas em risco de suicídio**

- ✓ Risco para auto-mutilação
- ✓ Potencial para violência dirigida contra si próprio

## PLANEAMENTO DE ENFERMAGEM

Objectivos (ex$^{os}$):

- recuperar/desenvolver a auto-estima
- desenvolver mecanismos de coping
- desenvolver capacidades de auto-protecção (da integridade pessoal)

Estratégias (ex$^{os}$):

- realizar entrevistas de ajuda de modo a proporcionar mudanças comportamentais: explorar mecanismos de coping alternativos
- utilizar técnicas de reforço para o desenvolvimento da auto-estima
- ensinar e treinar técnicas de resolução de problemas
- utilizar estratégias de protecção da integridade pessoal e adequação do ambiente terapêutico
- supervisão e controlo dos comportamentos sob compromisso prévio pelos familiares e outros
- educação do dte e familiares sobre os aspectos inerentes às necessidades de mudanças de comportamentos; prevenção de complicações e riscos
- avaliação do processo de recuperação e dos resultados no cumprimento do contracto terapêutico

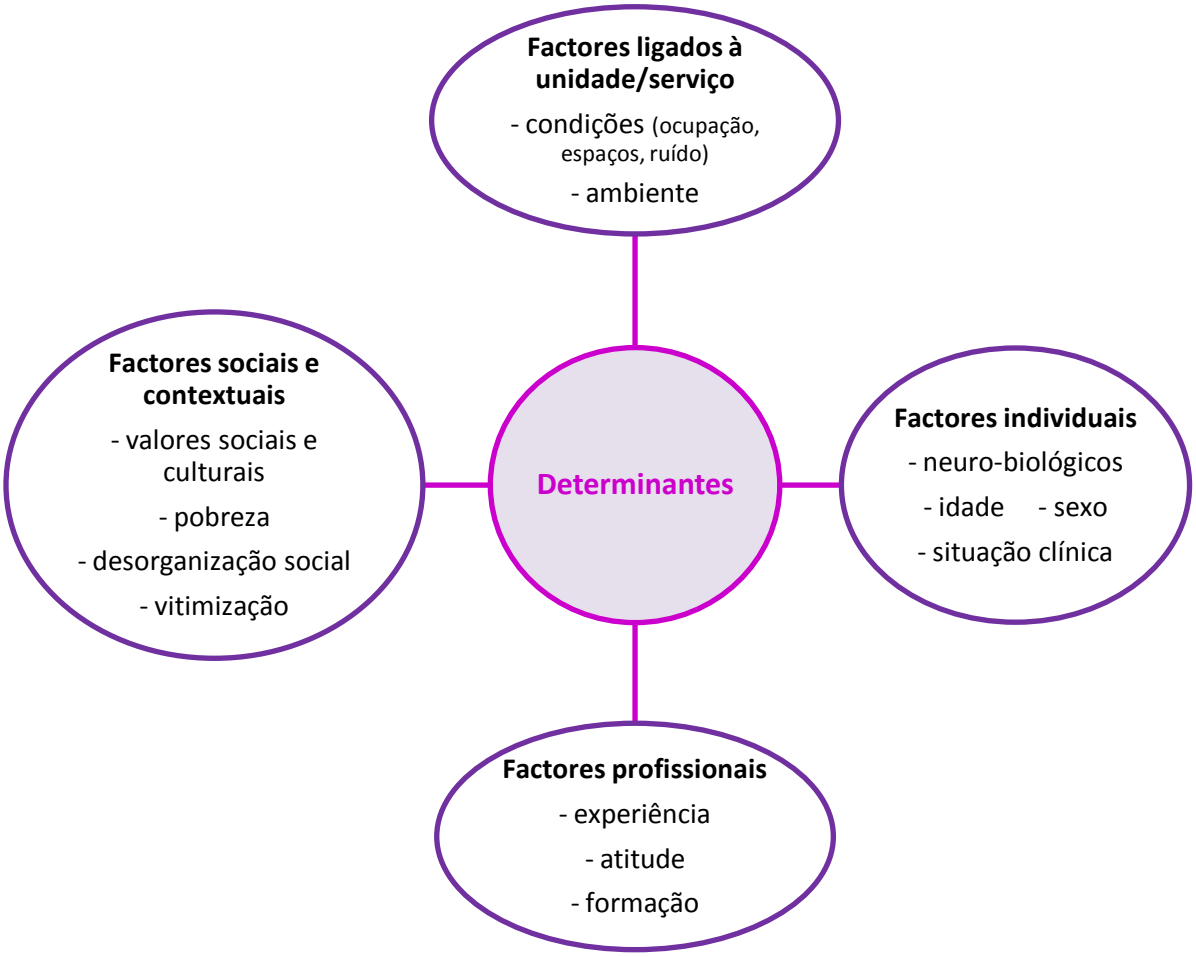
| | FOCO | JUÍZO |
|---|---|---|
| **Diagnóstico de Enf$^{em}$** | Coping<br>Suicídio<br>Processo de tomada de decisões<br>Ansiedade | Comprometido<br>Risco<br>Comprometido<br>Grave |
| **Intervenções** | Identificar, Monitorizar, Apreciar, Explicar, Ensinar, Educar | |

## ♣ Comportamento agressivo

✓ Todo o comportamento verbal, não verbal ou físico que foi ameaçador (para o próprio, os outros ou a propriedade), ou o comportamento físico que, de facto, causou dano (ao próprio, aos outros ou à propriedade)

Alguns dados

- 10% dos dtes desenvolvem comportamentos agressivos contra os profissionais
- 15 a 30% dos dtes são envolvidos em incidentes agressivos
- 0,15 a 88,8 incidentes agressivos por cama por ano



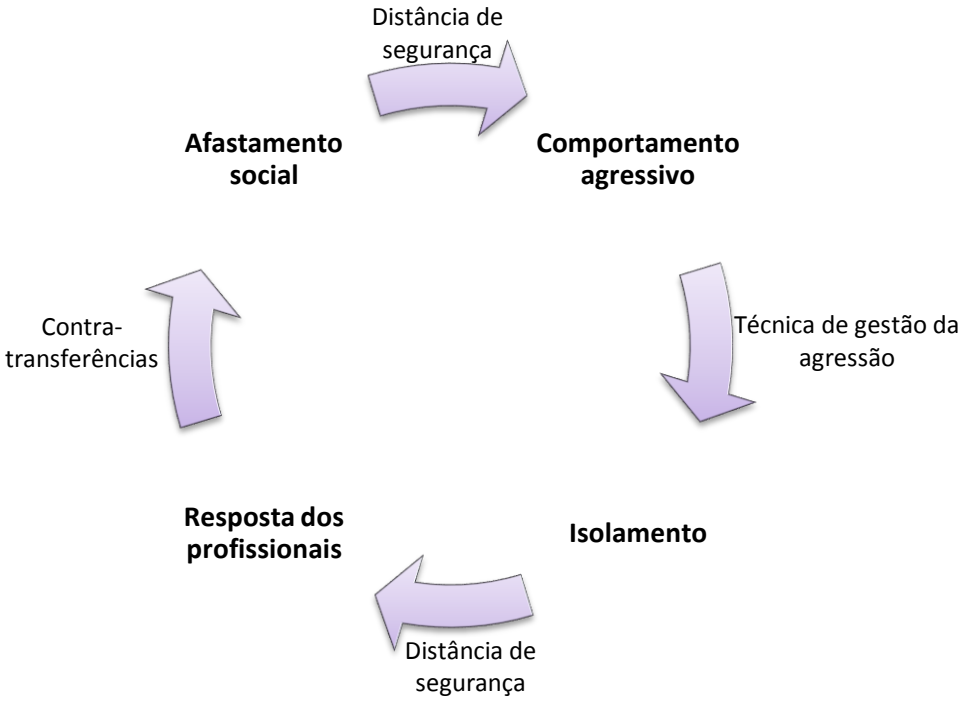

**Preditores**

- Dinâmicos
  - actividade motora
  - indicadores verbais e não verbais
- Estáticos
  - história de agressão
  - factores individuais

## Modelos de Agressão

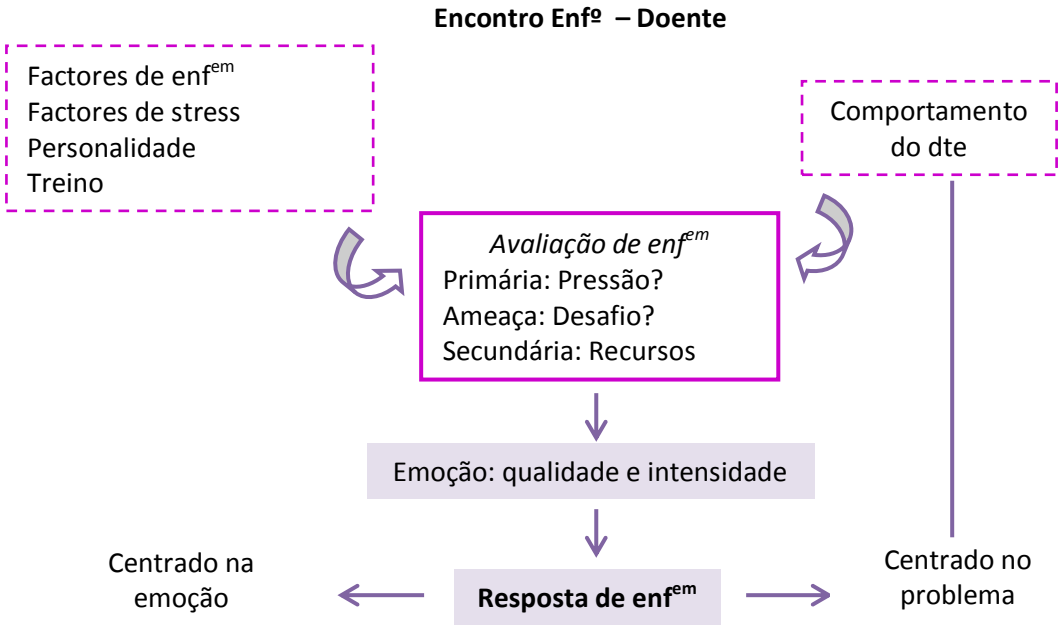
- ***Modelo do ciclo de agressão física***

- Tem em consideração o papel dos profissionais
- Incorpora a função de administração e suporte do controlo do comportamento agressivo




- ***Modelo Cognitivo***

- Baseia-se em estratégias restritivas
- Está centrado no nível de ameaça percebido



## Fases da agressão

*3 fases no desenvolvimento do comportamento agressivo:*

- ✓ Fase 1 – Relativa Normalidade (consciencialização do risco de incidente)
- ✓ Fase 2 – Pré-Agressiva (detecção dos sinais prodrómicos)
- ✓ Fase 3 – Fase Agressiva (perda do controlo)

Nota: Os limites entre as fases são difusos, tornando-se com a experiência + definidos

## Prevenção de comportamentos agressivos

- Institucional
  - medidas de segurança
- Unidade
  - ambiente físico
  - regras e protocolos
- Político
  - recursos e equipamentos
- Pessoal
  - formação
  - estratégias terapêuticas

*Um protocolo baseado em estratégias verbais:*

- informar e explicar alguns aspectos
- discutir os objectivos e estratégias do tratamento
- transmitir informação sobre as condições do internamento e do tratamento
- informar sobre data e horário de reuniões do serviço
- clarificar os compromissos com o seu terapeuta

## SÍNTESE

- Vários factores podem contribuir para a implosão dos incidentes nas unidades psiquiátricas, nomeadamente factores individuais e factores ligados ao serviço
- É necessário apostar na prevenção dos comportamentos agressivos utilizando estratégias adequadas para evitar a sua implosão
- É possível prever o comportamento agressivo de doentes com problemas psiquiátricos
- O Modelo apresentado por MAIER e colaboradores (1987) ajuda-nos a compreender as várias fases de desenvolvimento do ciclo da agressão física tomando em consideração o papel dos profissionais ao longo do desenvolvimento do mesmo
- O protocolo baseado em estratégias verbais descrito por KALOGJERA e colaboradores (1989) foi concebido para prevenir a utilização de medidas restritivas no controlo dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico

# PRÁTICAS-LABORATORIAIS

## Assertividade

- ✓ Expressão de sentimentos positivos (dar e receber cumprimentos, fazer pedidos, expressão de afecto, amor e simpatia, iniciar e manter conversas);
- ✓ Auto-afirmação (expressar os seus direitos legítimos, recusar pedidos e expressar opiniões pessoais);
- ✓ Expressão de sentimentos negativos (expressar aborrecimento, incómodo, desagrado ou irritação quando se justifica).

Razões para utilizar a comunicação assertiva

- Aumentar o respeito por nós próprios, reduz a noção de insegurança e vulnerabilidade
- Aumentar a autoconfiança no relacionamento com os outros, diminuindo a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos

## Estilos pessoais no conflito

### Comportamento passivo → "Eu não sou importante"

É o ato de violar os próprios direitos ao não expressar honestamente sentimentos, pensamentos e convicções, dando como tal permissão aos outros para que também eles violem os nossos direitos

- Evitamento de pessoas e de situações geradoras de ansiedade
- Respeito pelos outros e não por si
- Ausência de comunicação clara e directa de necessidades, direitos e sentimentos
- Submissão
- Ausência de iniciativa e participação reduzida
- Comunicação indirecta
- Dificuldade em dizer "Não"
- Justificações sistemáticas

### Comportamento agressivo → "Tu não és importante"

É a expressão de sentimentos, pensamentos e convicções de um modo que viola os direitos dos outros, (com recurso a formas inadequadas de expressão, como a zanga, o tom de voz elevado, a ironia...).É uma defesa unilateral de direitos: defendemos os nossos mas não queremos saber dos outros.

- Reacção excessiva oposta à passividade
- Sentimentos de humilhação, mágoa e atitudes defensivas do interlocutor
- Tentativa de controle de pessoas e situações
- Respeito por si e não pelos outros
- Comunicação clara e directa de direitos e sentimentos de forma desadequada
- Autoritarismo, coerção, arrogância
- Intolerância, hostilidade, contestação sistemática
- Presença ruidosa, interrupções sistemáticas

## Comportamento manipulativo

Consiste em dar a entender que satisfazemos os direitos e necessidades dos outros, mas apenas o fazemos para satisfação dos nossos

Assim como na agressividade, estamos a desconsiderar os direitos dos outros, mas fazemo-lo de **forma discreta**, implícita, de modo a não provocar qualquer desconfiança

- Tentativa de satisfação das necessidades de modo indireto
- Comportamento de tipo sistemático
- Comportamento passivo-agressivo
- Comunicação indireta (Ex: trabalho em excesso)

# Observação

## Objetivos

[*em Enfermagem psiquiátrica ou em qualquer outra área de especialidade*]

- Compreender a situação do doente;
- Identificar os sinais e sintomas clínicos;
- Tentar a identificação dos precipitantes e contribuintes da situação;
- Reconhecer a expressão de sofrimento do doente;
- Desenvolver um plano terapêutico;
- Acompanhar a resposta do doente ao tratamento;
- Monitorizar a aplicação do plano e a participação e evolução do doente.

## Funções da observação

- ***Descritiva*** – descreve os fenómenos, comportamentos ou situações
- ***Formativa*** – resulta da retroação da observação
- ***Avaliativa*** – reside no contributo para a tomada de decisão para a ação
- ***Heurística*** – resulta da provável emergência de hipóteses pertinentes
- ***Verificação*** – permite verificar uma hipótese no campo da prática

## Características da observação

**Objectividade** (Falar dos fatos como eles são, sem os deturpar; O que se observa no doente tem mais valor do que o que os outros contam dele; As informações fornecidas por familiares tem valor científico quando fornecidas espontaneamente e indirectamente, a propósito de outras perguntas8).

**Exactidão** (Têm em conta todos os elementos, recolhendo o máximo da informação possível)

**Precisão** (As informações devem ser acompanhadas de dados verificáveis).

**Sistematização** (É feita segundo um sistema definido previamente, sobretudo no que respeita à sua frequência e periodicidade)

**Continuidade** (Deve enquadrar o observado ao longo da situação ou atividade observada)

**Registo** (Dada a falibilidade da memória, são registados todos os dados disponíveis)

**Controlo** (Identificadas as variáveis envolvidas na situação, no quadro clínico/comportamental, é também realizada a observação de forma isolada/circunscrita)

# Relação de Ajuda

## Desenvolve-se em 3 fases

(1) EXPLORAÇÃO E CLARIFICAÇÃO DO PROBLEMA;

(2) DESENVOLVIMENTO DE NOVAS PERSPECTIVAS e,

(3) DEFINIÇÃO DE METAS A ATINGIR E ACÇÃO CONDUTORA em direcção a essas metas, respectivamente

**Tratando-se de um processo de cariz gradual podemos identificar:**

**1º Momento**, a vertente de diagnóstico, na qual a pessoa ajudada, com a colaboração do ajudante clarifica as suas percepções relativas ao problema, explorando variáveis de sentido que lhe permitam, posteriormente, construir sentidos mais aproximados da realidade dos problemas

**2º Momento**, em interacção com o ajudante, o indivíduo ajudado desenvolve novas visões, novos posicionamentos e constrói cenários múltiplos que lhe permitam começar a traçar o trajecto de resolução dos seus problemas

**3º Momento**, e com uma visão já mais clarificada e realista do problema, os intervenientes procedem à delineação de um plano de intervenção, essencialmente construído pelo ajudado, sob o olhar atento, de *care*, do "terapeuta", numa atitude de quase devoção, desenvolvida numa dialéctica entre o sentimento, a emoção e a isenção de influência sobre o ajudado.

**Objectivos gerais para a relação de ajuda (para todo o processo e/ou para cada uma das sessões)**

- ✓ A relação é centrada na pessoa
- ✓ Identificar os problemas
- ✓ Comunicar
- ✓ Encarar os problemas com realismo
- ✓ Abrir-se aos outros e estabelecer contactos
- ✓ Considerar várias possibilidades
- ✓ Ensaiar novos modelos de comportamento
- ✓ Encontrar um caminho para resolução do problema

## Atitudes Comunicacionais

Para estar em **relação terapêutica com o doente** o Enfermeiro/a deve saber e compreender o seu papel e a relação deste com a situação clínica do doente, no sentido de proporcionar oportunidade de:

– Identificar e explorar problemas na relação com os outros;
– Descobrir em parceria mecanismos saudáveis de satisfazer necessidades;
– Viver uma relação interpessoal terapêutica satisfatória e gratificante.

- A comunicação interpessoal estabelece-se em transação entre o emissor e o receptor, em que ambos participam simultaneamente, percebendo-se, ouvindo-se, e estando simultaneamente envolvidos num processo de criar significados na relação.

### SÍNTESE DA CARATERIZAÇÃO DAS ATITUDES COMUNICACIONAIS

**Processo COMPETITIVO**

Atitude de Avaliação
"Fez mal"
"Isso não é verdade…"

Atitude de Orientação
"Se fosse eu…"
"Tem de fazer…"

Atitude de Interpretação
"É muito importante para si…"
"Você tem a mania…"

**Processo RESOLUTIVO**

Atitude de Exploração
"O que aconteceu?"
"O que quer dizer com…"

Atitude de Apoio
"Você é capaz de ter razão…"
"Formidável…"

Atitude de Compreensão
"Verifico que… é isso?"
"O senhor considera que…"

| | Atitudes comunicacionais | Efeitos comportamentais |
|---|---|---|
| **Avaliação** | Atitude de avaliação, de julgamento do ponto de vista de uma moral pessoal do entrevistador. | Aumento da tensão entre os comunicantes; Aumento da agressividade; Ativação dos mecanismos defensivos do recetor; Aumento da probabilidade de recusa mútua; Forte redução da capacidade de comunicar; Aumento da resistência do recetor em relação às mensagens do emissor. |
| **Interpretação** | Atitude de interpretação, deformando o pensamento do doente, ou procurando uma explicação. | Sensação de agressão; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Aumento brusco do nível de análise; Aumento da resistência à comunicação; Criação de dissonâncias a nível cognitivo. |
| **Exploração** | Atitude de investigação, inquérito, procura de informações suplementares. | Movimento do recetor para dar ou esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude; Aumento da capacidade de análise; Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações) |
| **Apoio** | Atitude de suporte afetivo, apoio, simpatia. | Manutenção ou intensificação do estado afetivo existente; Aumento da tendência para a conformidade; Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental; Favorecimento da dependência psicológica. |
| **Orientação** | Atitude de procura positiva e ativa de uma solução do problema e de proposta imediata de solução a adotar. | Imposição de autoridade; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Tendência do recetor a perceber a resposta como infundamentada (tendência à perceção parcial); Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar); Redução da capacidade de ouvir. |
| **Compreensão Elucidativa** | Atitude de escuta compreensiva, com esforço para clarificar, sem deformar o essencial do que foi dito, formulando a estrutura psíquica vivida. | Movimento de apoio ao recetor; Redução da intensidade do estado afetivo; Aumento da capacidade de análise; Grande aumento da profundidade da comunicação em certas situações; Aumento da racionalidade. |

# Entrevista

- ✓ É um meio de transferência de informação entre o enfermeiro e o utente
- ✓ É uma transação que possui pressupostos que devem ser identificados e controlados (emoções, necessidades inconscientes, influências interpessoais)
- ✓ É uma "conversa" intencional, orientada para objetivos precisos

## Objetivos

- ⇨ Obter uma perspetiva da vida do doente
- ⇨ Desenvolver confiança mútua
- ⇨ Estabelecer relação e aliança terapêutica
- ⇨ Compreender o "funcionamento" atual
- ⇨ Contribuir para a definição do/s diagnóstico/s de Enfermagem
- ⇨ Contribuir para o estabelecimento do plano terapêutico
- ⇨ Avaliar a eficácia da execução do plano de intervenções

## Técnicas gerais

- Local confortável e com privacidade
- Abertura da entrevista pelo Enfermeiro/a:
  - Apresentar-se…
  - Dirigir-se ao/à doente pelo nome próprio
  - Informar dos objetivos da entrevista
  - Não confrontar o doente
  - Não fazer juízos de valor
- Observar concomitantemente ao decurso da entrevista, os dados manifestos de:
  - Comportamento não-verbal
  - Postura e Maneirismos
  - Aparência física
  - Transmitir empatia, compreensão e respeito
  - Evitar recolha excessiva de notas
  - Deixar o doente falar
  - Deixar as perguntas específicas para o fim

## Tipo de Entrevista

- **Quanto à estrutura**
  - ♣ Estruturada
  - ♣ Semiestruturada
  - ♣ Não estruturada

- **Quanto às funções**
  - ♣ Diagnóstico
  - ♣ Terapêutica
  - ♣ Investigação

## Quanto ao estilo de interação

Evitar dentro do possível dirigir a entrevista
- Dar a palavra
- Evitar interrogatórios
- Não cortar nem interferir
- Não fazer perguntas que influenciem o entrevistado

Deve adotar uma atitude de disponibilidade, sem julgamento nem moralização.
Todos os comportamentos não-verbais devem veicular disponibilidade e abertura, bem como empatia, estímulo e compreensão.

Manter o contacto visual com o utente
Adotar uma postura que esteja de acordo com a disponibilidade, acontecendo o mesmo com a distância.
Atitude de partilha.

## Fases da entrevista

- ✓ Preparação
- ✓ Introdução
- ✓ Desenvolvimento
- ✓ Conclusão

**Situações difíceis**

- ↘ Registo defensivo e/ou evasivo (clarificação; convergentes)
- ↘ Racionalização (confrontação)
- ↘ Medo e ansiedade (compreensão empática)
- ↘ Hostilidade e agressividade
- ↘ Silêncios
- ↘ "Sede" de atenção (abordar o problema de forma aberta)
- ↘ Teste e manipulação (abordar o problema de forma aberta)

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# ATITUDES COMUNICACIONAIS

Para estar em relação terapêutica com o doente o Enfermeiro/a deve saber e compreender o seu papel e a relação deste com a situação clínica do doente, no sentido de proporcionar oportunidade de:

- Identificar e explorar problemas na relação com os outros;
- Descobrir em parceria mecanismos saudáveis de satisfazer necessidades;
- Viver uma relação interpessoal terapêutica satisfatória e gratificante.

➘ A comunicação interpessoal estabelece-se em transação entre o emissor e o recetor, em que ambos participam simultaneamente, percebendo-se, ouvindo-se, e estando simultaneamente envolvidos num processo de criar significados na relação.

## PRAGMÁTICA DA COMUNICAÇÃO HUMANA (WATZLAWICK, 1967)

### AXIOMAS:

1. Não se pode não comunicar.
2. Toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e de relação, tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação.
3. A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes.
4. Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. *A linguagem digital é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa mas carente da adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não ambígua da natureza das relações.*
5. As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.

## ATITUDES COMUNICACIONAIS (baseadas na tabela de categorias de PORTER)

PACHECO, J. Couto Soares (1988) Bases Psicoterapêuticas na prática clínica. Prémio Bial de Medicina Clínica 1988, Bial, Porto.

PORTER, E.H. Jr (1950) An Introduction to Therapeutic Counseling. Huogton Mifflin, Boston, 1950, p.10-25.

### ATITUDE DE AVALIAÇÃO

**Conceitos semelhantes**: repreensão, censura, crítica negativa, punição

**Definição**: É uma expressão de censura por atos feitos. Visa, pela sua estrutura, induzir sentimentos de culpa em relação ao comportamento passado. Manifesta o desejo de controlar o comportamento presente ou futuro do recetor, através do controlo simbólico exercido sobre o passado.

**Expressões verbais características**: "Não devia ter feito isso", "Fez mal", "É um desastrado", …

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Aumento da tensão entre os comunicantes; Aumento da agressividade; Ativação dos mecanismos defensivos do recetor; Aumento da probabilidade de recusa mútua; Aumento da resistência do recetor em relação às mensagens do emissor da avaliação; Endurecimento de posições; Forte redução da capacidade de Comunicar.

### ATITUDE DE ORIENTAÇÃO

**Conceitos semelhantes**: procura de solução, proposta de solução.

**Definição**: Exprime a intenção de controlar diretamente o comportamento futuro do recetor. Visa induzir no recetor sentimentos de dependência em relação a uma lei, a um "dever", ou então a aceitação de informações, com base na autoridade.

**Expressões verbais características**: "Deve proceder desta ou daquela maneira", "A seguir, todos executam", "Eis a solução para o problema", "A minha opinião é esta …", …

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Imposição de autoridade; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Tendência do recetor a perceber a resposta como infundamentada (tendência para a perceção parcial); Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar); Redução da capacidade de ouvir (no sistema comunicante).

## ATITUDE DE APOIO

**Conceitos semelhantes**: suporte, simpatia

**Definição**: É uma resposta "simpática", manifestando no emissor uma afetividade concordante com a do recetor. É como dizer "tem o meu apoio moral, estou do seu lado, conte comigo"

**Expressões verbais características**: "Concordo", "Formidável, Parabéns", "Tenha calma, deixe lá", "Não desanime", "Também já passei por isso, compreendo-o", "Não há-de ser nada", …

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Manutenção ou intensificação do estado afetivo existente; Aumento da tendência para a conformidade; Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental; Favorecimento da dependência psicológica

## ATITUDE DE INTERPRETAÇÃO

**Conceitos semelhantes**: explicação, opinião sobre o significado

**Definição**: É uma explicitação do significado que para nós teve a comunicação do nosso interlocutor. Reveste-se por isso tipicamente de um cariz psicológico. o interlocutor é objecto de uma análise que explicita as razões do seu comportamento e as coloca perante "os seus olhos", "dissecando-o". É fundamentalmente uma atitude de orientação que expressa a análise feita ao interlocutor.

**Expressões verbais características**: "O que você sente é um complexo de culpa"; "Você têm-se em conta de muito bom!"

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Sensação de agressão; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Aumento brusco ao nível da análise; Aumento de resistência à comunicação; Criação de dissonâncias a nível cognitivo.

## ATITUDE EXPLORATÓRIA (ou INTERROGATIVA)

**Conceitos semelhantes**: investigação, inquérito, procura informações complementares

**Definição**: Visa a recolha de informações dos nossos interlocutores. Exprime diretamente a necessidade de saber

**Expressões verbais características**: "Não estou a perceber bem", "Precisaria de mais dados", …

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Movimento do recetor para dar ou para esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude; Aumento da capacidade de análise; Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações)

## ATITUDE DE COMPREENSÃO (ou EMPÁTICA)

**Conceitos semelhantes**: escuta compreensiva, esforço para clarificar (sem deformar).

**Definição**: É empática, centrada no outro, mas sem estar em "uníssono emocional". Tem três características principais:
1. Exprime o sentimento do interlocutor do ponto de vista dele (e não do recetor);
2. Centra a comunicação no presente, impedindo-a de vaguear no "espaço psicológico";
3. A expressão do sentimento do interlocutor é tal que o coloca em relevo em relação ao todo restante.

**Expressões verbais características**: S*ente-se* (expressão do sentimento) *deprimido pela maneira como as coisas lhe têm corrido ultimamente* (relativiza a situação, ultimamente mas não sempre).

**Efeitos comportamentais no interlocutor**:
Movimento de apoio, no recetor; Redução da intensidade do estado afetivo; Aumento da capacidade de análise; Grande aumento da profundidade da comunicação, em certas situações; Aumento da racionalidade

## SÍNTESE DA CARATERIZAÇÃO DAS ATITUDES COMUNICACIONAIS

### Processo COMPETITIVO

***Atitude de Avaliação***
"Fez mal"
"Isso não é verdade…"

***Atitude de Orientação***
"Se fosse eu…"
"Tem de fazer…"

***Atitude de Interpretação***
"É muito importante para si…"
"Você tem a mania…"

### Processo RESOLUTIVO

***Atitude de Exploração***
"O que aconteceu?"
"O que quer dizer com…"

***Atitude de Apoio***
"Você é capaz de ter razão…"
"Formidável…"

***Atitude de Compreensão***
"Verifico que… é isso?"
"O senhor considera que…"

| | Atitudes comunicacionais | Efeitos comportamentais |
|---|---|---|
| **Avaliação** | Atitude de avaliação, de julgamento do ponto de vista de uma moral pessoal do entrevistador. | Aumento da tensão entre os comunicantes; Aumento da agressividade; Ativação dos mecanismos defensivos do recetor; Aumento da probabilidade de recusa mútua; Forte redução da capacidade de comunicar; Aumento da resistência do recetor em relação às mensagens do emissor. |
| **Interpretação** | Atitude de interpretação, deformando o pensamento do doente, ou procurando uma explicação. | Sensação de agressão; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Aumento brusco do nível de análise; Aumento da resistência à comunicação; Criação de dissonâncias a nível cognitivo. |
| **Exploração** | Atitude de investigação, inquérito, procura de informações suplementares. | Movimento do recetor para dar ou esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude; Aumento da capacidade de análise; Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações) |
| **Apoio** | Atitude de suporte afetivo, apoio, simpatia. | Manutenção ou intensificação do estado afetivo existente; Aumento da tendência para a conformidade; Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental; Favorecimento da dependência psicológica. |
| **Orientação** | Atitude de procura positiva e ativa de uma solução do problema e de proposta imediata de solução a adotar. | Imposição de autoridade; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Tendência do recetor a perceber a resposta como infundamentada (tendência à perceção parcial); Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar); Redução da capacidade de ouvir. |
| **Compreensão Elucidativa** | Atitude de escuta compreensiva, com esforço para clarificar, sem deformar o essencial do que foi dito, formulando a estrutura psíquica vivida. | Movimento de apoio ao recetor; Redução da intensidade do estado afetivo; Aumento da capacidade de análise; Grande aumento da profundidade da comunicação em certas situações; Aumento da racionalidade. |

# Módulo IV

# Atitudes Comunicacionais

| Atitudes comunicacionais | | Efeitos comportamentais |
|---|---|---|
| 1 - Avaliação | Atitude de avaliação, de julgamento do ponto de vista de uma moral pessoal do entrevistador. | Aumento da tensão entre os comunicantes; Aumento da agressividade; Activação dos mecanismos defensivos do receptor; Aumento da probabilidade de recusa mútua; Forte redução da capacidade de comunicar; Aumento da resistência do receptor em relação às mensagens do emissor da avaliação. |
| 2-Interpretação | Atitude de interpretação, deformando o pensamento do doente, ou procurando uma explicação. | Sensação de agressão; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Aumento brusco do nível de análise; Aumento da resistência à comunicação; Criação de dissonâncias a nível cognitivo. |
| 3-Exploração | Atitude de investigação, inquérito, procura de informações suplementares. | Movimento do receptor para dar ou esconder informações, consoante o significado que atribui à atitude; Aumento da capacidade de análise; Aumento da profundidade da comunicação (movimento para dar informações) |
| 4-Apoio | Atitude de suporte afectivo, apoio, simpatia. | Manutenção ou intensificação do estado afectivo existente; Aumento da tendência para a conformidade; Aumento da dificuldade da análise, no plano comportamental; Favorecimento da dependência psicológica. |
| 5- Orientação | Atitude de procura positiva e activa de uma solução do problema e de proposta imediata de solução a adoptar. | Imposição de autoridade; Aumento da quantidade de informações disponíveis; Tendência do receptor a perceber a resposta como infundamentada (tendência à percepção parcial); Criação de resistência às mensagens do emissor (tendência a argumentar); Redução da capacidade de ouvir. |
| 6-Compreensão Elucidativa | Atitude de escuta compreensiva, com esforço para clarificar, sem deformar o essencial do que foi dito, formulando a estrutura psíquica vivida. | Movimento de apoio ao receptor; Redução da intensidade do estado afectivo; Aumento da capacidade de análise; Grande aumento da profundidade da comunicação em certas situações; Aumento da racionalidade. |

# Identificação das atitudes comunicacionais

**Homem de 27 anos (voz decidida e fria)**

**-"Eu cheguei à conclusão de que, uma vez que o meu trabalho de professor não me satisfaz, vou procurar outro emprego. Até aqui resignei-me com o meu trabalho porque depois de 5 anos a conseguir o meu diploma, pensei encontrar-me perante dificuldades de adaptação prática à turma mas, actualmente sei que mais vale deixar o ensino e tentar outra via, mesmo se tiver de começar por baixo".**

| | |
|---|---|
| **1 – Você tem a impressão que seria mais feliz se deixasse o seu trabalho actual e tentasse qualquer coisa que lhe conviesse mais.** | |
| **2 – Quer dizer que sabe agora que as dificuldades que tem não são problemas de adaptação a resolver ou experiência a adquirir.** | |
| **3 – Você até renunciaria às vantagens adquiridas e à utilização do seu diploma, o que seria uma pena.** | |
| **4 – Já se informou totalmente a respeito da nova carreira? O que é que sabe a respeito disso?** | |

| | |
|---|---|
| **5 – Pensa que o meio profissional de que faz parte é insuportável?** | |
| **6 – De qualquer modo, o que é importante é que seja decidido e mais confiante em si próprio.** | |
| **7 – Você devia tomar um compromisso e encontrar, por exemplo, outros empregos de valor equivalente em que a sua licenciatura é válida.** | |

# Identificação das atitudes comunicacionais

Mulher de 50 anos (voz inquieta):

"Antes de explicar o problema que me trouxe, eu … eu queria … desculpe-me … queria pedir …
O senhor é crente? … Eu quero dizer … acredita na religião?"

| | |
|---|---|
| **1 – Sim, com certeza, eu também sou crente. Eu compreendo-a perfeitamente** | |
| **2 – Eu acho que devia nesse caso ir procurar antes um padre, uma vez que essa questão é para si condição de confiança.** | |
| **3 – A senhora é crente?** | |
| **4 – Não acha que a minha compreensão profissional no que diz respeito ao que a preocupa, deve contar mais do que a filiação ou não a um grupo religioso?** | |

| | |
|---|---|
| **5 – Quer dizer que, a não ser que eu seja crente … eu não poderia compreender o que tem para me dizer … Sentir-se-ia intranquila nesse caso, não é isso?** | |
| **6 – Você divide as pessoas em duas categorias: os crentes e os não crentes.** | |
| **7 – É seu hábito ligar assim estreitamente a confiança em relação a alguém ao facto de saber se a pessoa é ou não crente?** | |

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

A ***RELAÇÃO DE AJUDA*** desenvolve-se em 3 fases:

(1) EXPLORAÇÃO E CLARIFICAÇÃO DO PROBLEMA;

(2) DESENVOLVIMENTO DE NOVAS PERSPECTIVAS e,

(3) DEFINIÇÃO DE METAS A ATINGIR E ACÇÃO CONDUTORA em direcção a essas metas, respectivamente.

(Egan, 1992, citado por Simões, Fonseca & Belo, 2006)

Assim, tratando-se de um processo de cariz gradual, poderíamos identificar:

**1º Momento**, a vertente de diagnóstico, na qual a pessoa ajudada, com a colaboração do ajudante clarifica as suas percepções relativas ao problema, explorando variáveis de sentido que lhe permitam, posteriormente, construir sentidos mais aproximados da realidade dos problemas.

**2º Momento**, em interacção com o ajudante, o indivíduo ajudado desenvolve novas visões, novos posicionamentos e constrói cenários múltiplos que lhe permitam começar a traçar o trajecto de resolução dos seus problemas.

**3º Momento**, e com uma visão já mais clarificada e realista do problema, os intervenientes procedem à delineação de um plano de intervenção, essencialmente construído pelo ajudado, sob o olhar atento, de *care*, do "terapeuta", numa atitude de quase devoção, desenvolvida numa dialéctica entre o sentimento, a emoção e a isenção de influência sobre o ajudado.

A relação de ajuda visa, assim, uma caminhada para a autonomia, para a auto-regulação e, enfim, para uma modalidade auto-supervisiva.

Simões, Fonseca & Belo (2006) Relação de ajuda: horizontes de existência. Referência, II.ª Série, n.º3, Dezembro, p.45-54.

Egan (1992) Communication dans la relation d'aide. Editions Études Vivantes, Montreal.

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

***No planeamento da Entrevista de Ajuda, os intervenientes devem ter em conta estes aspectos organizadores:***

- ➔ Fixar **objectivos**
- ➔ Fixar o tempo de duração da entrevista
- ➔ O Enfermeiro deve ter presente as etapas do método de resolução de problemas (estabelecer o problema, diagnosticar a causa do problema, propor objectivos e acções (*bem como a avaliação*))
- ➔ Ter correcto domínio da comunicação humana
- ➔ Pontuar os aspectos positivos
- ➔ Importância dos silêncios (*e demais atitudes*)
- ➔ Importância do resumo das vivências e acontecimentos
- ➔ Praticar continuamente o *feedback*

***Objectivos gerais para a relação de ajuda (para todo o processo e/ou para cada uma das sessões):***

- *A relação é centrada na pessoa*
- *Identificar os problemas*
- *Comunicar*
- *Encarar os problemas com realismo*
- *Abrir-se aos outros e estabelecer contactos*
- *Considerar várias possibilidades*
- *Ensaiar novos modelos de comportamento*
- *Encontrar um caminho para resolução do problema*

Cibanal JL (1991) Interrelacion del professional de enfermería com el paciente. Doyma, Barcelona.

# Níveis de Relação de Ajuda

| Características | Nível -2 | Nível -1 | Nível +1 | Nível +2 | Nível +3 |
|---|---|---|---|---|---|
| Capacidade de clarificar e de ajuda na clarificação | Conteúdo verbal vago e impessoal | Implica-se um pouco mas utiliza uma linguagem intelectual e abstracta | Proporciona ao cliente um momento para explorara a sua vivência mas não avança em profundidade | Proporciona frequentemente ao cliente ocasiões para explorar a sua vivência em profundidade e mantém frequentemente a conversa a este nível | Proporciona constantemente ao cliente momentos para exprimir directa e completamente a sua vivência profunda |
| Capacidade de respeito por si próprio e pelo cliente | Não comunica com o cliente. É impessoal. Não cria o sentimento de ser importante para o cliente. Generaliza as palavras do cliente | Não se centra na vivência única e actual do cliente. Comunica mecanicamente e de forma despersonalizada. | Centra-se na vivência e no potencial únicos do cliente | Está profundamente centrada na vivência e no potencial únicos do cliente, o qual se sente livre para ser ele próprio. A enfermeira permite-se ser ela própria | Está profundamente centrada na vivência e no potencial únicos do cliente. Implica-se profundamente para manifestar que acredita nesse potencial |
| Capacidade de ser congruente consigo próprio e com o cliente | A enfermeira nega a existência dos seus sentimentos. Oferece resistência em se revelar. Há contradições entre o que diz e o que faz. | Implica-se superficialmente, mas volta à tarefa ou ao papel que está a desempenhar. Há contradições entre o que diz e o que faz. | Não apresenta contradições. Aceita revelar-se, mas sem ir muito em profundidade. | Não apresenta contradições. Aceita revelar-se mais profundidade, mas sem clarificar | Não apresenta contradições e implica-se totalmente. Comunica positivamente no que diz respeito à relação com o cliente. |
| Capacidade de ser empático consigo próprio e com o cliente | Não contacta com os sentimentos do cliente. Nega ou ignora o conteúdo verbal ou não verbal do cliente. | Diminui o conteúdo e a sua intensidade emotiva. Deforma o sentido real da comunicação do cliente. | Traduz por palavras suas o conteúdo e intensidade das emoções evidentes do cliente, a fim de o tranquilizar (ecoa tal como o cliente o expressa) | Reflecte o conteúdo subjacente às palavras do cliente. | Manifesta a sua compreensão da vivência subjacenteàs palavras do cliente. Reage de forma precisa à intensidade de todos os sentimentos do cliente. |

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
*Carlos Melo, Professor Adjunto*

# SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS AO ENFERMEIRO PARA A RELAÇÃO DE AJUDA

| Características | Nível -2 * | Nível -1 * | Nível +1 | Nível +2 | Nível +3 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Capacidade de CLARIFICAR E DE AJUDA NA CLARIFICAÇÃO** | Conteúdo verbal vago e impessoal. | Implica-se um pouco mas utiliza uma linguagem intelectual e abstracta. | **Proporciona ao doente um momento para explorar a sua vivência mas não avança em profundidade.** | **Proporciona frequentemente ao doente ocasiões para explorar a sua vivência em profundidade e mantém frequentemente a conversa neste nível.** | **Proporciona constantemente ao doente momentos para exprimir directa e completamente a sua vivência profunda.** |
| **Capacidade de RESPEITO POR SI PRÓPRIA E PELO OUTRO** | Não comunica com o doente. É impessoal. Não cria o sentimento de ser importante para o doente. Generaliza as palavras do doente. | Não se centra na vivência única e actual do doente. Comunica mecanicamente e de forma despersonalizada. | **Centra-se na vivência e no potencial únicos do doente.** | **Está profundamente centrado na vivência e no potencial únicos do doente, o qual se sente livre para ser ele próprio. O Enfermeiro permite-se a ser ele próprio.** | **Está profundamente centrado na vivência e no potencial únicos do doente.**<br>**Implica-se profundamente para manifestar que acredita nesse potencial.** |
| **Capacidade de SER CONGRUENTE CONSIGO PRÓPRIA E COM O OUTRO** | O Enfermeiro nega a existência dos seus sentimentos. Oferece resistência em se revelar. Há contradições entre o que diz e o que faz. | Implica-se superficialmente mas volta rapidamente à tarefa ou ao papel que está a desempenhar.<br>Há contradições entre o que diz e o que faz. | **Não apresenta contradições.**<br>**Aceita revelar-se mas sem ir muito em profundidade.** | **Não apresenta contradições.**<br>**Aceita revelar-se mais profundamente mas sem clarificar.** | **Não apresenta contradições e implica-se totalmente.**<br>**Comunica positivamente no que diz respeito à relação com o doente.** |
| **Capacidade de SER EMPÁTICA CONSIGO PRÓPRIO E COM O OUTRO** | Não contacta com os sentimentos do doente. Nega ou ignora o conteúdo verbal ou não verbal. | Diminui o conteúdo e a sua intensidade emotiva.<br>Deforma o sentido real da comunicação do doente. | **Traduz por palavras suas o conteúdo e a intensidade das emoções evidentes do doente, a fim de o tranquilizar (ecoa tal como o doente o expressa)** | **Reflecte o conteúdo subjacente às palavras do doente.** | **Manifesta a sua compreensão da vivência subjacente às palavras do doente. Reage de forma precisa à intensidade de todos os sentimentos do doente.** |

* Níveis a evitar

Lazure, Hélène (1994) Viver a Relação de Ajuda, abordagem teórico e prática de um critério de competência da enfermeira, Lusodidacta.

# O QUE É A ASSERTIVIDADE?

- Do Inglês *Assertion* (defesa dos seus direitos)
- É o ato de defender os direitos pessoais e exprimir pensamentos, sentimentos e convicções de forma apropriada, direta e honesta, de modo a não violar os direitos dos outros.

  - Exprime necessidades, pensamentos e emoções sentidas pela pessoa de um modo claro e direto
  - Não dirige autoridade aos outros
  - Maior probabilidade de atingir os objetivos
  - Conservação da dignidade pessoal e do interlocutor

# Razões para utilizar a comunicação assertiva

- Ser assertivo:
  - aumenta o respeito por nós próprios, reduz a noção de insegurança e vulnerabilidade.
  - aumenta a autoconfiança no relacionamento com os outros, diminuindo a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos.

# Caraterização do comportamento assertivo

## Atitude geral

Atitude assertiva perante pessoas e situações.

Respeito pelos outros e por si.

Comunicação clara e direta de necessidades, direitos e sentimentos de modo apropriado.

## Comportamentos particulares

À vontade em situações de face a face (expressão calma e construtiva)

Procura de compromissos realistas em situações de desacordo

Busca de consensos e integração das diferenças

Cooperação, colaboração, participação positiva

**"Nós somos importantes"**

# Estilos pessoais no conflito
## **Comportamento passivo**

- É o ato de violar os próprios direitos ao não expressar honestamente sentimentos, pensamentos e convicções, dando como tal permissão aos outros para que também eles violem os nossos direitos.
  - Incapacidade de expressão dos sentimentos e emoções quando necessário
  - Comportamento ignorando as necessidades pessoais ou negação do problema
  - Aceitação do desfavorecimento pessoal, aceitando a situação e esperando que ela melhore sem a intervenção pessoal
  - Agressão à dignidade pessoal e à auto-estima

# Caraterização comportamento passivo

## Atitude geral

Evitamento de pessoas e de situações geradoras de ansiedade;

Respeito pelos outros e não por si;

Ausência de comunicação clara e direta de necessidades, direitos e sentimentos.

## Comportamentos particulares

Submissão;

Ausência de iniciativa e participação reduzida;

Comunicação indireta;

Dificuldade em dizer "Não";

Justificações sistemáticas.

**"Eu não sou importante"**

# Estilos pessoais no conflito
## **Comportamento agressivo**

- É a expressão de sentimentos, pensamentos e convicções de um modo que viola os direitos dos outros, (com recurso a formas inadequadas de expressão, como a zanga, o tom de voz elevado, a ironia...).É uma defesa unilateral de direitos: defendemos os nossos mas não queremos saber dos outros.

  - Reação excessiva oposta à passividade
  - Resulta frequentemente em sentimentos de cólera, humilhação, mágoa e atitudes defensivas do interlocutor

# Caraterização comportamento agressivo

## Atitude geral

Hostilidade e tentativa de controle de pessoas e situações

Respeito por si e não pelos outros

Comunicação clara e direta de necessidades, direitos e sentimentos, embora de forma desadequada

## Comportamentos particulares

Autoritarismo, coerção; arrogância

Intolerância, hostilidade, contestação sistemática

Presença ruidosa, interrupções sistemáticas

Participação descontrolada

**"Tu não és importante"**

# Estilos pessoais no conflito
## **Comportamento manipulativo**

- Consiste em dar a entender que satisfazemos os direitos e necessidades dos outros, mas apenas o fazemos para satisfação dos nossos.

- Aqui, como na agressividade, estamos a desconsiderar os direitos dos outros, mas fazemo-lo de forma discreta, implícita, de modo a não provocar qualquer desconfiança.

  - Tentativa de satisfação das necessidades de modo indireto
  - Comportamento de tipo sistemático
  - Comportamento passivo-agressivo
  - Comunicação indireta (Ex: trabalho em excesso)

# TÉCNICAS

- Técnica do disco riscado
- Técnica do nevoeiro
- Técnica da mensagem na 1ª pessoa

# Lembrar componentes do comportamento assertivo

- Expressão de sentimentos positivos (dar e receber cumprimentos, fazer pedidos, expressão de afeto, amor e simpatia, iniciar e manter conversas);
- Auto-afirmação (expressar os seus direitos legítimos, recusar pedidos e expressar opiniões pessoais);
- Expressão de sentimentos negativos (expressar aborrecimento, incómodo, desagrado ou irritação quando se justifica.

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# OBSERVAÇÃO, COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

## Definição:

Ato ou efeito de observar, reflexão explicativa. Nas ciências dos fatos: momento preliminar de investigação, consideração atenta de um fato para o conhecer melhor.[1]

Ato de ver ou de olhar com atenção; de considerar; de examinar; de notar. Atenção. Exame. Reflexão explicativa.[2]

É um processo fundamental, desprovido de um fim em si mesmo, mas que, quando sendo subordinado ao serviço dos sujeitos e dos seus processos complexos de inteligibilização do real, fornece os dados empíricos necessários a uma análise crítica posterior.[3]
As dificuldades de caraterização de situações complexas, como a observação de doentes psiquiátricos, implicam a sistematização deste instrumento terapêutico, definindo o objetivo da observação, a delimitação do campo de observação, a definição de unidades de observação, e estabelecer a escolha do *continuum* de comportamento ou reportório comportamental.[4]

Processo deliberado de atenção e concentração sobre o sujeito/situação que se pretende observar, pesquisar e analisar. A fixação da atenção e concentração permitirá o salientar e extrair determinadas variáveis, monitorizando-as ativa e objetivamente, sem julgamento ou intensão de as alterar.
Convoca para além da capacidade de estar atento, a capacidade de utilizar a memória comparativa e dedutiva no reconhecimento de fenómenos teoricamente conhecidos e/ou anteriormente observados nesse sujeito.
Ao realizar o processo de observação damos início ao processo de registo da história clínica, das perspetivas de tratamento e de resolução dos problemas, no âmbito da intervenção (autónoma e interdependente) enquanto terapeutas.[5]

## Objetivos:

[*em Enfermagem psiquiátrica ou em qualquer outra área de especialidade*]

- Compreender a situação do doente;
- Identificar os sinais e sintomas clínicos;
- Tentar a identificação dos precipitantes e contribuintes da situação;
- Reconhecer a expressão de sofrimento do doente;
- Desenvolver um plano terapêutico;
- Acompanhar a resposta do doente ao tratamento;
- Monitorizar a aplicação do plano e a participação e evolução do doente.

[1] Costa JA & Melo AS (1998) Dicionário de Língua Portuguesa. 8ª Ed., Porto Editora.
[2] Dicionário Priberam de Língua Portuguesa. Consultado em 9 de Novembro, disponível em http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=observação
[3] Melo-Dias C & Morais JA (2004) Interacção em sala de aula: Observação e Análise. Revista Referência, n.º11, p. 49-58, Março, Coimbra. Consultado em 9 de Novembro, disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=38&id_rev=5&id_edicao=10
[4] idem
[5] Phaneuf M (?) Data collection: the basis for all nursing interventions, consultado em 11/12/2012, disponível em http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Data_collection-the_basis_for_all_nursing_interventions.pdf; e Phaneuf M (2007) Psychiatric Observation: A Skill Worth Developing, consultado em 11/12/2012, disponível em http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Psychiatric_observation_a_skill_worth_developing.pdf

## Funções da observação[6]:

- ***Descritiva*** – descreve os fenómenos, comportamentos ou situações.
- ***Formativa*** – resulta da retroação da observação.
- ***Avaliativa*** – reside no contributo para a tomada de decisão para a ação.
- ***Heurística*** – resulta da provável emergência de hipóteses pertinentes.
- ***Verificação*** – permite verificar uma hipótese no campo da prática.

[*Heurística= Arte de inventar ou descobrir; Em Pedagogia o Método Heurístico leva o estudante a descobrir o que se pretende que ele aprenda*]

## Características da observação:

- ***Objetividade*** (Falar dos fatos como eles são, sem os deturpar; O que o se observa no doente tem mais valor do que o que os outros contam dele[7]; As informações fornecidas por familiares tem valor científico quando fornecidas espontaneamente e indiretamente, a propósito de outras perguntas[8]).
- ***Exatidão*** (Têm em conta todos os elementos, recolhendo o máximo da informação possível).
- ***Precisão*** (As informações devem ser acompanhadas de dados verificáveis).
- ***Sistematização*** (É feita segundo um sistema definido previamente, sobretudo no que respeita à sua frequência e periodicidade).
- ***Continuidade*** (Deve enquadrar o observado ao longo da situação ou atividade observada).
- ***Registo*** (Dada a falibilidade da memória, são registados todos os dados disponíveis).
- ***Controlo*** (Identificadas as variáveis envolvidas na situação, no quadro clínico/comportamental, é também realizada a observação de forma isolada/circunscrita)

## Técnicas de exploração da observação:

| Técnica | Vantagens | Desvantagens |
|---|---|---|
| ***Questionário*** | Muitos indivíduos.<br>Comparações precisas.<br>Generalização de resultados. | Material superficial.<br>Padronização de perguntas e respostas.<br>Respostas de pensamento e não da ação. |
| ***Análise documental*** | Informação diversa e abrangente. | Depende da qualidade, quantidade e representatividade das fontes.<br>Informação em quantidade enorme e dispersa. |
| ***Entrevista*** | Aprofundamento da perceção.<br>Flexível com explicitação de perguntas e respostas. | Menos útil na generalização.<br>Implica interações diretas condicionadas pela própria entrevista. |
| ***Observação participante*** | Informação rica e profunda.<br>Flexibilidade na escolha e condução da estratégia. | Utilizada só em pequenos grupos ou comunidades.<br>Dificuldades na generalização. |

[6] Damas MJ & De Ketele J-M (1985) Observar para avaliar. Livraria Almedina, Coimbra.
[7] Gameiro A (1989) Manual de Saúde Mental e Psicopatologia. 4ª Ed., Edições Salesianas, Porto.
[8] Idem

**Requisitos/capacidades para um observador competente nesta área clínica:**

→ Conhecimentos específicos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
→ Conhecimento sobre si próprio.
→ Autorreflexão sobre o seu comportamento e pensamento.
→ Maturidade psicoafectiva.
→ Desenvolvimento da concentração.
→ Treino de observação com discernimento, rigor e imparcialidade.

**Peculiaridades da observação, enquanto instrumento terapêutico:**

*Não há comportamentos ou sintomas observados – a observação destina-se a responder à questão: porquê esta alteração?*

*Os dados observados devem ser registados de forma neutra para obterem o seu valor real clínico científico (as expressões parece que... Ou tenho impressão que... só tem valor quando confirmadas. Acresce ainda que bom ou pouco consistem em opiniões do observador potencialmente carregadas de margem de erro, dai apenas se registar exclusivamente o que se perceciona e não o que se pensa sobre o que se perceciona.*

*Para um juízo correto do estado clínico interessa tanto registar os dados relativos à "dependência" como à "independência".*

*Os dados recebidos de terceiros (como os familiares) têm valor enquanto espontâneos e não como apreciações ou racionalizações de situações. São particularmente úteis para na triangulação de dados exporem a veracidade relativa dos factos relatados e colhidos.*

*Os problemas de enfermagem dos doentes ou focos de atenção ativos só serão identificados/decididos após a exploração completa de todos os aspetos clínicos (considerados necessários para o setting e para a situação clínica), podendo confirmar ou infirmar determinadas prioridades e decisões sobre os fenómenos de enfermagem.*

**Importância da observação em enfermagem psiquiátrica**

Tem um diferente "ponto de vista" sobre a apreciação da dependência de doentes psiquiátricos.

Os sinais e sintomas serão sempre subjetivos quer na sua apreensão quer na sua análise.

É uma técnica transversal ao tempo de exercício profissional, consumindo quantidade considerável de tempo de prática clínica, sendo útil e utilizada desde a colheita inicial dos dados, passando pelos sistemáticos exames mentais realizados em entrevistas, até à apreciação prognostica das capacidades e/ou competências readquiridas/demonstradas pelos/as doentes.

## O quê e quando observar?

Duma forma inevitável todo e qualquer fenómeno que exterioriza as atividades psíquicas. Todas as expressões significativas merecem ser observadas, nomeadamente as expressões corporais, destacando-se a mímica do rosto, o olhar, os gestos, a conduta, a linguagem, a expressão do pensamento, e a expressão dos afetos.

O momento de observação são todos aqueles em que o Enfermeiro está em interação com o doente, mesmo quando este é autónomo na satisfação de algumas das necessidades fundamentais, incluindo também os momentos de interação múltipla (com outros doentes, participantes, técnicos, com os objetos,…).

**Citações de artigos científicos sobre a observação em enfermagem em contexto psiquiátrico:**

Neste estudo, os doentes internados em psiquiatria que estavam a ser observados, sentiram-se seguros, mais apoiados, mais cuidados, menos incomodados e menos frustrados quando eram observados por Enfermeiros/as que já conheciam, do que por Enfermeiros que não conheciam, bem como melhor – nas dimensões já referidas – com os Enfermeiros que falavam com eles, comparativamente aos Enfermeiros que não falavam com eles.

Jones J, Ward M, Wellman N, et al (2000) Psychiatric inpatients' experience of nursing observation: a UK perspective. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 38, 10-20.

A observação constante/monitorização é utilizada principalmente para prevenir os comportamentos auto ou heteroagressivos de doentes em situação aguda.
A maior parte dos doentes deste estudo de observação constante (desde timings de um dia a vários meses) referiram em entrevista que sentiam ter beneficiado por estarem sob observação constante, embora lhes tenha desagradado a invasão da sua privacidade.
Os Enfermeiros consideraram que ajudaram a maioria dos doentes, mas um significativo número de enfermeiros referirem esta observação constante como uma técnica geradora de frustração e distress profissional.

Ashaye O, Ikkos G & Rigby E (1997) Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. Psychiatric Bulletin, 21: 145-147.

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# ENTREVISTA (EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA)

## Definição:

É um meio potencial de transferência de informação entre o enfermeiro e o utente.
É uma transação que possui pressupostos que devem ser identificados e controlados (emoções, necessidades inconscientes, influências interpessoais).
É uma "conversa" intencional, orientada para objetivos precisos.

## Objetivos:

→ Obter uma perspetiva da vida do doente
→ Desenvolver confiança mútua
→ Estabelecer relação e aliança terapêutica
→ Compreender o "funcionamento" atual
→ Contribuir para a definição do/s diagnóstico/s de Enfermagem
→ Contribuir para o estabelecimento do plano terapêutico
→ Avaliar a eficácia da execução do plano de intervenções

## Técnicas gerais:

- Local confortável e com privacidade
- Abertura da entrevista pelo Enfermeiro/a:
  - Apresentar-se…
  - Dirigir-se ao/à doente pelo nome próprio
  - Informar dos objetivos da entrevista
  - Não confrontar o doente
  - Não fazer juízos de valor
- Observar concomitantemente ao decurso da entrevista, os dados manifestos de:
  - Comportamento não-verbal
  - Postura e Maneirismos
  - Aparência física
- Transmitir empatia, compreensão e respeito
- Evitar recolha excessiva de notas
- Deixar o doente falar
- Deixar as perguntas específicas para o fim

## Tipo de Entrevista:

Quanto à estrutura:
- ✓ Estruturada
- ✓ Semiestruturada
- ✓ Não estruturada

Quanto às funções:
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Terapêutica
- ✓ Investigação

## Como conduzir uma entrevista semiestruturada?

**Quanto à estrutura:**

→ Estruturar a entrevista em termos de objetivos e em blocos temáticos (guião e/ou instrumentos de colheita de dados e/ou manual de intervenção)
→ Os objetivos devem ser hierarquizados (numa ordem que vai do geral para o específico)
→ Colocar o entrevistado em situação de colaborador
→ Garantir o anonimato das informações

**Quanto ao estilo de interação:**

Evitar dentro do possível dirigir a entrevista
- Dar a palavra
- Evitar interrogatórios
- Não cortar nem interferir
- Não fazer perguntas que influenciem o entrevistado

Deve adotar uma atitude de disponibilidade, sem julgamento nem moralização.
Todos os comportamentos não-verbais devem veicular disponibilidade e abertura, bem como empatia, estímulo e compreensão.

Manter o contacto visual com o utente.
Adotar uma postura que esteja de acordo com a disponibilidade, acontecendo o mesmo com a distância.
Atitude de partilha.

Esclarecer os quadros de referência utilizados pelo entrevistado:
- Esclarecer conceitos
- Esclarecer situações

Redação das Perguntas
- Abertas (permitem respostas nos termos do entrevistado)
- Singulares (uma só ideia)
- Claras (correspondam ao quadro de referência do entrevistado)
- Neutrais (sem tónica afetiva, sem dirigir)

Tipo de Perguntas
- Perguntas de experiência/comportamento
- Perguntas de opinião/valor (*pretende entender os processos cognitivos e interpretativos do utente*)
- Perguntas de sentimento (*aspetos afetivos*)
- Perguntas de conhecimento (*permitem descobrir informação factual do cliente*)
- Perguntas de ambiente/demográficas

## Fatores Atuantes na Situação de Entrevista:

### Fatores associados à situação

→ Lugar onde se realiza a entrevista
→ Escolha do momento mais adequado
→ Duração do tempo conveniente à realização da entrevista
→ Quando se realiza uma entrevista de enfermagem, deve-se ter em conta que esta exige uma certa intimidade e privacidade, logo a escolha do setting é extremamente importante.
→ Deve haver o cuidado de selecionar a hora da entrevista de acordo com as atividades do serviço, devendo escolher-se o momento mais propício para o utente.
→ A duração da entrevista é determinada em função do estado do utente, sinais de fadiga, de dor, de resistência súbita ao diálogo, …

### Fatores associados ao utente

→ Culturais e conjunturais (capacidade verbal e de compreensão das questões colocadas)
→ Fatores mnemónicos (capacidade de recordar a informação e relacioná-la com o tema que é proposto)
→ Fatores cognitivos e afetivos (expectativas que o cliente formula e que estão ligadas à sua experiência e vida pessoal)
→ Motivação (pressupõe por parte do enfermeiro a capacidade de manter e aumentar a autoestima do cliente, o que pressupõe:
→ Aceitação da entrevista
→ Perceção da imagem que o enfermeiro faz de si mesmo

### Fatores associados ao enfermeiro

→ Características físicas (a idade, o sexo, etc.) influenciam a produção do discurso por parte do cliente)
→ Características culturais (Fatores associados à linguagem e que pressupõem por parte do enfermeiro a capacidade de se referenciar a um código comum com vista a uma compreensão da mensagem)
→ Características técnicas (Utilização de conhecimentos técnicos para ultrapassar as características pessoais do enfermeiro)

## Fases da entrevista:

- ✓ Preparação
- ✓ Introdução
- ✓ Desenvolvimento
- ✓ Conclusão

## Situações difíceis

- ↘ Registo defensivo e/ou evasivo (clarificação; convergentes)
- ↘ Racionalização (confrontação)
- ↘ Medo e ansiedade (compreensão empática)
- ↘ Hostilidade e agressividade
- ↘ Silêncios
- ↘ "Sede" de atenção (abordar o problema de forma aberta)
- ↘ Teste e manipulação (abordar o problema de forma aberta)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

*Amorim Rosa, Professor Adjunto*

**Texto de apoio a Aula Prática – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

## ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS

**Definição:**

Atividade de recreação ou de vida diária, mental ou física, que integra técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas consoante os objetivos pretendidos, enquadradas na relação enfermeiro-doente, com efeitos psicoterapêuticos. Visa promover, manter e/ou recuperar as capacidades do indivíduo para a autonomia e satisfação das necessidades fundamentais.

**Objetivos:**

- RECUPERAR
- REEDUCAR
- REABILITAR
- REINTEGRAR (social e profissionalmente)
- MAXIMIZAR OU MANTER A AUTONOMIA
- AVALIAR AS CAPACIDADES FUNCIONAIS

**Funções:**

- DISCIPLINADORA
- EDUCATIVA
- PROMOTORA DA RESSOCIALIZAÇÃO DO DOENTE
- PROMOTORA DA ORGANIZAÇÃO COMPLEMENTAR E SOCIAL EM GRUPO E DO GRUPO
- ATRIBUIDORA DE SENTIDO DE UTILIDADE E DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

**Tipos de atividades:**

- ATIVIDADES PARA MELHORAR O BEM-ESTAR (exercícios, jogos ginástica…)
- ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (atividades básicas de gestão pessoal)
- ATIVIDADES PARA MELHORAR AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS (dinâmica de grupos, reuniões,…)
- ATIVIDADES PARA ESTIMULAR A EXPRESSÃO PESSOAL (música, artes plásticas,…)
- ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO

**Planeamento:**

**É UM PROCESSO QUE IMPLICA:**

- Avaliação das necessidades e recursos
- Planeamento da atividade
- Programa de ação
- Execução
- Avaliação

**Avaliação:**

**TRÊS DIMENSÔES:**

- COGNITIVA - determinação do nível de exigência/resposta produzida pela atividade do indivíduo
- AFETIVA - proporção do desenvolvimento das emoções, sentimentos e relações do indivíduo
- COMPORTAMENTAL - verificação dos gestos, posturas e outros comportamentos

**Papel do enfermeiro:**

- Planeamento, execução e avaliação do programa terapêutico
- Contextualizar todos os aspetos de acordo com as necessidades manifestadas pelo utente
- Avaliação prévia de acordo com os diagnósticos de enfermagem, estado do utente (situação clínica, farmacológica e efeitos secundários que o doente possa apresentar) e outros dados que sejam colhidos do desempenho dos doentes durante o internamento
- Avaliar o desenvolvimento da sessão terapêutica
- Planear as sessões seguintes tendo em vista o processo gradual de evolução

**Elementos de um plano de AOT:**

- Tema
- Data e hora
- Critérios de escolha dos participantes
- Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros, estruturais)
- Estratégia ou metodologia
- Objetivos (Finalidades; Resultados esperados)
- Avaliação

# ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS

1. Diagnosticar patologia
2. Identificar os dados relativos à patologia

## * Modelo de Stuart - utilizado em situações de crise

### Factores Predisponentes (factores de risco)

Biológicos

- história genética
- estado nutricional
- saúde geral
- exposição a toxinas

Psicológicos

- personalidade
- autoconceito
- capacidades adaptativas
- capacidade de resiliência

Socioculturais

- idade
- género
- escolaridade
- ocupação
- experiências de socialização
- bagagem cultural

*Exemplo*

**CASO CLÍNICO: Perturbações psicóticas relacionadas com abuso de substâncias**

"*A Dª L. é administrativa numa escola secundária, tem 28 anos, é casada e mãe de uma criança com 6 anos de idade* **(…)**"

Biológicos

• história familiar (possível correlação de antecedentes genéticos)

Sócio-culturais

• marido bebe

• aprendizagem social com a família para o consumo

Psicológicos

• ter conseguido deixar de beber durante a gravidez

• recaída: factores de adaptação (o porquê da recaída?) – resiliência?

### Factores precipitantes / Stressores Desencadeantes

- são estímulos percebidos pelo indivíduo como difíceis, perigosos ou desafiadores
- podem ser de natureza biológica, psicológica ou sociocultural
- exigem excessiva energia e produzem um estado de tensão e *stress*
- podem ser de origem interna ou externa ao indivíduo

- é importante avaliar o momento da sua ocorrência (quando ocorreu o acontecimento? qual a duração da exposição? qual a frequência da sua ocorrência?)
- é importante avaliar o número de stressores que o indivíduo esteve exposto num determinado período

- Os stressores desencadeantes (circunstâncias indutoras de *stress*) podem ser:
    - acontecimentos traumáticos
    - acontecimentos significativos de vida
    - situações crónicas
    - acontecimentos desejados que não ocorrem
    - traumatismos ocorridos (estádios desenvolvimentais)

*Exemplo*

Factores Precipitantes/ Stressores desencadeantes

• nascimento da filha (crise de desenvolvimento maturacional)

## Avaliação do Stressor - significados que a pessoa atribui às situações de crise

- é o processamento e a compreensão da situação stressante
- envolve respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas, comportamentais e sociais
- a atribuição de significado à situação é única (intensidade e importância)
- o significado psicológico que o individuo constrói sobre o acontecimento pode ser considerado a "causa próxima" explicativa da reação de *stress*; a causa distante diz respeito às experiências ao longo do desenvolvimento

A importância do significado do acontecimento

## Factor Protector

## Respostas de Adaptação

A capacidade da pessoa responder e recuperar perante as adversidades, que implica um conjunto de qualidades que promovem um processo de adaptação com êxito e transformação, apesar dos riscos e a adversidade

Recursos de adaptação individual e de resiliência (capacidade do individuo de lidar com os problemas)

### ➢ Sentido de coerência

Sentimento de confiança generalizado e estável, embora dinâmico.

- estímulos internos e externos

### ➢ Locus de controlo

Expectativas generalizadas que a pessoa cria relativas à obtenção de reforços em dada situação

- Locus de controlo interno (pessoa obtém reforço)
- Locus de controlo externo: (pessoa acredita que o reforço se deveu às circunstâncias externas)

### ➢ Expectativa de eficácia pessoal

Refere-se à crença de ser realmente capaz de executar e de obter êxito em determinada tarefa

### ➢ Robustez "hardiness"

Característica de personalidade que parece ter uma influência positiva no estado de saúde e que contrariam o efeito negativo de eventos perturbadores, evitando, assim, que conduzam à doença

- **Inclui 3 componentes inter-relacionados:**
  - *compromisso*: capacidade da pessoa em acreditar que tem valor e que aquilo que faz é importante
  - *controlo:* capacidade da pessoa em acreditar que a ocorrência de determinados acontecimentos é influenciada não apenas pelas ações dos outros mas tb, e em grande medida, por si próprio
  - *desafio:* convicção que a pessoa tem de que a mudança é uma situação normal da vida

### ➢ Personalidade auto-curativa ou protectora

- sentimento de controlo e de orientação pessoal da sua própria vida
- comprometimento a princípios e objectivos elevados

- atitude de integração social
- construção de um contexto de vida gerador de desafios e incitamentos
- sentimento de realização criativa que conduz a vivência de emoções positivas

*Exemplo*

Respostas de Adaptação

• capacidades pessoais
  - ✓ resiliência
  - ✓ personalidade auto-curativa (pediu ajuda)

• apoios sociais
  - ✓ cunhada
  - ✓ filha

• conquistas materiais/sucessos
  - ✓ talentosa, com êxito profissional

## Mecanismos de Adaptação

- ### Mecanismos de coping

Mecanismos psicológicas que promovem a redução do impacto de qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade da pessoa (do EU), no sentido de **lidar com situações ameaçadoras**

→ São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem uma solução para conflitos não resolvidos ao nível da consciência.

➢ *Centrados no problema*: envolvem tarefas e esforços directos para lidar com a ameaça em si (negociação, confronto e procura de aconselhamento)

➢ *Centrados na cognição*: a pessoa tenta controlar o significado do problema para neutraliza-lo (comparação positiva, desvalorização dos objectos desejados…)

➢ *Centrados na emoção*: comportamentos direccionados para esbater o sofrimento emocional (p. exº: negação, projecção)

*Exemplo*

Mecanismos de Adaptação

- construtivos (não há informação suficiente)
- destrutivos (não há informação suficiente)

# * Exame Mental

## Proposta de organização do Exame Mental

**1.** Apresentação

**2.** Motricidade/Linguagem/Discurso

**3.** Contacto

**4.** Estado de consciência, orientação e atenção

**5.** Humor, afectividade e ansiedade

**6.** Pensamento

**7.** Alterações da percepção

**8.** Alterações da estrutura do "eu"

**9.** Memória

**10.** Inteligência

**11.** Funções biológicas vitais

**12.** *Insight* e Juízo crítico

*Exemplo*

**CASO CLÍNICO: Perturbações do Humor**

*"Dª Filomena, professora de 32 anos, idade aparente coincidente com a idade real, é trazida ao serviço de urgência pelo marido após vários dias de sintomas maníacos com agravamento progressivo (…)"*

| |
|---|
| 1. Apresentação<br>Mulher jovem, idade aparente coincidente com a idade real. Está vestida de forma exuberante e bastante maquilhada. Parcialmente colaborante, responde mas diz que só veio porque o marido insistiu e que "sente óptima e não precisa de ajuda". |
| 2. Motricidade, linguagem e discurso<br>Apresenta agitação psicomotora, deambula pela sala, e gesticula vigorosamente quando fala, por vezes parece estar a dançar.<br>Pressão de discurso, fala muito alto. |

| |
|---|
| 3. Contacto<br>Contacto exuberante. |
| 4. Estado de consciência e atenção<br>Orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço.<br>Deficit de atenção. |
| 5. Humor, afectividade e ansiedade<br>Humor eufórico e descreve o seu humor como "óptimo". Exprime facilmente o seu humor alegre, mas as emoções são algo lábeis, com alguns comentários mais secos e irritados quando é interrompida. As emoções são congruentes com o conteúdo do pensamento mas não com a situação. |
| 6. Pensamento<br>Alteração do processo de pensamento, mais especificamente alterações da conexão e da organização com tangencialidade. E ainda alterações do conteúdo do pensamento, a doente acredita que um importante executivo de Las Vegas com quem mantém uma relação amorosa, que ninguém pode saber, lhe vai fazer uma audição de dança, sente-se amada por uma pessoa muito distinta, configurando um Delírio Erotomaníaco. Tem ideias delirantes de grandeza, acha que os outros sentem inveja da sua beleza e do seu jeito para a dança, e que em breve terá um emprego como dançarina em Las Vegas. |
| 7. Alterações da percepção<br>Não se detectaram alterações da percepção (ilusões ou alucinações), doente nega a sua existência. |
| 8. Alterações da estrutura do "eu"<br>Sem alterações relativas à perda dos limites entre o Eu e a realidade, designadamente dissociação, despersonalização, desrealização, ou alterações da imagem corporal. Contudo, o humor eufórico e as ideias delirantes fazem com que tenha uma percepção irreal de si própria e dos outros. Acredita que o executivo virá em breve, embora seja irreal e acredita que os vizinhos têm inveja de si. |
| 9. Memória<br>Sem alterações. |
| 10. Inteligência<br>Através de perguntas de informação geral e de situações concretas avaliou-se a capacidade de pensar e agir, racional e logicamente. Capacidade de tomada de decisão afectada pelas ideias delirantes de grandeza. |

| |
|---|
| 11. Funções biológicas vitais<br>Alterações: do apetite: diminuído; da libido: aumentada; sono: insónia; instinto de conservação conservado. |
| 12. *Insight* e juízo crítico<br>Reconhece que tem de voltar a tomar a medicação, mas minimiza a perturbação de humor e as alterações do pensamento e não compreende facilmente a relação entre a interrupção da medicação e o seu estado actual. Acredita que o executivo irá vir ter com ela, embora isso seja bastante irreal. Aprecia a sua euforia e não vê que isso seja um problema. |

## * Caracterização das NHF (Virgínia Henderson)

| NECESSIDADES FUNDAMENTAIS | MANIFESTAÇÕES DE DEPENDÊNCIA |
|---|---|
| RESPIRAR | |
| COMER E BEBER | |
| ELIMINAR | |
| DORMIR E REPOUSAR | |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | |
| EVITAR OS PERIGOS | |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | |
| RECREAR-SE | |
| APRENDER | |

## * Identificar FOCOS (de enfermagem)

*Exemplos*

- Confusão
- Parentalidade
- Percepção
- Alucinação
- Coping adaptação
- Insónia
- Ansiedade
- Ambivalência
- Não Adesão
- Baixa Auto-estima

## * Formular DIAGNÓSTICOS (prioritários)

**Foco + Juízo**

*Exemplos*

- Uso de álcool elevado
- Uso de álcool interrompido
- Confusão presente
- Coping adaptação
- Coping ineficaz alterado
- Ansiedade elevada
- Parentalidade comprometida
- (potencial) Não adesão
- Risco de Recaída (tempo) uso álcool
- Auto-estima baixa
- Ambivalência

## * INTERVENÇÕES de Enfermagem

*Exemplos*

- Estabelecer comunicação (confiança, empatia)
- Apoiar/ Aconselhar (não confrontar)
- Examinar regularmente o comportamento, verbalizações e expressão de emoções
- Gerir a segurança do ambiente
- Providenciar orientação para a realidade

- Avaliar a aceitação do estado de saúde
- Avaliar a adesão
- Avaliar a atitude face à doença
- Avaliar a atitude face à gestão da medicação
- Gerir a medicação
- Gerir a resposta negativa ao tratamento
- Monitorizar a adesão terapêutica
- Educar para a adesão terapêutica
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Promover a higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Promover o bem-estar social

# CASOS CLÍNICOS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Caso clínico de pessoa com perturbação de humor***

Exercício Prático:

Após a análise dos casos clínicos o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart

• Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico

• Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental

• Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)

• Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem

• Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

**Caso Clínico 1**

A Dª E. tem 55 anos de idade, é empresária, sofreu diversos episódios de depressão relativamente breves (cerca de 1 mês). Cada um destes episódios seguiu-se a um factor de stress psicossocial, com remissão após tratamento psicoterapêutico. A depressão actual surgiu também num contexto de um eventual revés profissional, mas ao contrário das depressões anteriores não melhorou, tornou-se mais profunda, mais grave e global.

No espaço de 6 semanas a doente tornou-se incapaz de trabalhar. Passava o dia deitada na cama a olhar para uma parede vazia. Embora habitualmente adormeça com facilidade, acorda frequentemente às primeiras horas da madrugada, levanta-se e fica muito agitada. Diz que, apesar de não se sentir muito bem durante o dia, o período que mais lhe custa suportar é imediatamente antes do amanhecer, no qual por vezes sente vontade de se matar. Parece estar desidratada, refere ter perdido 10 kg. Apresenta roupa com nódoas e os cabelos por pentear. A Dª E. afirma convictamente que não sente

prazer por nada, que perdeu o seu sentido de humor. Pensa muitas vezes que o melhor era morrer. Confessa que mesmo quando os netos a vêm visitar apenas consegue esboçar um fraco sorriso. Voltando rapidamente a sentir-se vazia, não tendo já energia que tinha anteriormente para brincar com as crianças. Refere que tem uma sensação de culpa esmagadora, mas não tem crenças delirantes bizarras. Confessa sentir-se falhada profissionalmente, como esposa e avó, pedindo constantemente desculpas a todos por não conseguir melhorar. Sente que está a decepcionar as pessoas e que os seus negócios se irão afundar juntamente com ela. Descreve o seu humor global como se sentisse morta por dentro. Embora já tenho tido anteriormente depressões refere que nunca se sentiu assim. Diz que é muito difícil descrever os seus sentimentos e que sente uma dor emocional "cujo humor não pode ser descrito por palavras"

**Caso clínico 2**

A Dª A, tem 30 anos de idade, professora, solteira, foi levada às urgências pelos pais. A doente apresenta vestuário exuberante, com maquilhagem excessiva, desapropriada ao contexto; anda sem parar, cantando alto "yellow submarine". Repara nos olhos verdes do enfermeiro, e chama-o de Sr. Green, e tece considerações acerca da beleza do enfermeiro. A atenção da Dª A. transfere-se imediatamente para outras coisas, mudando de assuntos várias vezes. Embora à primeira vista se mostre amistosa e atrevida, protesta aos gritos que não quer ficar internada. Este episódio teve inicio súbito há 10 dias, depois de A. ter rompido com o namorado. Desde essa altura passou a dormir apenas 4 horas por noite, perdeu cerca de 4 kg, encomendou livros escolares no valor de centenas de euros e tem feito imensos telefonemas para o estrangeiro. Bebe álcool a mais, e embriaga-se várias vezes por semana. Sente-se frequentemente vazia e irreal, desligada do estranho reflexo que aparece no espelho, tal como se estivesse a observar-se através das vicissitudes da vida, como se fosse uma figura de cartão a três dimensões. Estes sentimentos são intermitentes e podem ser interrompidos pela procura de estímulos (ex: sexo, álcool, ou música ruidosa). A doente está convencida que os seus pensamentos podem influenciar o curso dos acontecimentos futuros. Durante os últimos 2 anos a Dº. A teve três episódios, cada um dos quais começou de forma semelhante, progredindo para uma depressão que durou cerca de 4-6 semanas. Entre os episódios, a doente não teve ideias delirantes, alucinações, nem pensamento desordenado

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Caso clínico de pessoa com perturbação do humor***

Exercício Prático:

Objectivos:

• Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico

• Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental

**Caso Clínico 1**

Dª Filomena, professora de 32 anos, idade aparente coincidente com a idade real, é trazida ao serviço de urgência pelo marido após vários dias de sintomas maníacos com agravamento progressivo. Está vestida de forma exuberante e bastante maquilhada. Deambula pela sala, e gesticula vigorosamente quando fala, por vezes parece estar a dançar. Parcialmente colaborante, responde a algumas questões, mas diz que só veio porque o marido insistiu e que "sente óptima e não precisa de ajuda". Reconhece que tem que voltar a tomar a medicação, mas minimiza a perturbação do humor, pelo contrário aprecia a sua euforia e não vê nisso um problema. Fala muito alto e muito depressa. Dificuldade em conduzir a entrevista, pois a Dª Filomena desvia-se sistematicamente do tema da conversa por um caminho diferente, sem regressar ao tema original. Exprime facilmente o seu humor alegre, apresente labilidade emocional pois faz alguns comentários mais secos e irritados quando é interrompida.

Segundo informação do marido a Dª Filomena está mais irritável e que tira frequentemente garrafas do armário do bar. Teve uma gastroenterite grave na semana anterior e interrompeu nessa altura toda a medicação, incluindo o lítio. Nos três dias seguintes não dormiu mais do que uma ou duas horas por noite. Nesta manhã, antes de vir para o hospital, teve uma discussão com o vizinho, posteriormente disse repetidamente que achava que os vizinhos a espiavam quando dançava nua no quarto.

Referiu por diversas vezes a sua preocupação com os vizinhos, por terem inveja da sua beleza e do seu jeito para dança.

Tem tido namoricos com os professores da escola e diz piadas desadequadas à situação. Acredita que um importante executivo de Las Vegas com quem mantém uma relação amorosa, que ninguém pode saber, lhe vai fazer uma audição de dança.

O pai da Dª Filomena, teve múltiplos internamentos por perturbação bipolar antes de se suicidar aos 51 anos. Tem sido razoavelmente memória

bem-sucedida na escola, no trabalho e no casamento e na educação dos filhos. No entanto, teve três episódios de depressão, e todos eles responderam à terapêutica com antidepressivos tricíclicos. Após um desses episódios depressivos, teve um episódio maníaco com delírios de grandeza, sendo novamente internada. Não tem hábitos tabágicos ou de drogas e é fisicamente saudável.

**1. Apresentação**

**2. Motricidade, Linguagem, Discurso**

**3. Contacto**

**4. Estado de consciência, orientação e atenção**

**5. Humor, afectividade e ansiedade**

**6. Pensamento**

**7. Alterações da percepção**

**8. Alterações da estrutura do "eu"**

**9. Memória**

**10. Inteligência**

**11. Funções biológicas vitais**

**12. Insight e Juízo crítico**

**Exame Mental**

| |
|---|
| 1. Apresentação<br>Mulher jovem, idade aparente coincidente com a idade real. Está vestida de forma exuberante e bastante maquilhada. Parcialmente colaborante, responde mas diz que só veio porque o marido insistiu e que "sente óptima e não precisa de ajuda". |
| 2. Motricidade, linguagem e discurso<br>Apresenta agitação psicomotora, deambula pela sala, e gesticula vigorosamente quando fala, por vezes parece estar a dançar.<br>Pressão de discurso, fala muito alto. |
| 3. Contacto<br>Contacto exuberante. |
| 4. Estado de consciência e atenção<br>Orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço.<br>Deficit de atenção. |
| 5. Humor, afectividade e ansiedade<br>Humor eufórico e descreve o seu humor como "óptimo". Exprime facilmente o seu humor alegre, mas as emoções são algo lábeis, com alguns comentários mais secos e irritados quando é interrompida. As emoções são congruentes com o conteúdo do pensamento mas não com a situação. |
| 6. Pensamento<br>Alteração do processo de pensamento, mais especificamente alterações da conexão e da organização com tangencialidade. E ainda alterações do conteúdo do pensamento, a doente acredita que um importante executivo de Las Vegas com quem mantém uma relação amorosa, que ninguém pode saber, lhe vai fazer uma audição de dança, sente-se amada por uma pessoa muito distinta, configurando um Delírio Erotomaníaco. Tem ideias delirantes de grandeza, acha que os outros sentem inveja da sua beleza e do seu jeito para a dança, e que em breve terá um emprego como dançarina em Las Vegas. |
| 7. Alterações da percepção<br>Não se detectaram alterações da percepção (ilusões ou alucinações), doente nega a sua existência. |
| 8. Alterações da estrutura do "eu"<br>Sem alterações relativas à perda dos limites entre o Eu e a realidade, designadamente dissociação, despersonalização, desrealização, ou alterações da imagem corporal. |

| |
|---|
| Contudo, o humor eufórico e as ideias delirantes fazem com que tenha uma percepção irreal de si própria e dos outros. Acredita que o executivo virá em breve, embora seja irreal e acredita que os vizinhos têm inveja de si. |
| 9. Memória<br>Sem alterações. |
| 10. Inteligência<br>Através de perguntas de informação geral e de situações concretas avaliou-se a capacidade de pensar e agir, racional e logicamente. Capacidade de tomada de decisão afectada pelas ideias delirantes de grandeza. |
| 11. Funções biológicas vitais<br>Alterações: do apetite: diminuído; da libido: aumentada; sono: insónia; instinto de conservação conservado. |
| 12. *Insight* e juízo crítico<br>Reconhece que tem de voltar a tomar a medicação, mas minimiza a perturbação de humor e as alterações do pensamento e não compreende facilmente a relação entre a interrupção da medicação e o seu estado actual. Acredita que o executivo irá vir ter com ela, embora isso seja bastante irreal. Aprecia a sua euforia e não vê que isso seja um problema. |

Adaptado de Trzepacz e Baker (2001)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Caso clínico de pessoa com perturbação de ansiedade***

Exercício Prático:

Após a análise dos casos clínicos o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart

• Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico

• Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental

• Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)

• Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem

• Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

**Caso Clínico**

A Dª. P., é uma mulher de negócios com 27 anos de idade tem uma história de 3 anos de Ataques de Pânico (AP). O seu primeiro ataque de pânico ocorreu subitamente quando estava em casa a ver televisão. Este episódio passou-se três meses após a morte do pai. Embora quase não conseguisse falar ligou para o 112. Quando o INEM chegou, 10 minutos mais tarde, a sensação de terror tinha-se desvanecido e os outros sintomas estavam a desaparecer, mas ainda se sentia fraca e aterrorizada. O exame clínico e os exames complementares de diagnóstico não revelaram alterações cardíacas ou outra alteração física. Na semana seguinte teve mais 5 AP que ocorreram inesperadamente em diferentes situações.

Os episódios caracterizam-se por súbito aparecimento de sensações de choque eléctrico na coluna vertebral, palpitações cardíacas, tonturas, formigueiros nos dedos, medo de enlouquecer e sensação de irrealidade. Aceitou a prescrição de benzodiasepinas mas

recusou a orientação para ajuda especializada. Refere que a mãe sofria de Agorafobia e os psiquiatras nunca a conseguiram ajudar. É uma trabalhadora meticulosa, uma pessoa amistosa mas distante dos colegas. Embora esteja noiva e tenha várias amigas, anda habitualmente isolada e com tendência para evitar as pessoas, porque tem receio de ser criticada, rejeitada ou de ter de suportar os problemas dos outros.

Apesar da frequência e intensidade dos ataques tenham diminuído, contudo continuou a ter episódios de pânico intermitentes várias vezes por mês, durante os dois anos seguintes. Estes ocorriam normalmente quando ela se encontrava num autocarro superlotado, quando se encontrava a fazer exercício de bicicleta estática, quando se encontrava na expectativa de uma confrontação ou quando estava relaxada na cama, à noite.

Um mês depois da Dª P. ter aceite o pedido de casamento do namorado, e após uma promoção profissional recente, a frequência dos AP, aumentaram para um ritmo de várias vezes por semana. Procurou agora ajuda porque os sintomas pioraram muito. Vem acompanhada pelo noivo, apresenta-se cuidadosamente arranjada com um fato clássico; fala com segurança mas evita o contacto visual; refere sentir-se muito ansiosa e que a sua ansiedade está a interferir na sua capacidade de trabalho, tornando-a indecisa e pouco eficiente. Refere passar muitas horas por dia no emprego, pois está sempre preocupada e com medo de que a sua incompetência possa ser descoberta e de ser despedida

Tem dificuldade em adormecer por se sentir inquieta e permanentemente preocupada com as actividades realizadas. Acrescenta ainda que tem vindo a beber todos os dias ao final do dia, sentindo-se nesses momentos menos preocupada. Refere que os ataques começam por uma sensação de choque eléctrico que lhe sobe pela coluna vertebral, acompanhado por sensação de terror. O coração começa a bater rapidamente, as mãos crispam-se e mal pode respirar; sente-se quente, trémula e desorientada, convencida que está a ter um ataque de coração e que pode morrer rapidamente.

Não obstante parece pouco empenhada em colaborar na entrevista. Reservada e desconfiada replica frequentemente às questões do entrevistador com a seguinte questão: “para que lhe interessa isso?”. Parece sensível às críticas e confessa ter receio de que discutir os seus problemas com um terapeuta apenas sirva para agravar a sua ansiedade.

**Caso Clínico - Ansiedade**

Joana, 24 anos, natural e residente em Coimbra. Vive com a mãe e duas irmãs mais jovens. É católica não praticante,12º ano incompleto, trabalha há 6 anos numa empresa familiar como secretária. Solteira, sem filhos e com relacionamento fixo há 5 anos.

Procurou ajuda por "crises de falta de ar, sensação de “cabeça vazia”, cefaleias e “nervosismo” com evolução de 3 anos, com agravamento importante nos últimos meses, prejudicando a sua capacidade de desempenho". É proposta para internamento para compensação da situação e acerto terapêutico.

A doente informou que estava bem até ao início de 2009, quando começou a ter dificuldades para respirar durante quase todas as noites antes de dormir, após episódios de discussão com o seu companheiro. Após alguns dias, iniciaram-se sensações de asfixia e taquicardia que deixaram de ser desencadeadas por esses atritos, mas apareciam espontaneamente.

Procurou ajuda médica em ambulatório e foi-lhe diagnosticado “estreitamento do septo nasal" (SIC). Desde então as sensações de asfixia pioraram e tornaram-se mais frequentes, principalmente à noite, quando apagava a luz do quarto. Nesses momentos tinha medo de morrer sufocada e não conseguia adormecer. Até então, nunca tivera crises durante o dia.

Em 2010, passou a sentir “formigueiro” nas mãos, zumbidos, falta de ar, e taquicardia sempre que se deslocava para o trabalho nos transportes públicos, chegando a desmaiar em três ocasiões. Nesses momentos, eram-lhe administrados "calmantes" e a situação revertia.

Submeteu-se a cirurgia do septo nasal com ligeira melhoria dos sintomas, mas persistia a sensação de falta de ar.

Começou a sentir necessidade de respirar permanentemente de forma ofegante para não morrer sufocada. Mostrava-se mais irritada e sensível à rejeição desenvolvendo crises de agressividade, percebendo o seu “intestino mais solto”.

Apresenta dificuldade para se concentrar no trabalho e para dormir à noite. Para melhorar a concentração toma vários cafés durante o dia.

Preocupava-se frequentemente com a possibilidade de ter um outro problema de saúde e vir a morrer. A insónia inicial piorou e começou a alimentar-se pior que o habitual e a perder peso. Mesmo assim, mantinha desejo de sair para se divertir, mas começou a ter menos interesse sexual.

A doente negou episódios de tristeza prolongada e nunca apresentou pensamentos intrusivos. Sem história de vivências de conteúdo psicótico ou incomuns atuais e no passado. Nunca usou substâncias ilícitas e refere não ter outros antecedentes, além de uma leve "rinite" desde a infância.

Referia que anteriormente era alegre, que gostava de trabalhar e costumava sair com amigos à noite para se divertir.

O pai tinha hábitos alcoólicos imoderados e faleceu durante a sua adolescência por causa da bebida. Uma das suas irmãs teve "depressão" e já fez tratamento psiquiátrico sem internamento.

A chegada ao internamento vinha sozinha, com a aparência um pouco descuidada mas com boa higiene pessoal. Verbaliza preocupação sendo evidente à observação, alguma agitação psicomotora, com respiração alterada, por vezes inspirando profundamente “suspirando”. Mostra-se atenta e refere medo de morrer.

Aspeto geral emagrecido. Refere falta de apetite e perda ponderal de 3 Kg. Quando questionada sobre hábitos tabágicos refere que fuma e tem aumentado o consumo porque quando fuma se sente mais calma. Discurso organizado, coerente mas com pensamentos perseverantes sobre a sua saúde física, sem evidências de vivências ou comportamento psicótico e com crítica preservada.

Refere cansaço. À noite tem dificuldade em adormecer.

**Sistematizar a informação da história clínica:**

Identificação:

Motivo do internamento:

História pessoal e familiar:

História da doença actual:

Antecedentes pessoais e familiares:

Personalidade prévia

**Sistematizar a informação de acordo as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (Virgínia Henderson).**

| Necessidade | Manifestações de dependência | Fontes de dificuldade |
|---|---|---|
| | | |

**Com base nesta informação, formular diagnósticos de enfermagem**

**Definir uma estratégia e uma intervenção para cada diagnóstico**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Fragmentos de entrevista: analise atitudes comunicacionais***

Exercício Prático:

Objectivos:

• Identificar as atitudes comunicacionais utilizadas nos fragmentos das entrevistas apresentadas

• Analisar os efeitos comportamentais das atitudes comunicacionais identificadas

**Caso 1**

**Homem de 27 anos (voz decidida e fria)**

**"Eu cheguei à conclusão de que, uma vez que o meu trabalho de professor não me satisfaz, vou procurar outro emprego. Até aqui resignei-me com o meu trabalho porque depois de 5 anos a conseguir o meu diploma, pensei encontrar-me perante dificuldades de adaptação prática à turma mas, actualmente sei que mais vale deixar o ensino e tentar outra via, mesmo se tiver de começar por baixo"**

| | |
|---|---|
| 1 – Você tem a impressão que seria mais feliz se deixasse o seu trabalho actual e tentasse qualquer coisa que lhe conviesse mais. | |
| 2 – Quer dizer que sabe agora que as dificuldades que tem não são problemas de adaptação a resolver ou experiência a adquirir. | |
| 3 – Você até renunciaria às vantagens adquiridas e à utilização do seu diploma, o que seria uma pena. | |

| | |
|---|---|
| 4 – Já se informou totalmente a respeito da nova carreira? O que é que sabe a respeito disso? | |
| 5 – Pensa que o meio profissional de que faz parte é insuportável? | |
| 6 – De qualquer modo, o que é importante é que seja decidido e mais confiante em si próprio. | |
| 7 – Você devia tomar um compromisso e encontrar, por exemplo, outros empregos de valor equivalente em que a sua licenciatura é válida. | |

**Caso 2**

**Mulher de 50 anos (voz inquieta):**

**"Antes de explicar o problema que me trouxe, eu … eu queria … desculpe-me … queria pedir …**

**O senhor é crente? … Eu quero dizer … acredita na religião?"**

| | |
|---|---|
| 1 – Sim, com certeza, eu também sou crente. Eu compreendo-a perfeitamente | |
| 2 – Eu acho que devia nesse caso ir procurar antes um padre, uma vez que essa questão é para si condição de confiança. | |
| 3 – A senhora é crente? | |
| 4 – Não acha que a minha compreensão profissional no que diz respeito ao que a preocupa, deve contar mais do que a filiação ou não a um grupo religioso? | |
| 5 – Quer dizer que, a não ser que eu seja crente … eu não poderia compreender o que tem para me dizer … Sentir-se-ia intranquila nesse caso, não é isso? | |
| 6 – Você divide as pessoas em duas categorias: os crentes e os não crentes. | |
| 7 – É seu hábito ligar assim estreitamente a confiança em relação a alguém ao facto de saber se a pessoa é ou não crente? | |

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Caso clínico de pessoa com perturbação psicótica***

Exercício Prático:

Após a análise dos casos clínicos o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart

• Identificar e organizar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico

• Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)

• Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem

• Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

**Caso Clínico**

Sr. L., de 29 anos, solteiro, foi trazido ao serviço de urgência pela policia, para um internamento compulsivo. Sr. Luís tinha ameaçado os vizinhos com uma faca. Vive com a avó paterna numa aldeia pequena. A situação tem vindo a piorar desde há três meses, quando a avó deixou de o acompanhar ao centro de saúde devido a dificuldades na locomoção. Deixou de fazer a medicação IM de decanoato de flufenazina (Anatensol Decanoato 25 mg/ml solução injectável). Nestes últimos meses tem sido mais descuidado no vestir, o pensamento tornou-se mais desorganizado, tem estado levantado durante a maior parte das noites a deambular ou a ver televisão, e dorme mais durante o dia.

Teve várias discussões com a avó sobre a luz estar acesa, estar a fazer muito barulho e dinheiro que supostamente terá desaparecido. No dia em que é trazido ao hospital, ameaçou um vizinho com uma faca, acusando-o de o querer matar.

A avó e os vizinhos estão assustados com as suas ameaças. Luís era um estudante universitário de engenharia, com 23 anos, quando foi hospitalizado pela primeira vez por ter ameaçado os vizinhos. Nessa altura, tinha "ouvido" os vizinhos a fazerem troça dele e a planearem castigá-lo. Achava que eles tinham mexido na sua aparelhagem de som e que agora podiam ler-lhe os pensamentos.

Apesar de a sintomatologia positiva (alucinações e delírios) ser suprimida com a medicação, abandonou a faculdade e nunca trabalhou. Teve 4 ou 5 hospitalizações posteriores com duração de uma a quatro semanas; cada uma delas seguiu-se á interrupção da medicação

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Unidade Curricular (5º Semestre): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

Turma A e B

***Ficha didáctica***

***Caso clínico de pessoa com perturbação relacionada com substâncias***

Exercício Prático:

Após a análise dos casos clínicos o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar as diferentes componentes inerentes à problemática do caso exposto, Conforme o Modelo de Stress de Stuart

• Identificar os dados relativos à psicopatologia apresentados no presente caso clínico

• Organizar os dados identificados nas secções convencionadas adoptadas para a realização do exame mental

• Sistematizar a informação de acordo com as dimensões referentes às Necessidade Humanas Fundamentais (integrando os dados do exame mental)

• Formular um diagnóstico (prioritário) de enfermagem

• Apresentar pelo menos duas intervenções de enfermagem direccionadas ao diagnóstico formulado

**Caso Clínico 1**

A Dª L. é administrativa numa escola secundária, tem 28 anos, é casada e mãe de uma criança com 6 anos de idade. A Dª L é a mais velha das quatro irmãs, a sua mãe é doente alcoólica tratada, a irmã mais nova sofre de deficiência mental e dos estigmas da síndrome fetal alcoólica. História de alcoolismo familiar, para além da mãe, os avós maternos e um tio materno. A Dª L. começou a beber excessivamente aos 19 anos de idade acompanhada pelo namorado (actual marido). O seu consumo progrediu das festas de fim de semana com *blackouts* ocasionais para a ingestão maciça diária. Aos 22 anos de idade, deixou de beber durante cerca de um ano por sua iniciativa, pouco depois de saber que estava grávida. Durante esse período sentiu dificuldades em evitar a bebida mas manteve-se abstinente devido às preocupações com a gravidez. Pouco depois do nascimento da filha, Dª L. sentiu-se pressionada pelas exigências de cuidar de uma criança, regressou ao trabalho e sentiu-se novamente tentada a beber. Rapidamente

verificou que ia tomar uma bebida antes de voltar para casa, bebia vários cocktails com o marido ao fim da tarde e tomava 5 a 10 bebidas diárias durante o fim de semana. Tornou-se cada vez mais dependente da cunhada para cuidar da sua filha. Aos 28 anos, a dose tinha aumentado para 5 a 10 bebidas e 15 bebidas diárias durante o fim de semana. Às segundas feiras ia frequentemente adoentada para o trabalho, tinha várias vezes ressacas e começou a sofrer de gastrite. As análises efectuadas revelaram alterações hepáticas, pelo que o médico de família aconselhou-a a deixar de beber.

Porém a Dª. L. continuou a beber. Teve vários acidentes sob o efeito do álcool, contudo sem consequências legais. No trabalho faz todos os esforços para ocultar o seus problemas com a bebida, mas esses esforços não se estendem a casa, onde o marido alcoólico tolera que ela beba. Durante muito tempo fizeram um bom trabalho de encobrimento mútuo, ambos são talentosos e têm êxito profissional. Embora o interesse sexual dos dois tenha diminuído e tenham discussões frequentes, querem preservar o casamento por causa da filha. Dª. L. verificou que, embora beba menos que o marido, estes hábitos têm efeitos mais negativos na sua saúde. Refere já não ser capaz de parar de beber e sente-se angustiada e terrivelmente culpada pela sua fraqueza e negligência em relação à filha. Acabou por solicitar ajuda especializada, foi internada na Unidade de Alcoologia para iniciar tratamento.

É uma mulher de pequena estatura, vem bem vestida, parece muito envergonhada de si mesmo, e pouco à vontade a falar dos seus problemas. Sente-se desesperada em relação ao conseguir deixar de beber, contudo fica mais tranquilizada quando se lhe recorda que foi capaz de deixar de beber quando esteva grávida.

Não ingeriu qualquer bebida durante as 12 horas anteriores à consulta e sente actualmente um desejo irresistível de beber. Temperatura: 37,7 ºC, tensão arterial 140/90 mmHg. e pulsação 104. Queixa-se de dificuldade em adormecer e acorda várias vezes durante a noite. No final da tarde apresenta desorientação espaço-temporal, com sensação de insectos sobre a pele, ansiedade, acentuados tremores digitais e suores evidentes na região frontal.

**Aula ESMP (TP)**

**06.12.2012**

# CASO CLÍNICO: Perturbações psicóticas relacionadas com abuso de substâncias

A Dª L. é administrativa numa escola secundária, tem 28 anos, é casada e mãe de uma criança com 6 anos de idade. A Dª L é a mais velha das quatro irmãs, a sua mãe é doente alcoólica tratada, a irmã mais nova sofre de deficiência mental e dos estigmas da síndrome fetal alcoólica. História de alcoolismo familiar, para além da mãe, os avós maternos e um tio materno. A Dª L. começou a beber excessivamente aos 19 anos de idade acompanhada pelo namorado (actual marido). O seu consumo progrediu das festas de fim de semana com blackouts ocasionais para a ingestão maciça diária. Aos 22 anos de idade, deixou de beber durante cerca de um ano por sua iniciativa, pouco depois de saber que estava grávida. Durante esse período sentiu dificuldades em evitar a bebida mas manteve-se abstinente devido às preocupações com a gravidez.

Pouco depois do nascimento da filha, Dª L. sentiu-se pressionada pelas exigências de cuidar de uma criança, regressou ao trabalho e sentiu-se novamente tentada a beber. Rapidamente verificou que ia tomar uma bebida antes de voltar para casa, bebia vários cocktails com o marido ao fim da tarde e tomava 5 a 10 bebidas diárias durante o fim de semana. Tornou-se cada vez mais dependente da cunhada para cuidar da sua filha. Aos 28 anos, a dose tinha aumentado para 5 a 10 bebidas e 15 bebidas diárias durante o fim de semana. Às segundas feiras ia frequentemente adoentada para o trabalho, tinha várias vezes ressacas e começou a sofrer de gastrite. As análises efectuadas revelaram alterações hepáticas, pelo que o médico de família aconselhou-a a deixar de beber.

Porém a Dª. L. continuou a beber. Teve vários acidentes sob o efeito do álcool, contudo sem consequências legais. No trabalho faz todos os esforços para ocultar o seus problemas com a bebida, mas esses esforços não se estendem a casa, onde o marido alcoólico tolera que ela beba. Durante muito tempo fizeram um bom trabalho de encobrimento mútuo, ambos são talentosos e têm êxito profissional. Embora o interesse sexual dos dois tenha diminuído e tenham discussões frequentes, querem preservar o casamento por causa da filha. Dª. L. verificou que, embora beba menos que o marido, estes hábitos têm efeitos mais negativos na sua saúde. Refere já não ser capaz de parar de beber e sente-se angustiada e terrivelmente culpada pela sua fraqueza e negligência em relação à filha. Acabou por solicitar ajuda especializada, foi internada na Unidade de Alcoologia para iniciar tratamento.

É uma mulher de pequena estatura, vem bem vestida, parece muito envergonhada de si mesmo, e pouco à vontade a falar dos seus problemas. Sente-se desesperada em relação ao conseguir deixar de beber, contudo fica mais tranquilizada quando se lhe recorda que foi capaz de deixar de beber quando esteva grávida.

Não ingeriu qualquer bebida durante as 12 horas anteriores à consulta e sente actualmente um desejo irresistível de beber. Temperatura: 37,7 ºC, tensão arterial 140/90 mmHg. e pulsação 104. Queixa-se de dificuldade em adormecer e acorda várias vezes durante a noite. No final da tarde apresenta desorientação espaço-temporal, com sensação de insectos sobre a pele, ansiedade, acentuados tremores digitais e suores evidentes na região frontal.

## ANÁLISE ATRAVÉS DO MODELO DE STUART

Factores Predisponentes

- ✓ Biológicos
  - história familiar (possível correlação de antecedentes genéticos)
- ✓ Sócio-culturais
  - marido bebe
  - aprendizagem social com a família para o consumo

- ✓ Psicológicos
  - o facto de ter conseguido deixar de beber durante a gravidez
  - recaída: factores de adaptação (o porquê da recaída?) – resiliência?

Factores Precipitantes/ Stressores desencadeantes

- nascimento da filha (crise de desenvolvimento maturacional)

Avaliação do stressor – significados que a pessoa atribui às situações de crise

- (não há informação suficiente)

Respostas de adpatação

- ✓ capacidades pessoais
  - resiliência
  - personalidade auto-curativa (pediu ajuda)
- ✓ apoios sociais
  - cunhada
  - filha
- ✓ conquistas materiais/sucessos
  - talentosa, com êxito profissional

Mecanismos de adpatação

- construtivos (não há informação suficiente)
- destrutivos (não há informação suficiente)

## EXAME MENTAL

1. Apresentação: mulher de pequena estatura, bem vestida

2. Motricidade/Linguagem/Discurso: tremores (risco de desenvolvimento de *delirium tremens* numa pessoa em privação – definir de imediato prioridades de intervenção)

3. Contacto com entrevistador: envergonhada, pouco à vontade

4. Estado de consciência, orientação, atenção: confusão

6. Pensamento: pensamento obsessivo em torno da substância (álcool)

7. Alteração da percepção: alucinoses (alucinações visuais)

11. Funções biológicas: SV, ↓ da libido, alterações do sono

## CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

| NF | Manifestações de dependência |
|---|---|
| RESPIRAR | s.d |
| COMER E BEBER | Consumo maciço de álcool (5 a 10 bebidas diárias e 15 ao fim de semana) |
| ELIMINAR | Suores evidentes na região frontal |
| DORMIR E REPOUSAR | Dificuldade em adormecer e acorda várias vezes durante a noite |
| MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA BOA POSTURA CORPORAL | 37,7 ºC |
| VESTIR-SE E DESPIR-SE | s.d |
| ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS | s.d |
| EVITAR OS PERIGOS | Condução sob efeito de álcool/acidentes automóvel<br>Consumo maciço de álcool<br>Não bebe bebidas alcoólicas há 12 horas<br>Desorientação espaço temporal<br>Sente um desejo irresistível de beber<br>Sensação de insectos sobre a pele<br>Tremores acentuados e suores evidentes na região frontal.<br>Sente-se desesperada em relação ao conseguir deixar de beber |
| COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES | Discussões frequentes com o marido e diminuição do interesse sexual<br>Tornou-se cada vez mais dependente da cunhada para cuidar da sua filha<br>Angustiada e terrivelmente culpada pela sua fraqueza e negligência em relação à filha |
| AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS E OS SEUS VALORES | Reconhece os efeitos negativos do consumo de álcool na sua saúde<br>Pensamento obsessivo em torno da substância |
| OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE | No trabalho faz todos os esforços para ocultar o seus problemas com a bebida |
| RECREAR-SE | Bebe antes de voltar para casa, bebe vários coktails com o marido |
| APRENDER | Sd. |

## OBJECTIVOS

- Prevenir complicações associadas (desidratação, risco de progressão para *delirim tremens*, acidentes…)
- Diminuir o nível de ansiedade
- Desenvolver novos mecanismos de resolução de problemas
- Desenvolver competências adequadas às exigências do papel de mãe

## Exemplos de composição de DIAGNÓSTICOS e INTERVENÇÕES

Diagnósticos:

- Uso de álcool elevado
- Uso de álcool interrompido
- Confusão presente
- Coping adaptação
- Coping ineficaz alterado
- Ansiedade elevada
- Parentalidade comprometida
- (potencial) Não adesão
- Risco de Recaída (tempo) uso álcool
- Auto-estima baixa
- Ambivalência

Intervenções:

- Comunicar estabelecendo confiança, empatia (não confrontação)
- Observar regularmente o comportamento, verbalizações e expressão de emoções
- Avaliar ambiente
- Proporcionar ambiente terapêutico, nomeadamente a redução de estímulos (ex.: som, luz, n.º pessoas), e a segurança dos "objectos", local com luminosidade adequada (repouso em local seguro)
- Monitorização através do CIWA-AS (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*) (segundo o protocolo)
- Reforçar a hidratação adequada e correcção dos desequilíbrios hidroeletrolíticos
- Avaliação dos parâmetros vitais
- Reduzir a ansiedade
- Reforçar a auto-eficácia
- Promover a resolução da ambivalência
- Avaliar a aceitação do estado de saúde
- Avaliar a adesão
- Ensinar sobre o regime de tratamento
- Ensinar e treinar técnicas de adaptação
- Ensinar e treinar técnicas de relaxamento
- Ensinar a família sobre a doença
- Avaliar coping alternativo
- Ensinar e treinar técnicas de resolução de problemas

- Promover a higiene e vestuário, da alimentação e do sono
- Avaliar ambiente

## Problemas de enfermagem

- Confusão Aguda
- Alterações sensorio-perceptivas
- Coping Ineficaz
- Alteração do padrão: de higiene; alimentação; sono; eliminação
- Alteração da dinâmica familiar
- Comunicação ineficaz a nível afectivo/cognitivo
- Défice de auto-estima
- Isolamento social
- Ansiedade moderada/grave
- Risco para déficit do volume de líquidos
- Risco de violência auto/heterodirigida
- Dor

## FOCOS (CIPE)

- Uso de álcool
- Confusão
- Parentalidade
- Percepção
- Alucinação
- Coping adaptação
- Insónia
- Ansiedade
- Ambivalência
- Não Adesão
- Baixa Auto-estima
- Recaída

# Caso Clínico

A Sara tem 19 anos de idade, é solteira e desempregada. Um mês após o nascimento do seu primeiro filho foi ao Centro de Saúde de S. Martinho pedir ajuda por dificuldade em dormir, despertar precoce, ter crises de choro e dificuldades para cuidar do bebé devido à apatia e fadiga. Vive com os seus pais e irmãos, nunca viveu sozinha e é dependente dos pais. A sua mãe estava "furiosa" com ela por ter tido um filho e com frequência recusava-se a cuidar do bebé. O seu namorado prometeu casar com ela, no entanto, recentemente, decidiu recuar por se considerar muito novo para assumir tal responsabilidade.

Após a leitura do texto, responda às questões que se seguem tendo em consideração as aulas teóricas lecionadas até ao momento na unidade curricular de ESMP, especificamente os conteúdos inerentes ao módulo I.

1- Sob o ponto de vista clínico, como classifica a situação apresentada? Justifique.
2- Segundo o Modelo de Stress de Stuart (2006), refira as componentes biopsicossociais que poderão ser identificados na situação clínica apresentada.
3- Quais os problemas de enfermagem prioritários apresentados pela Sara?
4- Qual a proposta de cuidados de enfermagem que apresentaria para ajudar a resolver os seus problemas prioritários?

Bom trabalho!

Coimbra, 15 de Outubro de 2012

Professora Isabel Marques

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
Unidade Curricular (5º Semestre/2010/2011): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

***Ficha de estudo 1***

Texto de leitura obrigatória

**"Determinantes sociais e económicos da saúde mental".** (Alves, AAM e Rodrigues, NFR (2010). Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28(2) p. 127-131.

Após a leitura do texto o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar os determinantes sociais e económicos da saúde mental

• Descrever a importância do conhecimento dos determinantes sociais e económicos da saúde mental na promoção da saúde mental e prevenção das perturbações psiquiátricas

**Coimbra, Setembro de 2012**

**Professora Coordenadora Isabel Marques**

.

BOM TRABALHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
Unidade Curricular (5º Semestre/2012/2013): **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

(DR nº112/ 12 de Junho de 2008, Deliberação nº 1634)

***Ficha de estudo 2***

Textos de leitura obrigatória

**"Evolução Histórica da Psiquiatria e Saúde Mental"** (Lima, A e Moreira, P., 2005): p. 36- 53) **in** Saúde Mental. Do tratamento à prevenção (Moreira, P.; Melo, A.; Pires, C. ; Crusellas, L. e Lima, A. , 2005), Editor: Porto Editora, ISBN: 978-972-0-34751-0.

Após a leitura do texto o estudante deverá ser capaz de:

• Distinguir ao longo dos períodos históricos as diferentes concepções de "doença mental";

• Analisar as implicações das diferentes concepções na prestação de cuidados às pessoas com perturbações psiquiátricas;

Ferreira L, Firmino P, Flórido P, Gamanho D, Jorge L (2006). **Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental.** *Psilogos : Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.* Vol.3 (1), p.61-70.

Após a leitura do texto o estudante deverá ser capaz de:

• Identificar os tratamentos psiquiátricos utilizados em Portugal

• Analisar algumas caraterísticas dos cuidados de enfermagem em psiquiatria

**Coimbra, Setembro de 2012**

**Professora Coordenadora Isabel Marques**

**Professora Adjunta Teresa Barroso**

BOM TRABALHO