



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A família como parceiro no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental

Joana Salomé Alves Martins

2015



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A família como parceiro no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental

Joana Salomé Alves Martins

Lúcia Vaz Velho

Domingos Malato

2015

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Domingos Malato, pelo constante apoio, motivação, orientação e crítica construtiva.

À minha família pelo incentivo constante, paciência e infinita compreensão.

Aos meus colegas de trabalho pela partilha de conhecimentos, colaboração e apoio.

Aos meus colegas de curso, pela amizade e apoio.

Às pessoas que integraram o estudo, pela sua participação e colaboração, sem os quais este trabalho não seria possível, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho reflete a experiência desenvolvida durante o estágio do 4º curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que visa a aquisição de competências de Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório das atividades realizadas no estágio tem por base a avaliação das necessidades da pessoa com doença mental e de que forma a família é considerada ou não, parceiro no processo de reabilitação do seu familiar. Participaram neste estudo quatro pessoas com doença mental envolvidas em processo de Reabilitação Psicossocial, assim como os seus respetivos técnicos de referência, por intermédio da aplicação do Instrumento de Avaliação de Necessidades de Camberwell.

As necessidades identificadas pelas pessoas com doença mental inquiridas, de acordo com o instrumento aplicado, incluíram: o sofrimento psicológico; nível da informação acerca da doença e tratamento, de subsídios/benefícios sociais; tarefas domésticas básicas e atividades diárias. Foram desenvolvidas intervenções de carácter uni e multifamiliar, grupos terapêuticos, no sentido de dar resposta as necessidades acima citadas, havendo melhorias do ponto de vista relacional e comunicacional entre a pessoa com doença mental e seus familiares, conduzindo a uma maior autonomia da pessoa no seu processo de Reabilitação Psicossocial, assim como o envolvimento dos seus familiares.

No entanto pode-se concluir que o afastamento das famílias causado pelos longos internamentos, o estigma em torno da doença mental e as perceções negativas relativamente à doença, comprometem a motivação e o envolvimento das famílias em todo o processo reabilitativo do seu familiar. A necessidade de reestruturação de papéis assim como a inclusão das famílias na vida da pessoa com doença mental torna-se por vezes um processo difícil e doloroso. O sucesso da família no apoio ao seu familiar doente dependerá da existência de suportes adequados na comunidade, da capacidade por parte dos profissionais de entenderem a experiência da família, bem como serem capazes de ir ao encontro das necessidades por eles identificadas, estabelecendo uma relação de parceria com um objetivo comum: Reabilitação Psicossocial da Pessoa com doença mental.

Palavras- Chave: Necessidades da pessoa com doença mental; família; Instrumento de Avaliação das Necessidades de Camberwell; Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

The present work reflects the experience developed during the internship of the 4th Masters Course in Psychiatric and Mental Health Nursing, aimed at the acquisition of skills for a Specialist Nurse in Psychiatric and Mental Health.

The report of the activities performed during the internship is based on the assessment of the various needs of people with mental illness, and how their families are considered, or not, a partner in their rehabilitation process.

Four people with mental illness in psychological and social rehabilitation, as well as their reference technicians, took part in this study, through the application of the *Camberwell Assessment of Need*.

According to the applied instrument, the various needs identified by people with mental illness included psychological distress, some level of information about their disease and treatment, social benefits, household skills and daytime activities.

Single and multifamily interventions, as well as therapeutic groups, were developed in order to respond to the identified needs, with noted improvements in the relationship and communication between people with mental illness and their families, leading to an increase of the autonomy level during the rehabilitation process of the said people with mental illness, as well as the involvement of their families.

However it can be concluded that the distance from their families, caused by long stays in the hospital, as well as the stigma surrounding mental illness and negative perceptions of this type of illness, compromise the motivation and the involvement of families during the rehabilitation process.

The need to restructure roles, well as the inclusion of families in people with mental illness's lives, becomes a difficult and painful process in some circumstances.

The success of the family in supporting their ill relatives will depend on both suitable community support and the technician's capability of understanding, which makes them able to deal with the identified needs, establishing a partnership with a common goal: the psychosocial rehabilitation of people with mental illness.

Key words: needs of the person with mental illness; family; Camberwell Assessment of Need; psychosocial rehabilitation.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1. Perspetiva histórica- da família para a instituição e da Instituição para a família	10
1.2. Desinstitucionalização da pessoa com doença mental	13
1.3. Reabilitação Psicossocial	14
1.3.1. Modelos de reabilitação psicossocial	15
1.3.2. Princípios da reabilitação psicossocial	18
1.3.3. Métodos de avaliação utilizados em Reabilitação Psicossocial	19
1.3.4. Papel dos profissionais	20
1.3.5. Avaliação das necessidades em Saúde Mental	21
1.4. A Família	24
1.4.1. A família e a perceção da doença mental	25
1.4.2. Necessidades dos familiares da pessoa com doença mental	25
1.4.3. Impacto do estigma na família	27
1.4.4. Sobrecarga emocional da família	28
1.4.5. Papel da família na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental e seu envolvimento	29
2. METODOLOGIA	31
2.1. Finalidade e Objetivos	31
2.2. Metodologia e Plano de Trabalho	32
2.3. Características dos serviços onde decorreu a colheita de dados	33
2.4. Aplicação do Inquérito de Avaliação das Necessidades de Camberwell (CAN)	35
3. RESULTADOS	38
3.1. Apresentação de Resultados	38

3.2. Principais conclusões	39
3.3. Identificação de áreas de intervenção em Enfermagem	42
4. DISCUSSÃO	45
4.1. Limitações do trabalho	48
4.2. As implicações/ recomendações do trabalho para a prática	51
5. CONCLUSÃO	53
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
7. ANEXOS	61
8. APENDICES	117

INTRODUÇÃO

A reabilitação psicossocial é um processo onde a pessoa com doença mental, a família, os técnicos de referência e os agentes da comunidade interagem, para que sejam desenvolvidas e atribuídas competências que permitam inserção ou reinserção satisfatória da pessoa com doença mental nos ambientes à sua escolha.

O objetivo deste trabalho, essencialmente reflexivo, centra-se na identificação das necessidades das pessoas com doença mental em processo de reabilitação psicossocial, assim como o envolvimento dos seus familiares.

Primariamente será abordada uma componente histórica, que permitirá transmitir uma perspectiva evolutiva da inclusão da família na vida da pessoa com doença mental, fazendo uma referência breve à desinstitucionalização, uma abordagem transversal ao longo dos tempos, contextualizada nas práticas atuais, assentes nos pressupostos de que os cuidados de saúde mental devem ser preferencialmente prestados no ambiente da pessoa junto dos seus familiares.

O recurso ao internamento será cada vez mais breve, sendo efetivado quando outras respostas não se mostrarem eficazes ou quando no projeto terapêutico se encontrem vantagens para que o internamento temporário aconteça.

Neste percurso histórico ainda serão descritos alguns pressupostos da reabilitação psicossocial assim como alguns dos modelos baseados neste processo, de acordo com vários autores. Serão evidenciados os papéis da pessoa com doença mental e dos profissionais neste processo e de que modo a avaliação das necessidades da pessoa com doença mental, de acordo com o Instrumento de Avaliação das Necessidades de Camberwell, permite nortear a atuação e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, visando a aquisição de competências gerais e específicas.

Ainda no enquadramento teórico será dada evidência à família, à representação da doença mental no seio familiar, as suas necessidades enquanto família, assim como a importância reconhecida da presença da família no processo de reabilitação da pessoa com doença mental. Dar-se-á especial ênfase à sobrecarga emocional sentida pelos familiares assim como a constante presença do estigma, dificultador da inclusão da família.

A aplicação do instrumento supracitado permitirá avaliar as necessidades da pessoa com doença mental, assim como a percepção dos técnicos de saúde mental relativamente ao envolvimento das famílias no processo de reabilitativo.

Os resultados obtidos demonstraram vantagens na aplicação deste instrumento, permitindo uma abordagem mais diretiva para satisfação das necessidades evidenciadas.

De salientar a dificuldade de inclusão das famílias, já há muito esquecidas, potenciada pela percepção negativa da doença, pela sobrecarga emocional e pelo estigma, conduzindo ao afastamento do seu familiar doente.

Conclui-se assim, a necessidade do desenvolvimento de estratégias de aproximação da pessoa com doença mental e seus familiares, por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, com especial importância na clarificação de papéis e reconhecimento da importância do trabalho de parceria e das competências de cada elemento em todo este processo de Reabilitação Psicossocial.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Perspetiva histórica- da família para a instituição e da instituição para a família

O estudo da prevenção das perturbações psíquicas é um facto relativamente recente na história. Esta preocupação preventiva surgiu com a Terceira Revolução em Saúde Mental motivada principalmente em dois fatores: a influência dos progressos da medicina preventiva e a incapacidade das estruturas existentes assegurarem os cuidados de saúde nesta área específica.

Com o aparecimento do conceito de Saúde Mental Comunitária, afastada do modelo clínico a que até então estávamos habituados, a Saúde Mental Preventiva passou a considerar como objeto de estudo, não só a pessoa, mas a própria comunidade e os seus ecossistemas (Cordeiro, 1994), inspirada nos modelos de medicina preventiva aplicando os princípios de higiene mental às populações.

Os anos 50 e 60 foram marcados pelo início de uma nova etapa nas abordagens relacionadas com o tratamento e reabilitação das pessoas com doenças mentais, dando início ao desenvolver de uma nova perspetiva: a população deveria receber os cuidados necessários inseridos nas suas comunidades, evitando deste modo a institucionalização.

Assim, em 1963 foi promulgada, nos Estados Unidos, a Lei dos Centros de Saúde Mental. Segundo esta lei os centros deveriam proporcionar vários serviços, tais como: internamento, acompanhamento pós-alta, hospital de dia, serviços de apoio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria e prevenção através de ações educativas (Ornelas, 1996).

Neste contexto, a institucionalização começava a ser encarada como um grave problema, promovendo a separação das pessoas com doença mental da sua família e comunidade, conduzindo conseqüentemente à perda da individualidade, identidade, degradação das condições de vida, rutura dos laços familiares e sociais, negligência abandono e por vezes, maus-tratos físicos.

Estes fatores apontavam para o fenómeno de exclusão social, questionavam-se as condições de vida das pessoas com doença mental, agravamento dos seus quadros clínicos e a imputação aos médicos na manutenção dessa situação.

Como consequência, no século XIX, surge nos Estados Unidos um movimento de desinstitucionalização que pretendia melhorar as condições de vida da pessoa com doença

mental, divulgar a terapia ocupacional e a psicoterapia institucional, contestando os hospitais mentais como instituições totalitárias (Sousa, 2008).

Assim, a desinstitucionalização no seu principal objetivo abrangeria alguns procedimentos, nomeadamente, a transferência das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos para instituições alternativas, adiamento dos novos internamentos e o seu desvio para outras instituições, o desenvolvimento de novos serviços acessíveis e eficazes na comunidade.

A família é referida por vários autores como uma unidade fundamental na manutenção da pessoa com doença mental fora da instituição psiquiátrica. O domicílio é considerado por muitos como um local privilegiado para a prestação dos cuidados de enfermagem onde o profissional se depara com a realidade familiar e adapta as suas orientações no sentido de promover, recuperar a saúde ou readaptar a pessoa com doença mental ao contexto em que vive.

Atualmente, muitos trabalhos desenvolvidos na área da saúde mental, não se debruçam apenas na pessoa doente mas em toda a estrutura da sociedade na qual esta se encontra inserida, incluindo a família.

Penna (1993) descreve que uma das funções da família é atender às necessidades de crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Destaca que a família atua no ambiente em que vive, transforma-o e é por ele transformada, enfrenta crises, conflitos e contradições. Na realidade, enquanto enfermeiros, somos confrontados com frequência com conflitos dentro da organização familiar que conduzem a problemas emocionais, ao abandono e à saída de um dos membros da família e até ao aparecimento e manifestação de doenças mentais.

A família, por défice de informação sobre a doença, dificuldade de relacionamento ou até precárias condições económicas, encaram a instituição psiquiátrica como a única alternativa de atendimento ao seu familiar. Na maioria das vezes, esta situação reside na falta de serviços alternativos que prestem cuidados a pessoa com doença mental, mas também, que ajude, apoie e oriente a família.

Para Bandeira (1994), a desinstitucionalização e consequentemente a reinserção social da pessoa com doença mental na comunidade, somente acontecerá se houver investimento em serviços alternativos que apoiem, suportem e ajudem a pessoa e sua família.

É frequente que os profissionais que trabalham com a saúde e doença mental esperarem que a família aceite a doença. Deverá ser desenvolvida uma atitude colaborativa, uma parceria, focalizada no desenvolvimento das potencialidades das famílias e não a doença do seu

familiar.

No sentido de compreender e conhecer a realidade familiar, o enfermeiro necessita de interiorizar o modelo de organização da família a quem dirige a sua atuação, valores, crenças e procedimentos. Ao relacionar-se com outro, é necessário primeiro, conhecer os seus pensamentos e sentimentos, conhecer-se, aceitar-se, para posteriormente partir para a relação.

Deste modo, o enfermeiro que irá desenvolver a sua atuação envolvendo famílias, necessita de definir o seu próprio modelo de compreensão de família, para que atue de modo a não julgar, mas sim oferecer elementos para a análise da situação deixando que a família decida e intervenha.

O trabalho com famílias não deverá ser unidirecional mas sim uma proposta compartilhada. Apesar da discussão em torno da importância do envolvimento familiar no tratamento e da necessidade de apoio à mesma, ainda existem profissionais que vêm a família como um simples auxiliar do tratamento.

Macedo (1996) ressalva que durante muito tempo, os profissionais tiveram a família como produtora da doença mental e isso não lhes permitia vê-la como aliada para recuperar a pessoa institucionalizada. É fundamental contar com a família no processo de reinserção, ajudá-la também a encontrar caminhos para a resolução de problemas e esclarecimento de dúvidas.

No entanto, este mesmo autor observa que a família da pessoa com doença mental não recebe nenhum tipo de apoio para enfrentar a sobrecarga emocional e financeira decorrente do convívio diário com o seu familiar doente.

Os profissionais de saúde ainda têm dúvidas em encarar a família como seu principal aliado, famílias que na maior parte das vezes se encontram dispostas a enfrentar todo e qualquer tipo de esforços para manter o seu familiar desinstitucionalizado.

O enfermeiro enquanto profissional possui capacidades de apoiar a pessoa com doença mental e a sua família, no domicílio ou fora dele, nos momentos de sofrimento e crise. Ao promover a preparação da família e comunidade para o acolhimento do seu familiar, ao regressar da instituição psiquiátrica, é possível à pessoa com doença mental e à sua família conduzirem as suas vidas com qualidade e saúde mental.

1.2. Desinstitucionalização da pessoa com doença mental

A desinstitucionalização consiste essencialmente na transição da pessoa com doença mental, do contexto tradicional e institucional para a comunidade, onde se continuam a prestar os cuidados necessários (Anthony, 1990).

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, criada no ano de 2006, deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa, entre outros objectivos, “promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias”.

Atualmente o panorama nacional e internacional inclina-se para a manutenção da pessoa com doença mental em contexto familiar. Isto implica, que se aprofundem conhecimentos científicos relativamente às vantagens e desvantagens da pessoa institucionalizada e da pessoa em contexto familiar.

Podemos verificar esta mudança de paradigma através do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2007-2016), onde apresenta um futuro com diminuição da institucionalização e aumento da rede de apoio de intervenção na comunidade, permitindo ao utente e família uma maior qualidade de vida.

O PNSM (2007 – 2016) visa prosseguir os seguintes objetivos:

1. Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
2. Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
3. Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
4. Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
5. Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Contudo, ainda se levantam questões sobre a praticabilidade da manutenção no âmbito familiar, quer pela preparação e disponibilidade dos técnicos de saúde quer ainda pela interpretação e execução da lei de saúde mental.

Em Portugal, quando se fala de integração comunitária da pessoa com doença mental está-se quase exclusivamente a falar de “integração” da pessoa nas suas famílias.

As famílias representam o recurso mais económico da implementação da psiquiatria comunitária, consideradas a estrutura extra-hospitalar menos exigente, frequentemente não tratada como parceiro da estratégia terapêutica e de reabilitação, mas como mera transferência de tutela dependente.

A pessoa deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a responsabilidade da família, ambos sujeitos (pessoa com doença mental e familiar) ao cumprimento das determinações médicas. Enquanto a desinstitucionalização abre as portas do hospital, a reabilitação abre as portas da comunidade á pessoa com doença mental (Anthony, 1990).

1.3. Reabilitação Psicossocial

Quando falamos de reabilitação psicossocial, referimo-nos a um complexo processo que para além de envolver múltiplas técnicas, permite á pessoa com doença mental minimizar as suas deficiências e as suas reações pessoais adversas resultantes da doença, ajustar-se ou ultrapassar as incapacidades sociais, assim como, desenvolver capacidades potenciais ou reaprender capacidades.

Este processo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), oferece á pessoa debilitada, incapacitada ou deficiente por doença mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade onde se insere. Envolve tanto o desenvolvimento das competências individuais como a introdução de mudanças sociais.

A OMS estabeleceu como objetivos primordiais da reabilitação psicossocial, a emancipação (empoderamento) das pessoas com doença mental; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde.

As estratégias da reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades da pessoa com doença mental, o contexto no qual é promovida e por outro lado quais as condições culturais e

sócio-económicas do país onde é posta em prática.

Segundo a OMS (2002), a eficácia da reabilitação psicossocial envolve “uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial”.

Este serviço de tratamento, que deverá sempre assumir uma atitude de continuidade e postura compreensiva adequada às necessidades e capacidades das pessoas com doenças mentais e suas famílias, envolve os serviços de planeamento e avaliação funcional, avaliações contínuas de intervenção, treino de capacidades e habilidades sociais, reabilitação vocacional, suporte das famílias, *case- management* e farmacoterapia.

1.3.1. Modelos de reabilitação psicossocial

Os modelos de reabilitação surgiram em virtude da observação, de que os modelos existentes nos anos 70 eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pessoas com doença mental que haviam perdido as habilidades necessárias para viver em comunidade, potenciado pela própria doença e pelos longos períodos de internamento.

Modelo Curativo ou “Médico”

Trata-se de um modelo baseado num diagnóstico obtido face a determinado conjunto de sintomas. Este diagnóstico irá implicar um conjunto de intervenções com o objetivo de atingir a cura.

Conforme descrito em vários estudos, o diagnóstico e os sintomas psiquiátricos tornam-se pouco preditivos, embora úteis, em termos de resultados obtidos em reabilitação.

As limitações da aplicabilidade deste modelo surgem nos casos de doença designada por somática, frequentemente presentes em diagnósticos psiquiátricos.

A ênfase na cura e não no modo como se lida com o problema ou disfunção, é referido por como outra das limitações.

Estamos perante um modelo que conduz a pessoa com doença mental a adotar uma postura passiva, não integrante do seu próprio processo de reabilitação.

Modelo das “Aptidões e Perícias”

Este modelo tem como suporte o trabalho desenvolvido por William Anthony no Centro de Reabilitação Psiquiátrica de Boston.

Neste centro, os princípios utilizados na reabilitação de pessoas com incapacidades físicas, foram igualmente aplicados e adaptados a pessoas com doença mental.

Para o autor, a reabilitação psiquiátrica apresenta os mesmos objetivos gerais que a reabilitação física: desenvolver na pessoa perícias e aptidões específicas que esta vai necessitar e mobilizar, no sentido de recolher no ambiente recursos ou formas de suporte capazes de contribuir para o melhoramento da sua funcionalidade. Da interação entre os elementos indivíduo e ambiente surgirá ou não o processo reabilitativo.

Correspondente a este modelo reabilitação, evidenciam-se três fases: o diagnóstico, planeamento e intervenção.

A primeira fase diagnóstica, é definida juntamente com a pessoa com doença mental sendo que o seu processo será orientado tendo por base o ambiente de vida, de trabalho ou aprendizagem. Nesta fase, para além de serem considerados os recursos que a pessoa irá necessitar, são igualmente identificadas as suas potencialidades e dificuldades.

No planeamento são definidas um conjunto de etapas que a pessoa terá de percorrer para atingir o seu objetivo da reabilitação.

Na fase da intervenção são incluídas a aprendizagem de novas aptidões, a prática de aptidões que a pessoa mantém mas que não utiliza e ainda como recorrer aos recursos e apoios da comunidade (ambiente).

Este modelo baseia-se num progresso unidirecional, relativamente ao objetivo traçado, sendo uma das desvantagens identificadas. Nos casos de doença psiquiátrica de longa evolução, é frequente haver avanços e recuos, gerando alguma instabilidade e necessidade de reajustar os objetivos inicialmente definidos (Ekdawi e Conning, 1994).

Por outro lado, este modelo representa um importante progresso na reabilitação psicossocial, permitindo uma abordagem individualizada tendo em conta vários contextos de funcionamento guiado por uma intervenção mais realista e objetiva.

Modelo das “Incapacidades”

O processo de reabilitação baseado neste modelo, consiste em que a pessoa com doença mental se adapte ou readapte a viver com a sua incapacidade, tendo como objetivo primordial a alteração e ajuste do ambiente para atenuar essa incapacidade.

Segundo Wing citado por Gago (1996), pode adaptar-se este modelo em Psiquiatria, baseando-se em três níveis: incapacidade primária (dependente diretamente da doença), secundária (resultado entre a reação da pessoa perante a situação de doença e incapacidade) e terciária (relacionada com fatores como o estigma, desemprego e pobreza).

Este modelo salienta vantagens permitindo uma abordagem mais completa relativamente aos três níveis descritos, não se centrando apenas nos sintomas, sendo valorizada a pessoa e atitude, assim como a comunidade em que esta inserida.

Como desvantagens, este modelo ainda se encontra fortemente influenciado pelo modelo curativo, sendo ainda difícil sua operacionalização e o traçar de intervenções.

Modelo das “Necessidades”

Este modelo integra o processo de reabilitação psicossocial nos cuidados e suporte prestados pelos serviços de Saúde mental, assim como pela comunidade em geral.

Baseia-se numa perspectiva de cuidados integrados e continuados, tendo como objetivo principal responder de forma individualizada às necessidades da pessoa com doença mental e sua família.

Em reabilitação, ao avaliar diferentes áreas de funcionamento da vida de uma pessoa, podem-se determinar as necessidades, contribuindo para a elaboração de um plano individual de reabilitação que dê resposta total ou parcialmente às necessidades inicialmente identificadas.

Para o desenvolvimento deste modelo terá contribuído o desenvolvimento do conceito e da função de *case management*, que segundo Thornicroft (1991), corresponde á coordenação de cuidados prestados á pessoa, por um técnico de referência, que avalia as necessidades, define um plano e coordena a prestação de cuidados no sentido de assegurar a continuidade e a resposta às necessidades identificadas.

As dificuldades de tornar o conceito de necessidade mais objetivo e a elevada influência, pelo menos inicialmente, das necessidades normativas (opinião dos técnicos), limitaram a sua aplicação na área da reabilitação psicossocial.

Este modelo contribui para uma abordagem mais holística, respostas mais adequadas assim como o assegurar da continuidade dos cuidados. Não se restringe ao desenvolvimento de aptidões ou na definição de um plano de intervenção, inclui também as expectativas do próprio, mobilizando o envolvimento do cliente, da família, da comunidade.

O aparecimento e validação de instrumentos estandardizados para a avaliação das necessidades, como o eleito para este trabalho (Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell- CAN), com a participação dos técnicos e das pessoas com doença mental, permitiu que este modelo começasse a ser utilizado de forma mais sistemática, não só na investigação mas também no processo de reabilitativo.

No entanto, não se deve constituir um processo isolado, devendo ser articulado com outros modelos, conceitos e princípios utilizados em reabilitação psicossocial (Ekdawi e Conning, 1994).

Cada vez mais se torna imperiosa a avaliação de outras dimensões envolvidas na reintegração da família, no grau de autonomia e na melhoria de qualidade de vida da pessoa com doença mental.

1.3.2. Princípios da reabilitação psicossocial

A existência de vários modelos, técnicas e métodos contribuíram para uma maior diversidade das intervenções em reabilitação conduzindo uma maior definição e especificidade desta área no âmbito da Saúde Mental.

De acordo com Joaquim Gago (1996), podem-se salientar vários princípios, não exclusivos de determinado modelo, mas comuns à maioria das intervenções em reabilitação psicossocial:

- a) O envolvimento da pessoa é fundamental em todas as fases do processo de reabilitação, contribuindo para a sua participação ativa e mesmo sendo difícil, deverá ser estimulada.
- b) Abordagem individualizada. A flexibilidade é um outro princípio inerente ao processo de reabilitação. A avaliação, planeamento e intervenção devem ter como base de elaboração a pessoa. O aplicável a uma pessoa, poderá não ser aplicável a outra (Anthony, 1990).
- c) A melhoria clínica e a diminuição do impacto dos sintomas não conduz necessariamente à melhoria da capacidade funcional e reintegração social, com maior destaque nas pessoas

com doenças mentais graves (Lieberman, 1989). Dever-se-á atribuir maior ênfase às competências e aptidões da pessoa.

- d) É necessário atribuir as aptidões adquiridas a situações específicas e reais, da vida presente ou futura integradas no meio social, familiar e profissional a que a pessoa pertence.
- e) Qualquer pessoa mesmo parecendo sem possibilidade de tratamento ou recuperação, mantém sempre em si a capacidade de responder positivamente. A esperança é um componente essencial na prática reabilitativa.
- f) A reabilitação psicossocial deve ser dinâmica, com recurso a várias abordagens e múltiplas técnicas. Uma técnica que revele ser eficaz e adequada deverá ser introduzida.
- g) O desenvolvimento de condições de suporte na comunidade também deve ser trabalhado em simultâneo com a melhoria das aptidões da pessoa com doença mental. São necessárias mudanças na família, comunidade para permitir a funcionalidade esperada da pessoa.
- h) Desenvolvimento do potencial vocacional da pessoa com doença mental contribuindo para a valorizar a sua posição social.
- i) A utilização dos papéis e dos ambientes normais (princípio da normalização). Promover padrões culturalmente aceites para atribuir competências e habilitar outras pessoas a viverem de acordo com esses mesmos padrões, assume-se vantajoso. A aplicação deste princípio à Saúde Mental contribuiu para que as circunstâncias de determinada pessoa sejam analisadas relativamente a uma com os mesmos antecedentes sócio culturais e sem doença. As expectativas deverão ser realistas, não sendo possível ignorar o fato de estarmos perante pessoas com doença mental, que irão continuar a necessitar de tratamento durante e após a reabilitação.
- j) Trabalho de equipa conduz a uma acção terapêutica diferenciada, baseada numa partilha de decisões e responsabilidades, com um objetivo comum e diferenciado.

1.3.3. Métodos de avaliação utilizados em Reabilitação Psicossocial

A avaliação das necessidades através de instrumentos standardizados em Reabilitação é algo recente mas com inúmeras vantagens descritas no Modelo das Necessidades. Neste trabalho será utilizado um dos instrumentos habilitados para tal: Inquérito de Avaliação de

Necessidades de Camberwell.

1.3.4. Papel dos profissionais

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao indivíduo, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e atividades dependem, contudo, de fatores como a sua área de atuação, a sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

Os cuidados que prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas, visando um ou mais dos objetivos fundamentais da profissão de Enfermagem: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Os cuidados de enfermagem específicos na área de Saúde Mental têm como objetivo principal contribuir para que as pessoas com doença mental atinjam o seu nível máximo de autonomia. Ajudar e encorajar para que desenvolvam as suas potencialidades, proporcionar ajuda aos respetivos familiares para que intervenham nesse processo, bem como colaborar na sua integração social, são algumas das funções inerentes a esta área de atuação.

Tendo em conta as diversas atividades que podem desempenhar são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais. Além dos conhecimentos técnicos e científicos, é imprescindível que privilegiem e procurem desenvolver permanentemente as suas capacidades de comunicação e de relacionamento.

As competências básicas solicitadas a estes profissionais incluem como envolver as pessoas numa perspectiva de parceria, inspirar a esperança, promover uma ligação terapêutica individualizada, apoiar e facilitar a viagem individual no seu processo de reabilitação psicossocial.

O sucesso das suas intervenções depende, em grande parte, da empatia que conseguem criar com os destinatários dos seus cuidados, tornando-se imperiosa a capacidade de escuta, fornecendo informações adaptadas ao seu nível sócio cultural.

Estabelecida a relação de confiança encontram-se criadas as condições necessárias para participação ativa do indivíduo, família, grupos ou comunidade em todo o processo.

Ao longo de décadas, o atendimento à pessoa com doença mental esteve intimamente ligado a grandes hospitais, tendo como principal característica internamentos prolongados e por

consequente, o afastamento do doente do seu ambiente familiar e social.

No âmbito da reabilitação psicossocial é da competência dos enfermeiros fornecer informação necessária, tanto á pessoa com doença mental como á sua família, de modo a permitir que a pessoa recupere as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade, fornecendo-lhes ferramentas para fazer face às suas incapacidades.

“Quanto mais cedo se começar a reabilitação, maiores serão as possibilidades de manter as suas capacidades de relação consigo mesmo e com o seu meio, e será menor a deterioração” (Basteiro, 2004).

A reabilitação da pessoa com doença mental em muitos casos pode e deve começar antes do seu internamento. Encorajar a família e encorajar a pessoa com doença mental a compreender que a família deverá estar envolvida, assume um carácter primordial.

São frequentes casos onde após algum tempo de internamento as pessoas apresentam melhorias significativas, com capacidades de regressarem á vida social, mas que entretanto foram ficando sem nenhum familiar com o qual possam conviver, sem um familiar capacitado para lidar com o processo reabilitativo.

Neste sentido, o enfermeiro assume um papel importante na medida em que a orientação e acompanhamento das atividades dentro da família e/ou comunidade, poderão proporcionar melhores condições de saúde e bem-estar á pessoa com doença mental.

Deverá promover uma assistência mais abrangente; oferecer à família e à pessoa com doença mental orientações e informações necessárias Para que uma mudança realmente ocorra, é necessário que o enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica esteja disponível para oferecer á pessoa com doença mental e aos seus familiares, uma assistência efetiva e humanizada, conduzindo a aquisição de competências específicas que, “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2010).

1.3.5. Avaliação das necessidades em Saúde Mental

No âmbito das intervenções em Psiquiatria e Saúde Mental nem sempre é fácil provar o benefício para a pessoa a quem dirigimos a nossa atuação de uma forma objetiva. Apesar de todos os esforços em torno do conceito das Necessidades em Saúde Mental continua a ser

uma temática não consensual, dependendo várias vezes de juízos de valor, das pessoas e dos grupos que o determinam, assim como os processos de intervenção.

Apesar destas dificuldades sentidas na clarificação deste conceito, a maioria dos autores defende que na prestação de cuidados em Saúde Mental, em particular dirigido às pessoas com doença mental grave, devemos ter como base a resposta às necessidades detectadas. Este conceito tem evoluído no sentido da procura de algo mais objetivo e de fácil operacionalização, aplicável não só á investigação mas também na prática clínica e na intervenção psicossocial.

Já Maslow (1968) havia proposto uma hierarquia de necessidades onde as necessidades fisiológicas de ordem mais baixa se encontram na base, as necessidades de segurança estão mais acima, a necessidade de realização e de amor estão ainda mais acima e o desejo de estima ainda mais alto.

Com base na hierarquia das necessidades de Maslow, construiu-se uma teorização dos cuidados de enfermagem, que se enquadra no conceito de saúde idealizado e caracterizado por parâmetros mensuráveis.

Segundo este autor, as pessoas lutarão geralmente pelas necessidades de ordem mais elevada (por exemplo a estima) depois das necessidades de ordem mais baixa terem sido satisfeitas (fome, segurança).

O conceito de necessidade remete para algo que implica um objetivo, uma deficiência mensurável desse objetivo e um meio para o atingir (Wilkin, 1992). Neste processo de definição de necessidades devem ser tidos em conta dois critérios fundamentais: o padrão pelo qual a necessidade deve ser avaliada e definida e quem decide o que é efetivamente necessidade.

Relativamente aos padrões podem ser agrupados em três grupos: padrões ideais, padrões mínimos e padrões comparativos.

A Organização Mundial de Saúde define como padrão ideal, o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Este conceito assume pouco valor prático para a definição de necessidades, apresentando algumas limitações na aplicação face a problemas específicos.

Os padrões mínimos incluem com frequência funções básicas tais como andar, vestir, trabalhar, alimentação). Estes padrões são mais fáceis de medir em relação aos anteriores, embora mais restritos, no sentido de apenas serem valorizadas o que as pessoas entendem como necessidades legítimas.

Por outro lado, nos padrões comparativos, as necessidades vão ser definidas em termos de padrões conhecidos que se sabe existentes em grupos compatíveis, tratando-se de um compromisso entre ideias e padrões restritivos.

Relativamente a quem decide e como se define o que é uma necessidade, Bradsdshaw citado por Gago (1996), determinou quatro tipos de necessidades:

1. Necessidade Sentida, trata-se da percepção que as pessoas têm dos seus problemas e a maneira como os vivenciam.
2. Necessidade Expressa, ocorre quando a necessidade é exteriorizada e transmitida, por intermédio de ajuda, através, por exemplo, da procura dos serviços de saúde.
3. Necessidade Normativa, caracterizada pela opinião e avaliação dos técnicos, frequentemente com a valorização de aspectos técnicos e científicos.
4. Necessidade Comparativa, compreende a necessidade de uma pessoa ou grupo perante outra pessoa ou grupo com características semelhantes e em relação ao qual foi identificada uma necessidade.

A atuação em enfermagem facilita a satisfação atual das necessidades da pessoa, transformando a energia de forma útil quando se mobilizam estratégias para o reconhecimento dessas mesmas necessidades. Só a pessoa conhece quais são as suas necessidades, mas em saúde mental nem sempre se encontra capacitado para as identificar. Segundo Wing (1992), a avaliação das necessidades deve ter como base a pessoa, com aplicação prática, que conduza ao traçar de um plano individual de cuidados e posterior avaliação.

O enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica “assiste a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2010). Cabe ao enfermeiro especialista identificar os problemas e necessidades da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, atendendo à sua especificidade.

O conceito de necessidade, implícito no Instrumento que será aplicado neste trabalho (Instrumento de Avaliação de Necessidades de Camberwell - CAN), é considerado como dinâmico, influenciado por vários fatores, com particular destaque para a importância do ponto de vista dos técnicos (necessidades normativas) e as necessidades das pessoas (necessidades sentidas e expressas), sendo considerados fundamentais na definição de Necessidades em Saúde Mental.

Em Saúde Mental, o enfermeiro especialista, “executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e

territoriais ocupados pelo cliente” (OE, 2010).

1.4. A Família

A família é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal a que pertence um indivíduo, e o local onde se vivenciam um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade.

Desde sempre tem havido consciência de que a família é uma estrutura social importante, que tem um impacto crucial no desenvolvimento e na saúde do indivíduo (OMS, 1998).

Penna (1993) define família como,

uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e atingir uma história de vida, os membros da família estão unidos por laços sanguíneos, adoção interesse e/ou afetividade.

O conceito de família tem vindo a mudar ao longo dos tempos, acompanhando as mudanças económicas, culturais e religiosas. A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições, tratando-se de uma unidade flexível que se adapta delicadamente às influências, agindo sobre elas tanto de fora para dentro como de dentro para fora do sistema.

Podemos então definir família, como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação, considerando-a igualmente como um sistema. Assim, no seio de cada família, os indivíduos podem constituir sub-sistemas podendo estes ser formados pela geração, sexo, interesse e/ou função, havendo diferentes níveis de poder onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros membros (Green, 1991).

Para Serra Vaz (1999), a família têm como função primordial a de protecção, tendo sobretudo potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas.

Fallon (1999), reforça ainda que a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de *stress* associadas à vida em comunidade.

Se o evento for constituído por uma doença mental que surja num dos membros da família, esta pode ser vivenciada pelos familiares de uma forma dramática, originando uma situação de crise que conduz á modificação da estrutura habitual da família e ao seu ciclo natural de

vida familiar.

1.4.1. A família e a percepção da doença mental

O surgimento da doença mental num membro da família é algo que irá afetar não só a própria pessoa mas que acabará igualmente por instalar uma enorme desordem na vida de todos os que o rodeiam.

O impacto da doença e a maneira como se instala, o modo como percebem a situação de crise e a atitude que irão desenvolver face ao seu familiar, são alguns dos aspetos a ter em conta para que também nós profissionais de saúde possamos entender a forma como a família se posiciona em relação à pessoa com doença mental.

Perante os primeiros sinais da doença mental, de acordo com vários autores com frequência na adolescência ou no jovem adulto, as famílias começam em regra por não lhes atribuir o seu significado real e confundi-los com reações a situações de *stress* do dia-a-dia ou a algum problema mais relevante vivenciado.

Quando existe agravamento desta sintomatologia facilmente são encarados pelos familiares como um mau comportamento, dando origem a críticas e/ ou a punições, a não ser que já tenham conhecimento da existência de outros membros da família com doença mental diagnosticada.

Frequentemente, casos de descompensações psiquiátricas são arrastados por um atraso grave no início do tratamento. As famílias justificam o adiamento da consulta de psiquiatria pelo medo do que irão dizer ou comentar. Este silêncio, receio da crítica ou de negação familiar, não facilitará à pessoa com doença mental a partilha de vivências e angústias, perturbações ou ideias auto-destrutivas que possam por ventura ser, causadoras de sofrimento.

De salientar que as convicções familiares erradas, “é mau feitiço”(sic), “é preguiça”(sic), levam com frequência à perda de simpatia pela pessoa doente, assumindo os familiares que o problema reside apenas na pessoa que manifesta estes comportamentos, conduzindo ao adiamento do diagnóstico e tratamento adequado da doença .

1.4.2. Necessidades dos familiares da pessoa com doença mental

Ao longo destes anos de reforma psiquiátrica, a comunidade científica tem valorizado cada

vez mais o papel da família, assim como a rede dos serviços comunitários, possibilitando a reabilitação e integração das pessoas com doença mental na sociedade.

Para que tal seja possível, têm vindo a ser criadas associações de familiares e/ ou amigos das pessoas com doença mental, levando a que um grupo, em circunstâncias similares, unam forças no sentido de criar novas alternativas de vida para os seus entes queridos, reunir estratégias, expressar angústias, combater e vencer o estigma de que muitos ainda são vítimas.

As famílias adquirem competências através da experiência. O papel assumido pela família, deve ser respeitado e reconhecido, desde que a pessoa com doença mental reconheça que tem necessidade de apoio por parte de familiares, o aceita, e que simultaneamente a família esteja preparada para prestar esse apoio com as necessárias capacidades e disponibilidade para tal. Este apoio facultado deverá não só adaptar-se a cada fase da doença mas também evoluir de acordo com as necessidades pessoais do cuidador, pois também os familiares têm necessidades particulares.

Necessitam de informação abrangente e detalhada sobre a doença mental; quais os tratamentos na área da saúde mental (riscos e benefícios); medicação (escolhas e efeitos secundários); serviços de saúde mental (procedimentos e terminologia); os direitos das famílias e dos doentes e como melhor ajudar a pessoa com doença mental.

Idealmente, o profissional no seu primeiro contacto com a família deveria procurar responder às questões que lhe forem colocadas, assegurando o apoio emocional. Ao receber a informação de modo adequado e adaptado a cada realidade, os membros da família podem mudar o seu próprio comportamento para ajudar a pessoa que está doente, percecionando a realidade que os envolve. Aprendem a dar à pessoa com doença mental mais espaço, adotando uma atitude preventiva face aos problemas.

É necessário proporcionar aos familiares oportunidades para se envolverem em acções de formação, fornecer informação/ suporte e sempre que possível, encaminhar os familiares para grupos de ajuda mútua.

Das necessidades básicas das famílias que surgem numa fase inicial do processo são, o suporte emocional adequado, aconselhamento, oportunidade de participar em grupos de suporte e, por outro, obter informação concreta acerca da doença e dos serviços disponíveis.

As necessidades continuadas centram-se essencialmente na formação em torno das competências comunicacionais para lidar com o seu familiar com doença mental,

aconselhamento e alternativas terapêuticas, formação para lidar com o pânico, a depressão, a agressividade, entre outros. Precisam também de saber como se desenvolvem as competências sociais como, por exemplo, as questões de emprego/subsídios.

A ajuda mútua assume um papel relevante em termos da identificação de problemas, obtenção de recursos para adquirir mais informação, resolução de problemas, encontrar outros familiares em circunstâncias similares e de influenciar os serviços e as políticas.

A partilha de experiências, a possibilidade de aprender com os outros, lidar com situações concretas, oportunidade de libertar tensões e ansiedades, desabafar ou mesmo de ficar zangado, assume especial importância em todo o processo.

As famílias devem ter direito à oportunidade de fazer ouvir as suas necessidades (emocionais, situação financeira, capacidade de enfrentar a situação), carecendo do empoderamento para adquirir as necessárias competências que as habilitem a cumprir o seu papel de cuidadores. O empoderamento é um processo contínuo que promove a participação das pessoas e através do qual aumentam o controlo sobre as suas vidas. Para a compreensão do seu significado e participação no seu próprio processo de empoderamento é essencial a relação participada entre indivíduos, organizações e comunidade (Ornelas, 2008).

1.4.3. Impacto do estigma na família

O fenómeno das doenças mentais têm acompanhado a história da humanidade ao longo de séculos, constituindo um desafio aos estudiosos que procuravam incansavelmente as suas causas para determinar terapêuticas de cura.

Ao longo de anos, os portadores de perturbações mentais foram submetidos a diferentes tratamentos, sendo vistos ora como loucos, ora como diferentes, alienados, ou estranhos.

Dependente do significado atribuído por diversos contextos, histórico, político, económico e sociocultural, a discriminação acompanha a doença mental afetando todas as vivências: familiares, profissional e social (Correia, 2007).

Muitas famílias sofrem em si a sobrecarga do cuidar de um familiar doente, em especial se a doença é grave, incapacitante e de carácter crónico, necessitando eles próprios de ajuda terapêutica que frequentemente é escassa e por vezes inexistente. A verdade é que felizmente somos confrontados com casos em que o afeto que sentem pela pessoa doente se consegue sobrepor aos efeitos negativos da doença.

De acordo com vários estudos, que se debruçaram sobre diferentes culturas, confirmaram a existência de exclusão e discriminação em que tanto a pessoa com doença mental, como a família se sentem socialmente desvalorizados pelo preconceito e pela ignorância da maioria das pessoas que os rodeiam.

Por outro lado somos confrontados com uma pesada realidade. Muitas pessoas com doença mental continuam a ser abandonadas em vida pelos familiares que os tentam entregar aos cuidados totais das instituições psiquiátricas. A confrontação com esta realidade tem levado á criação de grupos de apoios de famílias por parte de alguns países mais avançados incluindo Portugal. Estes grupos funcionam maioritariamente em paralelo com os grupos de apoio terapêutico á pessoa doente.

Os preconceitos não estão só na sociedade, estão também nas famílias. Primeiro que tudo é preciso aceitar esta doença nos familiares. Uma familia saudável e capacitada reunirá condições emocionais para estabelecer uma relação de parceria com os profissionais de saúde, no processo de reabilitação psicossocial do seu familiar.

1.4.4. Sobrecarga emocional da familia

O conceito de sobrecarga refere-se às consequências negativas resultantes especificamente da existência do doente mental na família. O impacto da doença mental atinge um amplo espectro de dimensões da vida familiar e constitui uma sobrecarga porque requer que os familiares do paciente passem a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano (Maurin e Boyd,1990).

A sobrecarga familiar têm sido analisada dentro do contexto de desinstitucionalização psiquiátrica. Este processo desenvolvido em diversos países nas últimas cinco décadas, dá ênfase aos serviços comunitários de saúde mental e a períodos curtos de hospitalização. A família da pessoa com doença mental tem, neste contexto, vindo a participar cada vez mais como os principais provedores de cuidados e apoio á pessoa doente.

Esse processo contribui para uma mudança positiva de atitudes em relação às famílias, que passaram a ser consideradas potenciais parceiros no cuidado às pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos graves, diminuindo assim o estigma a que estiveram submetidas durante muitos anos.

A doença mental tem consequências profundas em todos os membros da família. Viver diariamente com uma pessoa com doença mental, causa um grande alteração da dinâmica

familiar, muitas vezes geradora de *stress*, pelas características de se tratar de uma doença grave e persistente.

A família vive intensamente a vida do seu familiar, esquecendo muitas vezes a sua vida e as suas necessidades, sendo este facto muitas vezes causador de grande sofrimento e ansiedade, conduzindo a um aumento da carga emocional quando a pessoa está a viver em casa. Segundo estudo que comprova, na Suécia somente 21% das pessoas com doença mental vivem em casa de familiares, enquanto em Espanha 84% estão em casa, refletindo as diferentes formas em que a doença mental é percebida, variando entre culturas e sociedades.

Acompanhar os sintomas e os efeitos secundários da doença pode-se tornar muito perturbador para os membros da família, especialmente se não encontrarem ou desconhecem causa aparente. Desde a apatia, a letargia, comportamentos e pensamentos desadequados, o não saber como lidar com esta realidade, a impotência de atenuar e até mesmo fazer desaparecer estes sintomas, causam angústia na família, tornando-os também eles mais vulneráveis perante a situação ou de crise do seu familiar.

O abuso verbal e a violência não são o mais comum, embora para os que o vivenciam se torne uma experiência dura e por vezes traumática. As estatísticas demonstram que os membros da família têm maior probabilidade de ser atingidos por estas situações do que pessoas de fora. Existe também a possibilidade da auto-destruição ou mesmo de tentativas de suicídio (cerca de 20% das pessoas com um diagnóstico de esquizofrenia cometem suicídio).

Para que a família possa ter um papel importante na integração do doente mental na sociedade, ela necessita de apoio e suporte. Ninguém pode ajudar uma pessoa com doença mental se estiver deprimido, desesperado.

1.4.5. Papel da família na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental e seu envolvimento

Inicialmente, as pessoas com doença mental grave eram fisicamente separadas dos seus entes queridos e enviadas para instituições isoladas, por forma a minimizar as tensões dos espaços populacionais.

Segundo Warner (2000), com a progressiva desinstitucionalização da pessoa com doença mental, as famílias, em vários países do mundo, tornaram-se os principais prestadores de cuidados e suporte a longo prazo para as pessoas com esquizofrenia e outras doenças mentais

graves.

A percentagem de famílias que cuidam dos seus familiares está relacionada com as expectativas culturais quanto ao papel da família, com o nível de desenvolvimento dos sistemas de saúde mental dos países, assim como a disponibilidade de serviços habitacionais alternativos e recursos que permitam uma vivência autônoma.

Em Itália, em que os últimos doentes saíram dos hospitais em 2000, de 70% a 84% das pessoas com doença mental grave vivem agora em casa de família (Warner, 2000).

Para que a família possa ter um verdadeiro papel na reabilitação do seu familiar é fundamental que ela acredite nessa reabilitação. A família tem de acreditar na existência de capacidades a desenvolver nos seus familiares, têm de considerar que estes são responsáveis pelas suas acções, capazes de ter iniciativa e opções na orientação da sua vida.

Segundo Gameiro (1978), convém ainda ter em conta que algumas famílias desejam, ainda que de modo inconsciente, que o seu familiar piore, porque só ao depararem-se com uma situação de doença, se sentem com razão acerca das reivindicações que tem tido contra ele, contribuindo deste modo para que a pessoa com doença mental permaneça na instituição psiquiátrica. Este mesmo autor defende que neste contexto, não basta tratar a pessoa longe da família, a família tem de ser incluída em todo este processo de tratamento e reabilitação.

O conceito de *recovery* na área da saúde mental foi introduzido, no final da década de 80, pelas pessoas com experiência de doença mental, através dos relatos das suas histórias e experiências de luta, descoberta e mudança pessoais.

O *recovery* é definido como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a vida em comunidade.

As famílias podem oferecer um ambiente adequado promotor de mudança se elas próprias compreenderem o processo de *recovery*, recebendo ajuda e formação/ treino da parte de outras famílias e profissionais. O *recovery* envolve uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações com os outros. A família, os amigos, os pares, os colegas de trabalho, os vizinhos são fontes importantes de suporte e interdependência. Também o acesso aos recursos sociais como a habitação, o rendimento, o emprego, a educação é fundamental nos processos de *recovery*.

2. METODOLOGIA

2.1. Finalidade e Objetivos

A família assume especial importância em todo o processo de reabilitação do seu familiar, desde que seja estabelecida uma aliança entre os profissionais prestadores de cuidados, e de que a pessoa com doença mental e a sua família identifiquem a importância de tal. Têm todo o direito e devem ser reconhecidos como parceiros iguais, face aos profissionais na equipa de cuidados que apoia a pessoa com doença mental.

Os cuidadores que se dedicam à pessoa doente, investem tempo e energia na busca de tratamento e nas negociações para que eles se aceite tratar. O desespero para ajudar o seu ente querido, levam ao aparecimento diário de dúvidas para as quais não têm resposta, desencadeando na própria família sentimentos de insegurança e angústia. Por outro lado, a interação com os serviços de saúde mental nem sempre se dá de forma harmoniosa, revelando-se uma fonte de sobrecarga, na maioria das vezes vivenciados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante.

quando os familiares e amigos têm um espaço no qual podem partilhar os seus problemas, desabafar, escutar as experiências dos outros que vivem em situações similares, descobrir alternativas, ver as suas dificuldades segundo diferentes pontos de vista, receber acessória sobre os recursos existentes, ocorre que os vínculos doente-família vão melhorando, tornam-se mais longos os períodos de estabilização da doença. Há, assim, colaboração na tarefa da prevenção terciária, tendente a reduzir as sequelas da enfermidade. (Basteiro et al, 2004)

Neste contexto, a inclusão das famílias no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental conduzirá a uma melhoria da qualidade de cuidados prestados, garantindo o apoio necessário sempre com vista as suas necessidades independentes enquanto família e cuidadores.

Outra finalidade deste trabalho consiste no desenvolvimento de intervenções que conduzam à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, utilizando como eixo central a identificação das necessidades da pessoa com doença mental e sua família, recorrendo a aplicação do Instrumento de Avaliação de Necessidades de Camberwell, promovendo a otimização do processo de reabilitação.

Objetivos gerais:

a) Identificar necessidades da pessoa com doença mental/ família, no seu processo de

reabilitação psicossocial, utilizando como recurso o Instrumento de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN);

- b) Conhecer as percepções da pessoa com doença mental e sua família, relativamente as necessidades identificadas e o seu impacto no processo de reabilitação psicossocial.

Objetivos específicos:

- a) Oferecer um espaço de formação e partilha para as famílias, onde possam trabalhar as suas necessidades e dificuldades na relação com o seu familiar;
- b) Promover vínculos de confiança e comunicação entre a família e a pessoa com doença mental, de modo a diminuir a ansiedade e medos, através da partilha e procura de estratégias para a resolução de conflitos;
- c) Desenvolver competências relacionais com a pessoa com doença mental/família, através da utilização de técnicas de comunicação e relação adequadas.

2.2. Metodologia e plano de trabalho

Definição do processo de trabalho e atividades

Baseia-se numa perspetiva de cuidados integrados e continuados, tendo como objetivo principal responder de forma individualizada às necessidades das pessoas com doença mental/ família.

O modelo eleito para a realização deste trabalho foi o Modelo das Necessidades, descrito anteriormente no ponto 1.3.1.

Este estudo apoiou-se no Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN), que possibilitou uma avaliação consistente das necessidades de pessoas com doença mental em processo de reabilitação psicossocial.

Procedeu-se a uma avaliação, entrevistando a pessoa, a sua família (cuidador informal) e o técnico de referência. Neste inquérito o ponto de vista dos técnicos e das pessoas com doença mental é considerado em igual grau de importância, procurando não só determinar as necessidades normativas (técnicos) e as necessidades expressas pelas pessoas com doença mental inquiridas, bem como as semelhanças e as diferenças entre estes grupos de necessidades. O CAN também inclui questões sobre o suporte que a pessoa com doença mental recebe de familiares.

Neste sentido, traçaram-se as principais atividades:

- a) Integração do cliente e família nos cuidados, para melhorar a autonomia da pessoa com doença mental;
- b) Identificação das necessidades do cliente e da família, com recurso à aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell;
- c) Colaboração/realização do acompanhamento à família/prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
- d) Estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e envolvimento com o cliente família no seu processo de reabilitação psicossocial;
- e) Gestão de situações de *stress* / sentimento de culpa, ansiedade, baixa auto-estima, tristeza, desesperança, solidão/isolamento social, reduzido suporte social, entre outras, promovendo sempre a saúde mental e bem-estar do cliente e família, desenvolvendo estratégias de *coping* adequadas a cada situação;
- f) Perceção do impacto da doença mental no seio da família;
- g) Desenvolvimento e implementação com sucesso, de sessões de intervenção familiares de modo a promover a reorganização das mesmas em redor da doença mental e reestruturá-las em função das novas circunstâncias.

2.3. Características dos serviços onde decorreu a colheita de dados

a) Contexto de Internamento

No ano de 2010, nasceu uma nova unidade, resultante da fusão de duas unidades de reabilitação psiquiátrica de dois Hospitais Psiquiátricos da área de Lisboa.

O trabalho desenvolvido por esta unidade, centra-se essencialmente na implementação de projetos reabilitativos individuais numa perspectiva de recuperação de uma cidadania efetiva, assim como a inclusão das famílias e/ou figuras significativas nesses processos terapêuticos. Por outro lado, promove igualmente o desenvolvimento de atividades que permitam uma melhoria da qualidade de vida, conduzindo ao aumento e manutenção da autonomia das pessoas internadas que não reúnam condições para uma reinserção comunitária.

O programa de reabilitação implementado baseia-se nos princípios gerais de reabilitação psicossocial, visando a promoção da autonomia de pessoas com doença mental de forma a atingirem o máximo do seu potencial de funcionamento de qualidade de vida, num ambiente à sua escolha, com o mínimo de intervenção técnica possível.

Composta por uma equipa de cuidados mista, as admissões para este serviço, realizam-se através da articulação com as residências de reabilitação e residências psiquiátricas; através da triagem de pessoas com doença mental propostos pelas equipas das clínicas psiquiátricas para a continuidade do tratamento e integração em processo reabilitativo; através da triagem de pessoas propostas pelas equipas do serviço de consultas ou dos núcleos de intervenção comunitária de áreas abrangidas pelo Hospital Psiquiátrico, no sentido de fornecer resposta a necessidades reabilitativas de pessoas em risco de descompensação psiquiátrica.

Cada pessoa internada na unidade tem atribuído, no seio da equipa, um técnico de cada valência disciplinar (enfermeiro, auxiliar da ação médica, psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social). Têm igualmente atribuído um técnico de referência que, independentemente da sua especialidade técnica tem como função a gestão do programa reabilitativo estabelecido em equipa multidisciplinar assim como a articulação com os diferentes técnicos, programas e serviços.

b) Contexto de comunidade

Criado na sequência do financiamento de programas inovadores do Plano Nacional de Saúde Mental 2006-2017, existe um projeto em funcionamento neste mesmo Hospital Psiquiátrico, que consiste em prestar apoio às pessoas com doença mental através da realização de visitas domiciliárias.

Este projeto é composto por uma equipa móvel para garantir o tratamento e prevenção de recaídas das pessoas anteriormente internados neste hospital, numa perspetiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, a ser realizada no domicílio. Aqui são os profissionais de saúde que vão ao encontro das pessoas com doença mental e seus familiares.

Existe uma equipa constituída por enfermeiros e assistente social, as quais desenvolvem a sua atividade nos sete dias da semana, em horário alargado, entre as 8 e as 20 horas, conferindo-lhes uma elevada autonomia, capacidade e oportunidade de intervenção junto da pessoa com doença mental e da sua família, na sua residência.

A prestação destes serviços tem como objetivo primordial, promover a criação de um programa de prestação de cuidados de proximidade, sendo simultaneamente facilitador da integração e recuperação de pessoas portadoras de perturbação mental grave, que representem elevado risco de reinternamento.

Este tipo de projetos surge no sentido de permitir dar uma resposta comunitária abrangente em situações de vulnerabilidade, constituindo uma alternativa eficaz ao internamento hospitalar.

As pessoas sinalizadas para este programa são em geral portadoras de perturbação psiquiátrica grave, apresentando um elevado risco de recaída, pela grave sintomatologia, ausência de suporte familiar e social, assim como uma deficitária capacidade funcional e baixa adesão ao regime terapêutico. Podem ser incluídos através da consulta externa de psiquiatria, consultas de psicologia, áreas de dia, avaliação de assistentes sociais e enfermagem.

O projeto terapêutico de cada pessoa é individualizado obedecendo à orientação do psiquiatra assistente, sendo discutido com a equipa do projeto. São traçadas as intervenções a serem realizadas no domicílio, estabelecidos os objetivos e definidos os técnicos indicados para cada momento de intervenção, assim como a frequência das visitas domiciliárias.

A equipa que realiza as visitas com a periodicidade estabelecida previamente, articula se necessário com os vários departamentos e serviços nomeadamente, Psiquiatra, Delegado de Saúde, Gabinete Social, entre outros, de modo a satisfazer as necessidades individuais de cada pessoa.

2.4. Aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN)

Trata-se de um instrumento desenvolvido para a avaliação compreensiva e abrangente das necessidades de pessoas com doença mental, em particular com evolução prolongada ou doença mental grave, que considera separadamente, e com igual grau de importância, a opinião da pessoa com doença mental e dos técnicos.

Este instrumento não foi concebido não só para uso da investigação, mas também como recurso na prática clínica, como parte integrante do processo de planeamento de cuidados, por forma a ser utilizado na avaliação dos serviços de saúde mental em relação às necessidades apontadas.

Segundo Gago (2006), tem as vantagens de se tratar de um instrumento de fácil e rápida aprendizagem, não carecendo de informação específica, podendo ser utilizado pelos diferentes técnicos de saúde mental.

O CAN é um instrumento que abrange 22 áreas clínicas e psicossociais de necessidade, que podem ser agrupadas em 5 categorias principais: necessidades básicas (alojamento, alimentação e atividades diárias); necessidades de saúde (saúde física, sintomas psicóticos,

sofrimento psicológico, risco de danos para o próprio, risco de danos para os outros, uso de drogas ou álcool); necessidades de funcionamento (auto-cuidado, tarefas domésticas básicas, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro); necessidades sociais (contatos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual); necessidades de serviços (informação sobre a doença e tratamento, utilização de transportes, utilização de telefones e subsídios/ benefícios sociais).

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, que segue uma estrutura idêntica ao longo das 22 áreas avaliadas, e que inclui 5 secções distintas de avaliação. Na primeira secção o entrevistado indica se a respetiva área se trata ou não, de uma área de necessidade numa escala de 4 pontos (0- corresponde a sem problema; 1- sem/ problema moderado devido a intervenção contínua; 2- problema grave; ou 9- desconhecido). Esta primeira secção permite não só a identificação de uma área de necessidade, mas também separa-la em três níveis, sendo eles: sem necessidade, necessidade satisfeita e necessidade insatisfeita.

Na segunda secção é questionado acerca da ajuda que percebe receber de amigos, familiares e de outros cuidadores informais. Na terceira secção é questionado em relação á ajuda que percebe receber e da ajuda que considera necessária por parte dos cuidadores formais (profissionais de saúde, serviços sociais e autarquias Estas duas secções são avaliadas numa escala de 5 pontos que correspondem a graus distintos e crescentes de ajuda (0-nenhuma ajuda; 1-pouca ajuda; 2-alguma ajuda; 3- grande ajuda; 9- desconhecida).

Na secção 4, o entrevistado é questionado acerca da sua perceção relativamente à adequação da ajuda recebida, que é avaliada numa escala de 3 pontos (0-não; 1-sim; 9- desconhecida). Somente para as pessoas a quem aplicamos o questionário, existe uma secção adicional que o aborda no sentido de apurar o grau de satisfação com os cuidados que recebe, avaliada numa escala de 2 pontos (0-não satisfeito; 1-satisfeito).

Quando na primeira secção o entrevistado não identifica nenhuma necessidade, passa-se para o item seguinte, pelo que não é necessário responder às restantes secções do questionário relativas ao item em questão.

Os dados de fiabilidade e validade da versão original inglesa foram publicados pelos seus autores (Phelan, 1995), sugerindo o CAN como instrumento valido e fiável para avaliar as necessidades de pessoas com doença mental grave.

O processo de tradução e validação parcial da versão de investigação para a população portuguesa foi realizada por membros da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, cujos resultados se

encontram documentados num trabalho de Joaquim Gago (1996), evidenciando propriedades psicométricas favoráveis.

A aplicação deste instrumento foi previamente discutida em equipa, revelando-se pertinente tanto na aplicabilidade do projeto de intervenção em campo, como instrumento complementar para consolidação do instrumento de elaboração do plano individual de reabilitação em vigor no serviço.

Para além disso, foi demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Cada pessoa foi livre de aceitar ou recusar a sua participação no estudo, tendo sido informados da possibilidade de recusar sem quaisquer danos ou penalizações. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, os quais só foram utilizados para a realização deste documento.

3. RESULTADOS

3.1. Apresentação dos resultados

Para identificar as necessidades das pessoas com doença mental internadas e sua família (selecionadas para englobar este estudo) desta unidade de reabilitação da área de Lisboa, foram analisados os dados resultantes da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, mais relevantes para a satisfação/ concretização do objetivo geral deste trabalho.

Neste contexto foram analisadas a frequência dos níveis das necessidades para cada item, sendo os níveis designados de **necessidade sem resposta**, **necessidade coberta/ parcialmente coberta** e de **sem necessidade relevante**.

Relativamente às pessoas internadas nesta Unidade e inquiridas neste estudo (4), dentro das necessidades sem resposta, o sofrimento psicológico, foi o que apresentou maior frequência, (sendo referido pelos 4), seguido das relações íntimas (3) e relacionamento sexual (3 igualmente). Todas as pessoas englobadas neste estudo, manifestaram necessidades sem resposta, em relação ao sofrimento psicológico, referindo os 4 receber ajuda moderada dos familiares.

O relacionamento sexual apesar de ter sido considerada uma necessidade sem resposta para 3 dos questionados, não recebendo qualquer ajuda por parte dos familiares, 1 referiu esta necessidade como parcialmente coberta, ou seja, apresentando algum problema ou nenhum problema devido a intervenção contínua, admitindo receber algum aconselhamento por parte da família.

O mesmo se verificou nas necessidades relacionadas com os subsídios/benefícios sociais e com o dinheiro, considerados por todos como uma necessidade coberta/ parcialmente coberta, devido a intervenção contínua. Relativamente ao primeiro item (subsídios/benefícios sociais), referem receber da família apenas alguma ajuda no sentido de obtenção destes subsídios, assim como conhecimentos dos benefícios fiscais. Do ponto de vista da ajuda familiar na gestão do dinheiro, consideram haver pouco apoio neste âmbito.

Do ponto de vista das tarefas domésticas, apesar de metade dos utentes inquiridos não ter apresentado necessidades relevantes em relação às mesmas, os restantes 2 manifestaram algum problema ou nenhum problema devido a intervenção contínua.

Na perspetiva do técnico de referência, o sofrimento psicológico constituiu uma necessidade

coberta para os 4 inquiridos. As necessidades sociais, (contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual) assumem de acordo com a perspectiva dos profissionais uma necessidade elevada coberta ou parcialmente coberta, em todas as pessoas englobadas neste estudo. Relativamente ao item relações íntimas, apesar de não existirem dados suficientes para que o profissional pudesse responder, representou para os 4 uma necessidade sem resposta.

A informação sobre a doença e tratamento assume igual importância do ponto de vista do técnico, considerada para os 4 envolvidos como uma necessidade de frequência elevada, sendo que se encontram cobertas ou parcialmente cobertas devido à intervenção contínua.

De salientar que as atividades diárias, alimentação, a saúde física e o risco para o próprio e outros, apresentaram uma frequência elevada, apesar de se encontrarem cobertas ou parcialmente cobertas por intervenção contínua.

Salientando a perspectiva do profissional, o sofrimento psicológico, os contactos sociais, o dinheiro, foram as necessidades sem resposta identificadas em todos os participantes.

É importante referir que apesar do profissional ter manifestado as necessidades de saúde física e risco para o próprio como sem necessidades relevantes maioritariamente, estes apresentaram necessidades cobertas ou parcialmente cobertas elevadas, em ambos os itens.

3.2. Principais conclusões

Em relação à totalidade das necessidades identificadas nas pessoas internadas neste serviço de Reabilitação, conclui-se, que as pessoas inquiridas se consideram maioritariamente satisfeitas com o apoio que recebem.

No sentido de facilitar a interpretação dos resultados obtidos, foi usada como linha orientadora a subdivisão das necessidades em subgrupos, efetuada por Joaquim Gago (2006):

Necessidades básicas (alojamento, alimentação e atividades diárias);

Necessidades de Saúde (saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, drogas, álcool, risco de danos para o próprio ou para outros);

Necessidades sociais (contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual);

Necessidades de funcionamento diário (tarefas domésticas básicas, cuidados pessoais, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro) e necessidades em termos de serviços (informação sobre a doença e tratamento, utilização de telefones, transportes e subsídios/benefícios

sociais).

Tratando-se de um inquérito eleito na área da reabilitação psicossocial, é atribuída especial importância ao papel da pessoa com doença mental na promoção da sua autonomia, assumindo-se responsável no seu processo de reintegração na comunidade, evoluindo para uma atitude ativa e participativa, salientando a inclusão da família neste processo.

Atendendo ao facto de todas as pessoas inquiridos se encontrarem a efetuar terapêutica de longa duração, a identificação das necessidades correspondentes aos sintomas psicóticos, tanto nas pessoas internadas como na opinião dos técnicos, correspondeu a uma necessidade coberta, pressupondo que a ajuda recebida era efetivada pela medicação.

Ainda que alguns resultados obtidos possam ser algo “irreais”, pela dificuldade que as pessoas com sintomatologia psicótica possam ter em avaliar as suas próprias necessidades, as informações obtidas foram igualmente valiosas e relevantes.

Neste contexto as necessidades manifestadas pelas pessoas com doença mental inquiridas foram as seguintes:

Necessidades de saúde, pela identificação de sofrimento psicológico;

Necessidades em termos de serviços, nomeadamente ao nível da informação acerca da doença e tratamento, de subsídios/benefícios sociais;

Necessidades de funcionamento diário, ao nível das tarefas domésticas básicas;

Necessidades básicas relacionadas com as atividades diárias;

Os resultados obtidos com a realização deste inquérito vão de encontro ao descrito em várias pesquisas bibliográficas efetuadas.

De salientar, que as questões relacionadas com as necessidades de dinheiro e subsídios/benefícios sociais foram excluídas da área de intervenção, uma vez que as pessoas internadas tinham acesso ao apoio do gabinete social.

Em todo o caso, ter-se-ão em conta as necessidades identificadas como estando cobertas ou parcialmente cobertas, uma vez que traduzem a existência de um espaço para intervenção terapêutica.

Remetendo para Portugal, presente no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para 2007-2016, salientam-se estudos que evidenciaram a prevalência de morbilidade psiquiátrica a nível dos serviços de psiquiatria, evidenciando a existência de perturbações depressivas em 21,5% em ambulatório, 4,9% em unidades de internamento e 20,2% em serviços de urgência.

Lima e Botega referiram, relativamente à incapacidade psicossocial - contatos sociais, o

isolamento social como um dos aspetos que se mostrou mais alterado nos utentes de um Hospital de Dia de Psiquiatria, sendo que a promoção da interação e estímulo da capacidade de comunicação foram algumas das atividades de âmbito psicossocial desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem.

Ainda no Relatório da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial de 2005, foram referenciadas as dificuldades relativas aos apoios no âmbito da formação profissional, da procura e manutenção de emprego, do contexto domiciliário ou familiar, da participação na comunidade através do acesso aos recursos e serviços já existentes, assim como a implementação de um sistema de suporte comunitário para as pessoas com doença mental.

Todos estes dados reforçam as necessidades evidenciadas durante a aplicação do Instrumento, atendendo especial importância as necessidades de maior prevalência identificados pelos técnicos de referência.

De acordo com os objetivos propostos no projeto de intervenção no qual se sustém este trabalho, a intenção inicial seria alargar a aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell no estágio desenvolvido em comunidade, durante as vistas domiciliárias.

Tal não foi possível, por vários aspetos. Por um lado, o tempo limitado e reduzido de estágio em comunidade; a programação das visitas domiciliárias, (caráter semanal, quinzenal ou mensal previamente estabelecido pela equipa multidisciplinar, sendo a interação com as pessoas com doença mental/ família pouco frequentes e em tempo reduzido, dificultador da abordagem terapêutica para a aplicação de um questionário destas dimensões e com questões tão pessoais). É importante referir que, maioritariamente, as pessoas com doença mental vivem sozinhas ou com familiares também com limitações, necessitados de cuidados.

Neste sentido, houve necessidade de restabelecer alguns dos objetivos inicialmente traçados, por forma a extrair o máximo de contributo do observado e experienciado, conduzindo a aquisição de uma competência fundamental do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica: “ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto” (O.E.2010)

Adaptado a este contexto, tornaram-se objetivos:

a) Adquirir conhecimentos sobre a estrutura comunitária existente (recursos, infra- estruturas,

rede social de apoio;

- b) Conhecer a problemática da pessoa e da sua situação social, habitacional e familiar, de forma a planear a intervenção;
- c) Desenvolver competências especializadas de diagnóstico de intervenção no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental na comunidade.

3.3. Identificação de áreas de intervenção em Enfermagem

Para além dos resultados anteriormente definidos, considera-se importante não excluir outros fatores previamente identificados, retirados dos contributos teóricos, investigação e prática clínica, dignos de atenção e intervenção em Enfermagem.

É determinante ter em conta fatores como: as incapacidades resultantes da própria doença; o impacto no desempenho dos papéis sociais; a baixa integração social; probabilidade diminuída de desenvolver relacionamentos significativos; o desemprego e dependência de terceiros que, por sua vez se interligam com limitações relacionadas com a ocupação, resolução de assuntos pessoais, realização de tarefas domésticas básicas e gestão do dinheiro. A estes acrescem outros fatores associados à não adesão ao projeto terapêutico que, contribuem para aumentar o risco de recaída e reinternamento, tais como: atitude/ postura perante o tratamento e doença, crítica para o processo patológico, receio de ser internado; manutenção de sintomas psicóticos, maior desorganização, hostilidade e desconfiança, inexistência de uma aliança terapêutica positiva e o suporte social e familiar alterado.

Foram determinadas as actividades a desenvolver, de modo a resolver ou atenuar as necessidades identificadas na fase diagnóstica. Para tal, foi iniciada uma colaboração com a equipa do serviço de reabilitação onde se desenvolveu este trabalho.

Foi dado o contributo da informação recolhida, respeitante á identificação das necessidades a trabalhar e implementação de grupos terapêuticos (psicoeducação e gestão da doença) e intervenção familiar (psicoeducação e auto-ajuda). Foram valorizados projetos já em curso no serviço, nomeadamente sessões de terapia familiar (dirigido e dinamizado pela Enfermeira Orientadora), grupo multifamiliar, programa de treino de atividades de vida diárias, competências sociais, gestão terapêutica e educação para a saúde, programa de radio- “Radio Aurora- a outra Voz”, programas de terapia ocupacional e Reencontros (programa de terapia ocupacional no exterior da instituição).

De salientar que o projeto individual de reabilitação em vigor no serviço englobava a

aplicação do Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG), pelo técnico de referência.

Após algumas pesquisas e partilha entre os profissionais do serviço onde se desenvolveu este trabalho, foi privilegiada a interação interpessoal, colocando o enfermeiro enquanto terapeuta numa posição de retaguarda, dando evidência à pessoa e à sua família. Foi adotada uma abordagem centrada na pessoa, nas suas vivências, apostando nos fatores de ordem relacional para promoção da mudança, conduzindo a criação de um espaço de liberdade para crescimento pessoal, aceitação, autonomia e a sua atualização, melhorando e construindo relações.

De salientar que nem sempre é fácil a implementação de intervenções psicoeducativas familiares, sobretudo porque para grande parte das pessoas com doença mental grave, a inclusão das famílias torna-se difícil e por vezes insustentável, sendo com frequência a família ou cuidadores a solicitarem o internamento dos seus familiares, tornando mais difícil a convivência entre ambos.

De um modo geral, este tipo de intervenções visam no seu conjunto a aquisição de estratégias pessoais de auto-ajuda e recursos de gestão.

As intervenções familiares podem incluir a pessoa com doença mental e uma só família (Fallon, 1984), ou a pessoa e grupos de famílias (Brito, 2006), sendo que os contatos individuais com familiares assumiriam uma forma de intervenção individualizada.

Os grupos de famílias incluem, com frequência o treino de competências de comunicação que permitam promover relações interpessoais facilitadoras da recuperação (Andres et al, 2012).

As intervenções com familiares a desenvolver assumiram diversas formas, carácter multifamiliar, unifamiliar e individual, (dependente da disponibilidade das famílias e ainda das pessoas internadas que frequentavam diariamente vários fóruns e atividades). A pessoa com doença mental seria incluída, consoante a necessidade expressa pelos participantes e dos conteúdos a desenvolver.

Após uma fase de acolhimento dos familiares, esclarecidas as expectativas, foram identificadas as temáticas que estes tinham interesse em abordar, sendo elas: sintomas da doença; convívio com a pessoa com doença mental; gestão dos sintomas da doença mental; reabilitação, inclusão no processo do seu familiar; melhoria da comunicação; sentimentos de culpa; estigma sentido pela família da pessoa com doença mental; sinais precoces de alerta da doença e prevenção de recaídas; perda de interesse e motivação; associações de

familiares.

Revelou-se importante questionar os familiares relativamente às interpretações que possam ter da doença. Fornecer informação relacionada com sintomatologia da doença, eventual evolução de um episódio psicótico e da própria doença em si, conduzirá ao desmistificar de possíveis crenças erradas, atenuando o estigma que se mantém bastante presente. Importante, ao identificar-se esta necessidade, numa fase posterior encaminhar para associações e fornecer bibliografia para que se restrinja a colheita de informação em bases fidedignas, uma vez estar á disposição uma vasta informação na internet, por vezes distorcida e não fundamentada.

O trabalho desenvolvido com as pessoas com doença mental e seus familiares procura transmitir a informação, conhecimento e estratégias para lidar com as limitações que advém da doença. A resposta às necessidades identificadas e a atribuição de competências para lidar com as mesmas, permitirão a pessoa com doença mental a obtenção de um ponto de equilíbrio e harmonia.

Uma família informada conduz a um aumento da segurança e alívio da sensação de culpa, capacitando-os para assumir um papel ativo e de parceria na reabilitação psicossocial do seu familiar.

4. DISCUSSÃO

As pessoas com doença mental desejam para si o mesmo que qualquer outra pessoa, habitação adequada, emprego, recursos para sobreviverem, amigos e relações íntimas.

Por sua vez, as famílias querem que alcancem tudo isso, embora prevaleçam alguns obstáculos para que tal se concretize, nomeadamente recursos financeiros desajustados para os serviços de saúde mental, recursos desajustados em termos de tratamento e reabilitação psicossocial e, acima de tudo, sempre presente, o estigma social.

Apesar de todos os esforços realizados pelas equipas que desenvolvem projetos e acompanham a pessoa com doença mental nos vários estadios do seu processo de reabilitação psicossocial, muitas vezes esta reinserção vai ficando apenas como objetivo apenas de registo, não aplicável. Pela incapacidade de resposta dos serviços, pela permanência prolongada em serviços onde não são trabalhadas as competências e necessidades, critérios de internamento enviesados em serviços de reabilitação, conduzem a uma maior deterioração da pessoa com doença mental fomentando a dependência, aumentando o fosso entre a instituição psiquiátrica e a comunidade.

O estigma torna mais difícil o acesso à habitação e ao emprego, mesmo para os que reúnem todos os requisitos para ocupar estes espaços. De salientar que o estigma não se encontra só na sociedade, sendo frequente a exclusão da pessoa com doença mental por parte de outros familiares, causando mais sofrimento, potenciando o isolamento, criando um fosso maior entre os elementos da família.

Segundo o depoimento de um pai: “Causa-me muita dor, no outro dia fui convidado para um casamento de uma sobrinha e foi-me explicitamente dito que não poderia levar a minha filha...acabei por não ir e sofri em silêncio” (sic).

“Os preconceitos não estão só na sociedade, estão também nas famílias. Primeiro que tudo é preciso aceitar esta doença nos nossos familiares. É importante que os outros membros da família, além de aceitarem a doença participem na ajuda do doente” (Ornelas et al, 2005).

A rejeição, o desprezo, a hostilidade, os comportamentos constantes de censura e as críticas excessivas, funcionam como experiências marcadas com elevada emoção expressa, experiências negativas que contribuem para a desorganização e recaída em pessoas mais vulneráveis.

A expressão de sentimentos negativos assume uma dificuldade particular na vida destas

pessoas, dificuldade essa que torna proporções gigantescas também muito potenciada pelo estigma em torno da doença mental, que se faz sentir nas famílias e na sociedade.

Segundo o relato de uma pessoa internada, sobre uma discussão com a sua tia: “Nunca vais ser ninguém na vida, serás sempre doente...não podes mudar isso. Tens dado muitos problemas a esta família, estamos cansados disto” (sic).

A reinserção em comunidade torna-se complicada quando as estruturas emocionais e funcionais não se encontram em perfeita harmonia, colocando a pessoa com doença mental num processo dolorosos e por vezes difícil de atingir.

Salienta-se um depoimento de uma irmã, num contexto de reunião multifamiliar: “Estamos aqui para contribuir para que os nossos familiares, tenham uma melhor recuperação, para que possamos também nós fazer algo por eles”(sic).

A verdade é que nem sempre nos deparamos com esta total disponibilidade. Sentimentos de medo e insegurança acabam por dominar estes familiares, também eles com receio de não saber responder á altura das exigências e necessidades do seu familiar doente, também eles com medo de ao assumirem responsabilidade pelo seu familiar, deixarem de ter o apoio de retaguarda que as instituições e serviços referem sempre dar. “Sinto-me responsável pela minha irmã, no entanto, não tenho capacidades de assumir tudo sozinha.” Esta ambivalência de sentimentos tornou-se um padrão frequente presente em todas os familiares englobados neste trabalho.

De salientar que a intervenção junto da família e pessoa com doença mental, se revelou ao longo deste estagio, uma ferramenta extremamente importante. Neste concreto caso, visitas, inicialmente de carácter mensal, passaram a semanais e cada vez mais prolongadas. Inicialmente apenas se realizavam nas imediações dos serviço, passando esporadicamente a ser realizadas no exterior. Foram trabalhadas ao longo destas sessões técnicas de comunicação e fornecidas ferramentas para a gestão de estratégias, gestão de conflitos e *stress*, para que a permanência entre a pessoa com doença mental e família se tornasse saudável. Foram realizadas tentativas de licença de ensaio para o domicílio e criadas estratégias para que tal decorresse de forma harmoniosa. Para a pessoa internada mudar de ambiente, mesmo que fosse para a casa da família, podia assumir-se como momento de angústia. Por sua vez o familiar (irmã) sentia-se incapaz para lidar com frustração de não conseguir dar resposta aos pedidos e exigências da sua irmã. Para estes familiares sentirem o apoio da equipa quando as licenças não são bem-sucedidas, o estabelecimento de estratégias para resolução de problemas, transmite uma maior segurança quer nos serviços, quer no seu

potencial enquanto familiar.

De acordo com o depoimento de de um pai: “Os meus amigos chegam a dizer-me para não visitar a minha filha tantas vezes, que qualquer dia mandam-na para casa...e eu não tenho condições” (sic).

Alguns familiares procuram desacelerar o ritmo de desinstitucionalização defendendo a manutenção dos hospitais. Sentem que a pessoa está mais protegida e não tem de ser confrontados com os problemas que surgem e são reais, pois em demasiadas situações a permaneceria em casa tornou-se muito desgastante e insuportável para o bem-estar desta unidade. A situação de crise, de doença, não afeta só determinado membro da família, afeta toda a estrutura família. “Nunca mais tive vida, vivo para a minha filha” (sic).

A verdade é que com a instauração da doença mental numa família, a dinâmica é forçada a mudar, novas prioridades se estabelecem, ocorre frequentemente a reestruturação de papéis, tornando a convivência dificultada e agravada por problemas económicos que acabam por surgir. O apoio muitas vezes necessário para prestar ao familiar doente, torna-se escasso quando dividido por todas as outras tarefas, sendo estas uma das razões para que a família mantenha os seus familiares institucionalizados durante períodos mais longos.

De acordo com o depoimento de uma avó: “Aqui ele esta bem, em casa não consigo perceber onde anda, o que faz...e o dinheiro não dá para tudo...percebe. Venho visita-lo sempre que posso” (sic).

Ao longo deste trabalho, a seguinte questão sempre esteve implícita: “Será que os familiares da pessoa com doença mental querem assumir uma parceria com a equipa que presta cuidados á pessoa com doença mental? Estarão preparados para assumir esse papel?”

Enquanto equipa, muitas vezes não estamos verdadeiramente dispostos para estes sentimentos de angústia e medo vivenciados pelo familiar da pessoa com doença mental. Neles depositamos muitas expectativas mesmo sem saber se aquela família terá estrutura para levar a cabo todo este árduo processo. Partimos do princípio que se são família, terão de fornecer apoio e se por algum motivo este suporte fica comprometido, então é porque não estão dispostos a colaborar, despertando nas equipas e nas próprias pessoas com doença mental, sentimentos de contra- atitude e reprovação, comprometendo a relação.

Tal como confidenciava um pai: “Muitas vezes sinto-me pressionado pela equipa para levar a minha filha para casa...sinto-me como se fosse um mau pai por o não fazer... mas eu nunca conseguiria levar a minha filha assim para casa, nunca teria condições” (sic).

Como podemos nós enfermeiros de Saúde Mental, esperar que a família seja nosso parceiro se

muitas vezes nem damos espaço para que se adaptem a este papel? Contrariamente, adotamos uma postura meramente informativa, não doseando a quantidade de informação transmitida, causando algum receio e medo nos familiares que também se encontram a reatar laços com a pessoa com doença mental, laços esses bruscamente desfeitos numa fase aguda da doença, contribuindo para a deterioração da relação e afastamento da família.

“Muitas famílias vivem neste círculo vicioso, sob o peso de um alto nível de angústia, que, pouco a pouco, vai tornando doentes os outros membros” (Basteiro et al, 2004).

Permitir e considerar a família como parceiro fortalecerá os laços por vezes fragilizados pela situação aguda de doença, por medos estigmatizantes e sentimentos de culpa, devolverá a pessoa aos seus entes queridos, contribuindo para a aproximação entre as pessoas com doença mental institucionalizadas e as suas famílias.

4.1. Limitações do trabalho

Temos assistido ao longo destes últimos vinte anos a um crescimento exponencial da criação de várias estruturas, quer em instituições hospitalares quer na comunidade, de apoio e reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental.

Estes programas sejam eles de formação profissional, sócio ocupacionais, entre outros, ao proporcionarem oportunidades de fortalecimento de suporte social, participação e integração comunitárias, poderão funcionar também como mecanismos de prevenção da crise, reduzindo a frequência e a duração dos internamentos.

Apesar de extremamente importantes, verifiquei que estes serviços quando isolados, nem sempre têm capacidade para dar resposta e suporte em muitas situações de crise, quer às pessoas com doença mental quer às suas famílias.

não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuarem concentrados n tratamento intra-hospitalar (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016l).

Uma das limitações mais significativas identificada ao longo desta experiência foi a baixa adesão das famílias ou pessoa significativa em todo este processo de reabilitação psicossocial e grande parte das vezes, a não inclusão/ reconhecimento das pessoas com doença mental das suas famílias em todo este processo.

As famílias já há muito que se desvincularam de qualquer elo ou relação que pudesse eventualmente ainda existir com a pessoa internada. Torna-se difícil incluir famílias ou pessoas significativas que há muito estão ausentes, afastadas pelo estigma, desconhecimento, medo e situações de verdadeiro *stress* pós-traumático vivenciadas durante a fase de crise dos seus familiares.

Independentemente da melhoria que os familiares com doença mental possam ter, predominam os momentos de tensão, conflito, verdadeira angústia e incerteza.

as próprias famílias dos doentes sofrem o efeito de discriminação (“estigma por associação”), não só devido às imagens publicas negativas acerca da doença mental como pela referida impressão negativa dada acerca das “famílias esquizofrenizantes” por alguns profissionais de Saúde Mental. (Albuquerque, 2012)

Será que estes laços podem ser recuperados? Teremos nós o direito de promover a inclusão de quem não tem disponibilidade mental para o fazer?

A tentativa de inclusão das famílias em todo este processo torna-se por vezes dolorosa e frustrante, para as famílias, para a pessoa portadora de doença mental e para quem o promove também.

As famílias, frequentemente, representam o recurso mais económico da implementação da psiquiatria comunitária, assumindo-se como estruturas extra hospitalar menos exigentes, não sendo tratadas como parceiros da estratégia terapêutica e de reabilitação. No entanto, poderemos falar em reinserção social e familiar, quando a pessoa tem alta clinica e vai viver para uma casa sozinha?

Não estaremos nós também a potenciar este isolamento e a aumentar o fosso entre a comunidade e as pessoas com doença mental?

a forma como muitas pessoas com doença mental foram sendo, ao longo de toda a história, excluídas, diabolizadas ou mesmo exterminadas e continuam hoje ainda a viver estigmatizadas e muitas vezes em situação de pobreza (social, material e cultural), ou mesmo refugiadas em verdadeiros guetos no centro das grandes cidades, sugere que a doença mental é talvez o último e mais persistente tabu social no mundo moderno.(Albuquerque, 2012).

Apesar de todos os esforços no sentido da reformulação dos cuidados prestados em Saúde Mental o certo é que ainda não possuímos em Portugal uma rede de apoio na comunidade que previna estas questões.

Este incansável trabalho desenvolvido em comunidade, muitas vezes angustiante e stressante, outras vezes gratificante e encorajador, exige uma grande disponibilidade por parte de quem o interioriza e desenvolve, alguém que assuma também o papel de parceiro perante o outro.

A equipa que vai ao encontro destas pessoas, também se encontra por vezes vulnerável, arriscando-se todos os dias perante o desconhecido. Sujeitos a variadíssimos estímulos e adversidades, desempenham um trabalho louvável digno de mérito, que nem todos conseguiriam abraçar sem dedicação e empenho.

Dedicação que se deveria sobrepor outros interesses, nomeadamente políticos, “é, a nosso ver, o mais acabado exemplo de como o poder político actual subalternizou o poder médico (psiquiátrico) em Portugal” (Albuquerque, 2012).

Atualmente a reestruturação dos serviços desta instituição Psiquiátrica da área de Lisboa conduziu a que os internamentos fossem orientados por diagnósticos e não por áreas de residência, sendo que este projeto em vigor na comunidade iria assumir uns contornos diferentes dos que tinha até então.

A equipa enfermagem deste serviço de internamento de agudos, que assumiu entretanto outra designação, passaria a prestar apoio e a intervir junto da comunidade perante pessoas com as quais não tinham qualquer tipo de contato prévio de internamento, oriundos de outros serviços desta instituição hospitalar. Neste contexto, seria quebrada a relação estabelecida com o profissional e a pessoa com doença mental durante o internamento.

É imperiosa a criação de uma relação terapêutica sólida, pois sabemos o quão complicado se torna entrar no espaço de uma pessoa com doença mental que experienciou uma situação de crise, o quão complexo se torna estabelecer uma relação de confiança e ajuda.

Se em contexto de internamento se torna extremamente complicado, quanto mais ir de encontro á sua casa sem ter havido o estabelecer de uma relação prévia? Mais uma vez fica subentendido o descrédito e o desinvestimento dos cuidados prestados em Saúde Mental em Portugal, mas vindo de uma Instituição de referência no âmbito da Saúde Mental, torna um pouco difícil a sua compreensão. Uma vez mais políticas e talvez interesses pessoais se evidenciam.

com o encerramento dos grandes hospitais para doentes mentais do século XIX, o técnico de saúde mental que presta serviços na comunidade substituiu o enfermeiro psiquiátrico que exercia a sua atividade no hospital. A conseqüente desocupação dos velhos edifícios e a prestação de um novo serviço exige circunstâncias políticas e económicas propícias. (Left, 2000)

Será esta orientação dos cuidados mais vantajosa a quem dirigimos a nossa atuação? Esta tomada de posição conduz por um lado ao comprometimento das intervenções implementadas, assim como o insucesso do processo de reabilitação psicossocial estabelecido. Por outro lado, acredito que estas reestruturações melhorem alguns aspetos do

trabalho que se tem vindo a desenvolver até então.

De acordo com a lei nº 36/98 de 24 de julho e decreto-lei nº 35/99 de 5 de fevereiro do Relatório de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, para além de regulamentar principalmente o regime de internamento psiquiátrico conduz ao desenvolvimento de programas de base comunitária, tendo por princípios a prestação de cuidados primordial a nível da comunidade; assegurar a reabilitação psicossocial através das estruturas sócio ocupacionais, residenciais e de formação profissional, sendo que os encargos com a reabilitação e inserção social serão da responsabilidade da saúde, segurança social e emprego. Em Portugal, ao abrigo do Despacho Conjunto 407/98 de 18/6, implementaram-se até ao final do ano de 2003, 44 estruturas que abrangem cerca de 769 pessoas, com a seguinte distribuição: Região Norte 4%, região Centro 10%, Região Lisboa e Vale do Tejo 63%, na região do Alentejo 1% e na Região do Algarve 22%.

Apesar de esforços e deste crescimento, considera-se a existência de varias lacunas no apoio prestado às pessoas com doença mental, tanto no que diz respeito à perspectiva adotada nos programas de reabilitação dessas mesmas estruturas, a questões estruturais (espaços adequados e acessíveis) e contexto como de localização e de capacidade (reduzida face às necessidades da população).

4.2. As implicações/ recomendações do trabalho para a prática

O desenvolvimento deste trabalho trouxe inúmeros contributos. Desde a pesquisa inicial, a elaboração do projeto de intervenção assim como a sua aplicabilidade, forneceram ferramentas não só para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, como a oportunidade de transmitir relato e o contributo vivenciado.

Este estudo só foi possível estabelecendo estreitos laços entre os colaboradores, pessoas com doença mental, suas famílias, técnicos de referência, assim como a integração nas equipas. Partilhar, ouvir as suas vivências, dificuldades e medos remetem-nos para uma posição privilegiada junto de quem incansavelmente luta, ao longo de anos, pela aceitação numa sociedade que as exclui por não corresponderem ao seu padrão de normalidade, vítimas de um estigma social de dimensões muito superiores às que possamos imaginar.

Apostar na inclusão das famílias no processo de reabilitação psicossocial do seu familiar com doença mental, permitiu uma atuação humana e individualizada, contribuindo para a aproximação da complexidade da temática e das ações que envolvem a realidade dos

recursos em saúde mental.

A avaliação das necessidades da pessoa com doença mental e sua família, por intermédio do Instrumento utilizado, CAN, revelou-se, no serviço, um método de pesquisa e avaliação para a enfermagem, dando aos profissionais a referência e a necessidade de intervenção nesse sistema identificado.

De referir que todas as intervenções desenvolvidas em contexto individual e multifamiliar se revelaram igualmente ricas. Apostar neste tipo de intervenção, torna-se facilitador, conduzindo a uma maior agilização e reintegração da pessoa com doença mental.

Segundo Kozma e Mansell (2009), que se debruçaram sobre um estudo que analisou diferentes formas de residências comunitárias, chegou às seguintes conclusões sobre a desinstitucionalização e a vida na comunidade; as pessoas que vivem na comunidade em pequenas residências semi independentes ou em regime de vida apoiada têm uma melhor qualidade de vida do que as que residem em hospitais psiquiátricos; estas pessoas têm mais oportunidades para a tomada de posições; uma maior inserção nas redes sociais e mais apoio familiar. Por outro lado, têm mais oportunidades de aquisição de novas competências, desenvolver ou manter as competências existentes, aumentando o seu grau de satisfação perante a vida.

Outra consideração que gostaria de fazer diz respeito à mudança de Paradigma em Saúde Mental. Os profissionais da área da saúde necessitam de refletir sobre as suas práticas, sobre as suas ações. Para que tal ocorra é importante a capacitação dos profissionais para acolher e elaborar estratégias de intervenção capazes de compreender a realidade da pessoa com doença mental e sua família.

Apesar das sugestões que apresento nesta reflexão, não posso deixar de salientar todas as conquistas na melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença mental, quando comparada a anos de exclusão, exílio e preconceito.

A chegada ao fim deste percurso, tenho consciência da dimensão e complexidade da temática que propus abraçar. Humildemente, deixo aqui o meu contributo por forma a que novos estudos avancem nesta direção, em busca da melhoria da prestação de cuidados atendendo às dimensões e necessidades da pessoa com doença mental e seus familiares, considerando e mantendo presente o complexo e dinâmico processo de reabilitação psicossocial.

5. CONCLUSÃO

Embora a doença psiquiátrica tenha assumido nas últimas décadas contornos diferentes, a verdade é que a institucionalização ainda é uma realidade bastante presente, afastando as pessoas com doença mental das suas famílias, da sociedade.

No nosso país, o processo de desinstitucionalização e a reforma dos serviços de psiquiatria têm sido lenta e difícil, com vários acidentes de percurso e propostas de reorganização deixadas na gaveta (Fazenda, 2006).

Neste contexto, torna-se importante, no âmbito da prestação dos cuidados de enfermagem á pessoa com doença mental, a reflexão das práticas implementadas e dos esforços realizados contribuintes para o processo de Reabilitação Psicossocial da pessoa doente, devolvendo- a ao seu ambiente, família e comunidade, com capacidades de dar resposta às exigências solicitadas pelo meio envolvente, atendendo a sua funcionalidade máxima.

O presente trabalho teve como finalidade primária a inclusão das famílias no processo reabilitativo da pessoa com doença mental, de que forma a família é reconhecida pelo familiar doente e pelos técnicos como parceiro, assumindo uma postura ativa e presente. Para além do trabalho desenvolvido com a pessoa com doença mental e seus familiares, a presente reflexão conduziu a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, no âmbito do 4º Curso de Mestrado da Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao longo do estágio desenvolvido, internamento e comunidade, foi dada aplicabilidade do projeto de intervenção que contemplava objetivos e atividades a pôr em prática por forma a dar resposta às finalidades identificadas.

A avaliação das necessidades da pessoa com doença mental, baseado no Instrumento de Avaliação de Necessidades de Camberwel, tornou-se imperiosa para o estabelecer de uma relação terapêutica de proximidade promovendo á pessoa com doença mental e seus familiares o desenvolvimento de competências, dinamizando recursos facilitadores da reinserção na comunidade, atendendo a todas as suas dimensões.

As necessidades identificadas pelas pessoas com doença mental inquiridas neste trabalho, de acordo com o instrumento aplicado, incluíram: necessidades de saúde, pela identificação de sofrimento psicológico; necessidades em termos de serviços, nomeadamente ao nível da informação acerca da doença e tratamento, de subsídios/benefícios sociais; necessidades de

funcionamento diário, ao nível das tarefas domésticas básicas; necessidades básicas relacionadas com as atividades diárias. Estudos da atualidade que se debruçaram sobre esta problemática evidenciaram também algumas destas necessidades apuradas neste trabalho, reforçando a importância de trabalhar estes aspetos, numa população ainda tão desprotegida e estigmatizada.

Esta proximidade, a vasta e importante informação recolhida permitiram nortear a atuação no sentido de integrar a pessoa com doença mental e sua família no processo reabilitativo. Atendendo aos pressupostos da reabilitação psicossocial foram realizadas intervenções psicoterapêuticas de caráter individual, familiar e multifamiliar, com vista à promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A criação de um espaço de partilha promoveu o desenvolvimento de competências da pessoa com doença mental e familiares, reestruturação de papéis e gestão de sentimentos, permitiu uma melhoria significativa do ponto de vista relacional entre pessoa doente e familiares. Tornou-se imperativa a necessidade de atribuir maior ênfase ao processo relacional e ao espaço de cada parte, assim como o reconhecimento da importância do outro para promover o envolvimento da família, da pessoa com doença mental e da rede de suporte em todo o processo reabilitativo.

A pessoa e o sistema familiar estão sujeitos a diversos acontecimentos vivenciados durante a sua existência.

a condição na qual todas as partes e sub partes do homem estão em harmonia com o sistema total é o bem-estar, requerendo trocas de energias para manter a integridade do sistema. Esta totalidade é baseada no inter-relacionamento das variáveis, a qual determina o grau de resistência que uma pessoa tem em qualquer situação de confronto. É oportuno, reafirmar que na sua totalidade o homem é único e para tanto com características individuais, porém, é um sistema aberto em interface total com o ambiente. (Neuman,1989)

Este processo conduziu a uma melhoria da qualidade de cuidados prestados à pessoa com doença mental, garantindo o apoio necessário, sempre com vista à satisfação das suas necessidades independentes enquanto familiar e família, ao traçar de um plano individualizado, conduzindo à compreensão das expectativas e vivências da família.

O enfermeiro assume deste modo o papel de líder, estabelecendo uma relação de cooperação e participação ativa, sendo capaz de observar e entender a situação que afeta a pessoa,

compreender o que sucede no seu interior, conseguindo extrair o máximo de contributo da relação interpessoal (Peplau, 1992).

De salientar o peso de algumas limitações neste estudo, nomeadamente a fraca adesão das famílias, já há muito desvinculadas, devido ao longo períodos de institucionalização e conseqüentemente o não reconhecimento da família em todo o processo, por parte da pessoa doente e técnicos de referencia. Se a família não pode contar com uma rede de serviços que a auxilie nos cuidados ao paciente, a tendência é repetir internamentos sucessivos.

Vários esforços e projetos são postos em prática, mas a verdade é que ainda nos deparamos perante uma sociedade que manifesta alguma resistência em incluir as pessoas com doença mental na sociedade a que pertencem.

Esta resistência e a incapacidade de resposta dos serviços comunitários vão prolongando os internamentos, criando uma distância maior entre a pessoa com doença mental, os seus familiares, amigos, grupos onde se encontravam inseridos, conduzindo ao abandono do papel que assumiam perante uma família, trabalho, comunidade.

A aplicabilidade do projeto de intervenção inicial também se revelou comprometida devido às grandes alterações a que estavam sujeitos os serviços onde foram desenvolvidas os estágios, embora fiquem expressos os meus agradecimentos a toda a equipa e enfermeira orientadora para que tal não tivesse impacto negativo no desenrolar deste trabalho.

Para além dos inúmeros contributos este documento tornou-se especialmente importante para o meu processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional contribuindo para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, mobilizando os meus modelos, expectativas, conduzindo ao aumento do auto-conhecimento mediante o acompanhamento da pessoa em toda a sua dimensão, a vivência de técnicas psicoeducativas, psico e sócio terapêuticas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento profissional e pessoal”.

A mobilização dos recursos internos, a capacidade reflexiva perante estes momentos de aprendizagem e partilha, tornaram-me uma pessoa mais rica e conhecedora das minhas limitações e capacidades, contribuindo para o estabelecer de uma relação terapêutica eficaz, assegurando os limites e identificando os valores e fatores pessoais que pudessem interferir na interação com a pessoa com doença mental e seus familiares.

De referir que aquisição destas competências se tornou possível, através da integração nas

equipas de forma proativa, recebendo e dando também o meu contributo, através da avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo, por forma a promover uma parceria da família no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Este percurso contribuiu para a evolução do meu desempenho num papel de educador, auxiliado no processo de aquisição de conhecimentos que contribuíssem para a reabilitação da pessoa, assumindo tanto a categoria de instucional, fornecendo uma grande variedade de informação á pessoa com doença mental e sua família; e de experiencial, que usa a experiencia da pessoa como ponto de partida para a criação de aprendizagens posteriores, fruto dessa vivência e reflexão (Peplau, 1992).

Deixo assim, este pequeno contributo embora com a plena consciência do longo caminho ainda a percorrer, no sentido de consolidar todos estes conteúdos apreendidos, mantendo a necessidade de atualização de conhecimentos contribuindo para uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andres, K., Pfammatter, M., (2000). *Effects of a coping- orientated group therapy for schizoaffective patients: a pilot study*. Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Anthony, W., Cohen M. e Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston University: Center For Psychiatric Rehabilitation.
- Bandeira, M., Lesage, A., e Morissete, R. (1994). *Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria.
- Basteiro, S., Gil, C.M., Remédios, M. (2004). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*, Lisboa: Stória Editores.
- Brito, L. (2006). *Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia*. Revista Portuguesa de Enfermagem 5.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos existencial- humanistas da relação de ajuda – Volume I*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de Intervenção – Volume II*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (2003) *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ªed,Loures : Lusociência.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Ekdawi, M., Y. e Conning, A., M. (1994). *Psychiatric rehabilitation: A Practical guide*. Londres: Chapman e Hall.
- Falloon, J. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York:The Guilford Press.

- Fernandes, M. T. (1998). *Metodologia de Projecto - Servir*, vol. nº 45 - nº 5, Lisboa, Grafilarte, p. 233 – 236.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gago, J. (1996). *Avaliação da Necessidade em Reabilitação Psicossocial*. (Dissertação de Mestrado e Saúde Mental). Apresentada na Universidade Nova de Lisboa.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto: Afrontamento.
- Gonçalves, P., M. (1996). *Repercussões da doença mental na Família - Um estudo de familiares de doentes psicóticos* (Dissertação de Mestrado) apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Gordo, M. (2003). *Reabilitação da Pessoa com Doença Mental – das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hanson, J. (1992). *Families perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness*. Community Ment Health.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leff, J., e Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, 176.
- Lima, M. e Botega, N. (2001). *Hospital-dia: para quem e para quê?*. Rev. Bras. Psiquiatr. Consult. 07 Fev. 2014]. Disponível na Internet <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf>.

- Macedo, V. (1996). *As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil*. Informação Psiquiátrica: Rio de Janeiro.
- Neuman, B., Fawcett, J. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed.). Norwalk: Appleton e Lange.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Menta. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Penna, C. M. de M. Família saudável: uma análise conceitual. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis*. Vol. 1, n. 2.
- Peplau, H. (1992). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referência conceptual para la enfermeríapsicodinámica. Barcelona: Ediciones Masson Salvat.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março*. Diário da República I Série. N.º 47.
- Relatório de Atividades, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Unidade de Convalescença, 2010.
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Serra, A.V. et al (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde para Português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.o 1, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.*

Loures: Lusociência.

Townsend, M., (2009). *Enfermagem em saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência.* Loures: Lusociência.

7. ANEXOS

Anexo 1-

Diário de aprendizagem 1: Terapia Familiar (Gestão de conflitos)

Diário de aprendizagem 1: Terapia Familiar (Gestão de conflitos)

Hoje posso dizer que foi, desde o início desta experiência acadêmica e profissional, o dia em que me senti mais próxima quer da equipa quer dos doentes. As dinâmicas do serviço começam a ser interiorizadas assim como a minha presença se vai tornando mais familiar.

Pelo corredor, sou abordada pelos doentes de forma carinhosa e afável, sentindo-me como elemento integrante do serviço.

Neste dia devo salientar a participação na sessão de terapia familiar realizada pela Enfermeira orientadora (a qual já tinha observado no segundo dia de experiência neste contexto clínico). Considero ainda estar pouco á vontade, até porque estas sessões implementadas já têm algum tempo de evolução, fortes laços se estabeleceram entre a família e o terapeuta, contribuindo de certo modo para que me sinta um pouco desconfortável, receando até comprometer a intervenção.

Mais uma vez, após solicitada a autorização para assistir a sessão, a família mostrou-se receptiva e tive o privilégio de estar presente mais uma vez, neste momento rico de partilha.

Estávamos perante três elementos da família, o T. (filho- pessoa internada), o pai e mãe, que como em tantas outras reuniões anteriores esperavam daquele encontro a resposta para questões variadas, esclarecimentos de dúvidas, gestão de conflitos ou apenas um espaço de partilha de sentimentos e emoções.

Na sessão da semana passada estavam apenas presentes o filho e a mãe, a Enfermeira orientadora e eu.

No dia de hoje o pai tinha vindo ao nosso encontro. Receptivo á abordagem, prontamente me estendeu a mão quando me dirigi a ele e me apresentei, embora este adotasse uma postura retraída e defensiva que revelava segurando energeticamente uma capa que trazia na mão. Depois de um cumprimento entre todos seguimos para a sala onde iria dar início o encontro.

Na sequência da semana anterior, a sessão seria orientada no sentido de trabalhar os sentimentos, os limites da relação, demonstrar que pessoas com opiniões diferentes podem viver em harmonia, unidos pelo respeito e pelo amor. Não se trata de uma tarefa fácil quando se pretendem mudar comportamentos. O pretendido não é mudar as pessoas na sua essência, mas sim fornecer ferramentas, atribuir competências a esta família para que desenvolvam estratégias que lhes permitam viver em harmonia.

A presença da mãe realçava-se perante os restantes. Com alguma dificuldade em cumprir limites durante a interação, mostrava-se visivelmente mais inquieta, relativamente ao encontro

anterior (talvez motivado pela presença do pai, ex-marido). Não havia qualquer dúvida que a mãe ama o seu filho, embora com alguma dificuldade em perceber que o seu filho como pessoa tem as suas necessidades, vontades e ideologias. Talvez o que deseja e entende ser melhor para o seu filho, não seja o que o este defende e quer para si.

Estes sentimentos de revolta por não conseguir lidar com a frustração perante a negação, têm sido constantemente trabalhados assim como a forma impulsiva e tom de voz aumentado que desperta no filho cada vez que se sente pressionado pela mãe, para algo que não deseja fazer.

O pai pouco interagiu apenas quando era abordado diretamente para o fazer, assumindo uma postura passiva quando era incentivado para o fazer.

No decorrer da sessão a mãe tentava, várias vezes, convencer o T. que o melhor para si, era acompanhá-la nas reuniões e horas de culto, frequentar a igreja com assiduidade, embora soubesse que tal insistência desencadeava nele alguma frustração, ansiedade e até alguma agressividade dirigida à mãe.

O T. expressava com frequência o seu desagrado perante a tentativa forçada da mãe o incluir nas suas práticas religiosas, pois para além de não se identificar com esta ordem de pensamento ele também achava esta dedicação à religião desconcertante e exagerada, não querendo fazer parte das rotinas da mãe. Por outro lado a mãe defende que para que seja possível viver em harmonia, têm de falar numa só voz, o que pela resistência do filho em “se converter”, desencadeava em si sentimentos de frustração, culpa e ansiedade.

Gerir estes conflitos internos e externos exigem uma postura livre de preconceitos, uma boa capacidade de comunicação e acima de tudo o estabelecimento de uma relação empática. Tenho consciência que me espera um longo caminho a percorrer.

A determinada altura, perante a possibilidade de sair da instituição em passeio, promoveu-se um espaço para que pudessem decidir o que fazer durante esse período de forma mais proveitosa indo de encontro aos interesses dos elementos da família.

O pai não estaria disponível, pelo que seria o T. e a mãe a programarem a saída. Devo dizer que a postura da mãe me surpreendeu. A mãe largou registo que seguia normalmente e perguntou ao T.: “Onde queres ir passear...o que queres fazer, filho” (sic). Foi um momento gratificante, que me fez refletir. Uns segundos apenas de compreensão e harmonia sobrepuseram-se a todos os restantes onde cada um (mãe e filho) fazia valer a sua vontade, perante a postura passiva do pai que pouco se manifestava. Naquele momento percebi que apesar de pequenas conquistas diárias, vale a pena não desistir e acreditar nas competências da família em todo o processo de reabilitação e integração da pessoa internada. A dedicação,

investimento, persistência em todo o tempo de terapia familiar realizado pela Enfermeira orientadora tornava-se visível.

Achei particularmente interessante a tentativa de inclusão do irmão nas sessões. Apesar de não ter estado nas sessões que presenciei, é lembrado ao longo do encontro, sendo disponibilizado ao T., por parte da terapeuta, varias estratégias para que este seja incluindo também neste processo como elemento não tão menos importante nesta família, apesar de ausente.

Terminada a sessão a Enfermeira orientadora, propôs á mãe do Tiago a vinda para a realização de uma dinâmica individual, na qual eu estaria presente também. Esta mostrou-se receptiva em participar aceitando de imediato, contrariando a minha ideia pré-feita. Pensei, erradamente, que esta se sentiria ameaçada por participar numa intervenção diferente das que até então tinha sido sujeita e acima de tudo por não estar presente o seu filho. Deduzo que aceitou por existir uma forte relação de confiança entre o terapeuta e a pessoa, contribuindo para um á vontade que não seria possível noutro contexto.

Estou expectante em relação ao próximo encontro tendo consciência que, independentemente o desfecho final, será um forte momento de aprendizagem pessoal e profissional.

Anexo 2-
Diário de aprendizagem 2: Punição versus Intervenção Terapêutica

Diário de aprendizagem 2: Punição versus Intervenção Terapêutica

Desde que iniciei este Ensino Clínico, tenho vindo a ouvir relatos de algumas pessoas internadas às quais lhes desapareceram alguns pertences, sendo um assunto frequentemente abordado em reuniões comunitárias e passagens de turno.

Apesar de se tratar de um serviço de internamento, no Serviço de Reabilitação as pessoas são responsáveis pelos seus bens, sobre a orientação e supervisão da equipa.

Perante o desaparecimento de alguns objetos, o inevitável acontecia, algum ambiente de tensão se gerava, assim como a desconfiança entre as pessoas internadas.

A equipa sensível para a situação, tentou perceber quem estaria na origem dos desaparecimentos e intervir.

Estava internado um Sr., o R, que já havia sido surpreendido anteriormente no exterior a furtar, tendo sido por várias vezes confrontado com objetos na sua posse que não lhe pertenciam. Apesar de tudo, era só uma suspeita e como tal manteve-se a vigilância apertada do seu comportamento, garantido a subtileza que a situação delicada exigia.

No passado dia de ontem, eis que um mp3 tinha sido furtado na secção de jardinagem do Hospital e tudo indicava que o R. estava na origem do furto.

Ao aperceber-se que suspeitavam de si, tentou ocultar a prova livrando-se do equipamento, dirigindo-se ao serviço a toda a velocidade, enquanto o funcionário da secção de jardinagem o seguia na esperança que o conduzisse ao mp3.

A equipa de serviço, ao aperceber-se da situação interveio, dando resolução á ocorrência fazendo a gestão daquele conflito.

Efetivamente o R. estava na posse do mp3 desaparecido da secção de jardinagem. Não seria a primeira vez que o negava mesmo perante provas evidentes e fazendo uma análise pessoal, decerto não iria ser a última vez que o faria.

Estes episódios já tinham ter sido discutidos em reunião de equipa, pois tais comportamentos vinham a tornar-se difíceis de gerir e prejudiciais também para as restantes pessoas internadas, que frequentemente verbalizavam o seu desagrado e insegurança, por saber que entre nós se encontrava alguém que não os respeitava e invadia com frequência a sua privacidade, retirando pertences que eles adquiriam com tanto sacrifício e treino.

O respeito pelo outro e pela vida em comunidade encontravam-se fracamente comprometidos no R., apesar de todos os esforços e tentativas de inclusão em várias atividades, por parte da

equipa. Com grande dificuldade em aderir às atividades propostas, por onde passava deixava apenas um rasto de desconfiança e tensão.

Devo dizer que o comportamento do R. desperta em mim, sentimentos de grande ambiguidade. Por um lado, com que direito tem de quebrar a harmonia entre os restantes, gerando sentimentos de dúvida e receio, contribuindo por vezes para a descompensação e exacerbação de sintomatologia delirante de algumas pessoas que partilham o internamento?

A incapacidade de controlar estes comportamentos, a meu ver impulsivos e incontrolláveis do R, contribuem para o aumento de sentimentos de frustração, gerando mesmo alguma contra atitude e desinteresse dirigida ao mesmo. Questiono-me, se nenhuma estratégia modifica os seus comportamentos, porquê continuar a investir e sujeitar os restantes a este foco de *stress*?

O certo é que ao virarmos as costas condenando-o pelas suas atitudes, fomentamos ainda mais este comportamento desajustado e prejudicial, adotando uma postura passiva. Seremos apenas mais uns a contribuir para aumento do estigma da pessoa com doença mental e da sua exclusão na sociedade. Definitivamente não é isso o pretendido.

O R. deverá sim ser responsabilizado pelos seus atos, tornar-se consciente de todas as implicações do viver em sociedade, dos limites a ter durante a relação com o outro, conceito de liberdade e respeito pelo próximo.

Na esperança de haver uma diminuição deste comportamento, foi estabelecido em equipa um conjunto de atividades de limpeza que R. seria responsável por desempenhar durante um tempo estabelecido, tendo-lhe sido dado a conhecer o porque desta decisão. Contestou, manifestando o seu desagrado embora com a vigilância e supervisão da equipa tivesse aderido.

De acordo com Stuart e Laraia (2001), a punição será mesmo uma das três técnicas utilizadas para que ocorra diminuição de um determinado comportamento. A punição é um estímulo aversivo que ocorre depois do comportamento e diminui a sua ocorrência futura. Muitas vezes o termo “castigo” e “punição” assumem muito pouco de terapêutico quando associadas a más práticas.

Perante este esclarecimento dos autores devo dizer que a palavra punição assumiu para mim outros contornos. Pessoalmente encaro esta tomada de posição como algo benéfico e necessário, não depreciativo nem humilhante como aos olhos de muitos possa parecer.

Nos primórdios dos serviços de psiquiatria, antigos manicómios, a assistência era caracterizada pela repressão e vigilância. A pessoa com doença mental não recebia um tratamento digno, sendo tratado, muitas vezes com violência. Sem qualquer tipo de estímulo, todas as suas

potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de retomar a vida em sociedade, contribuindo para o aumento da exclusão e estigma.

Este caráter desumano que muitas pessoas mantêm associado aos serviços de psiquiatria, ainda perpetua nos dias de hoje.

A falta de conhecimento, mesmo entre nós enfermeiros, desperta sentimentos de insegurança e medo em aplicar termos como “punição”, com o receio de sermos mal interpretados e rotulados como maus profissionais.

Defendo que o enfermeiro ESMP quando sustentado por uma boa prática deverá estar seguro das suas intervenções, conduzindo a pessoa a um processo de bem-estar e promoção da reabilitação psicossocial, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Só assim conseguiremos acreditar nas competências do outro enquanto pessoa, só assim acreditaremos no processo de reabilitação e reinserção da pessoa com doença mental na comunidade a que pertence.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *“Enfermagem psiquiátrica”*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Ornelas, J., et al. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa. AEIPS Edições.

Anexo 3-
Diário de aprendizagem 3: Do Internamento de Agudos às Residências

Diário de aprendizagem 3: Do Internamento de Agudos às Residências

Apesar de trabalhar em Psiquiatria há algum tempo, tenho consciência que me aguarda um longo caminho a percorrer. A prestação de cuidados á pessoa com doença mental em fase aguda é algo que me motiva, embora por vezes me sinta limitada no contexto profissional que me insiro, tendo uma necessidade extrema de procurar novos desafios, novas realidades.

Em internamento de agudos, a preparação para a alta começa no primeiro dia de internamento. Isto é o que dizemos que acontece, ou gostaríamos, mas de modo nenhum o que se passa na realidade. Questiono-me diariamente sobre a razão dos reinternamentos, passado uma semana da data de alta clinica. Será que o fizemos o que estava ao nosso alcance?...Será que o fizemos bem? O que será que podemos melhorar? Questões e mais questões...seria necessário mudar grande parte das nossas práticas e acima de tudo as nossas lentes como vemos a Saúde mental em Portugal, para obtermos respostas.

Embora nos apresentemos como profissionais confiantes e destemidos, no nosso íntimo ainda prevalece o medo e a grande resistência á mudança. Eu não me considero exceção. Ao longo deste percurso tenho mudado atitudes, convicções e esquemas mentais, apesar de me encontrar na fase embrionária deste processo.

Sinto necessidade de algo mais e conduzir a minha atuação com vista algo melhor, que me faça sentir completa e realizada, contribuindo para tornar diferente o dia de alguém.

Esta experiência clinica em Reabilitação tem permitido amplificar o campo de visão, proporcionando-me verdadeiros momentos de reflexão e auto conhecimento. Posso mesmo dizer que existem diferenças na minha atuação desde que iniciei este percurso.

Dou por mim a pensar, será que oriento as minhas práticas diárias de uma maneira correta? A minha tomada de decisão é centrada no outro ou em mim? Reflito sobre o meu dia, as decisões que tomei. Devo dizer que nem sempre tenho a resposta para as questões que coloco, o que me deixa apreensiva, desmotivada e até envergonhada por não exigir mais de mim e dos que me rodeiam.

Mas aqui me encontro eu, passo a passo e com imensa vontade de contrariar as ideias preconcebidas em torno da pessoa com doença mental.

Antes de iniciar este percurso estava longe de pensar o quão é elaborado e complexo o processo de reabilitar a pessoa com doença mental. Apesar dos avanços serem significativos, o conceito de doença mental ainda permanece aliado a mitos e as causas e consequências do estigma permanecem intactas. A pessoa é vista e tratada como diferente e tende a ser excluída

socialmente. A meu ver, a institucionalização leva a um maior afastamento da sociedade contribuindo para a sua exclusão, fomentando a crença de que a pessoa com doença mental é irrecuperável e incapaz de dar o seu contributo enquanto cidadão.

Nas Residências que visitei, a pessoa é o centro de todo o processo, não a doença, como até então estou habituada em internamento de agudos. Arrisco a dizer que estou perante uma pessoa com um diagnóstico e não o diagnóstico dentro da pessoa. É dada ênfase às capacidades que a pessoa tem, em torno de um processo reabilitativo traçado individualmente. Neste espaço encontrei uma dinâmica bastante diferente da que estou habituada, as pessoas têm outro grau de dependência. Por norma são autónomas no seu dia-a-dia, embora em casos pontuais haja necessidade de orientação/ supervisão em algumas atividades, em pessoas com doença mental grave, onde o grau de deterioração e défices cognitivos são evidentes.

Tive oportunidade de colaborar e supervisionar a preparação da terapêutica semanal de algumas pessoas integradas nas várias Residências, que se reuniam apenas numa para este efeito.

De um modo geral, na minha ignorância, pensava que estas pessoas se encontravam mais autónomas nesta atividade. Pessoas com doença mental crónica necessitavam de ajuda quase total, bastante dependentes de quem se dispunha a ajudar. Foi em alguns casos necessária uma disponibilidade acrescida, reforçando várias vezes as mesmas indicações, dando por mim a pensar: “Seria tudo mais fácil se fosse eu a preparar a medicação como faço habitualmente, não seria necessário metade do tempo”. Ora aqui está um pensamento que como muitos outros eu tento refutar.

É verdade que numa realidade de internamento em situação de crise que esta postura é adotada. A desorganização e incapacidade de tomada de decisão levam-nos, enfermeiros, a substituir muitas vezes a pessoa, contribuindo para que aumentem a dependência de terceiros, tornando-os passivos no seu processo de doença e tratamento, pelo menos numa fase inicial do internamento.

Será assim mesmo, ou será algo que interiorizei para me sentir uma melhor e mais satisfeita profissional? Será uma desculpa que atribuo às minhas práticas, quando faço algo pela pessoa que ela ate conseguiria, porque até é mais rápido e ainda tenho tanto para fazer? Estas atitudes envergonham-me, questionando-me varias vezes sobre a qualidade dos cuidados que presto.

Cada caso é um caso. O certo é que generalizamos, partindo do princípio que todos estão desorganizados e incapacitados de se responsabilizarem pelo seu processo de tratamento. Confesso que esta capacidade de reflexão me trás momentos de angustia e provação, aquela

sensação de tarefa inacabada. Dou por mim a pensar:” Se fosse eu no papel do outro, gostaria que me dessem oportunidade de fazer, para não me sentir diminuída, inferior...para sentir que ainda tenho um processo ativo, que tenho capacidades enquanto pessoa”.

O simples gesto de cuidar, envolve conhecimentos, saberes, não depende exclusivamente de boas intenções e capacidade de ajudar. Para cuidar da pessoa há que desenvolver competências. Temos de saber,

quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é o que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico (Watson, 2002).

Enquanto enfermeira prestadora direta de cuidados, cada vez mais me são impostas metodologias de trabalho com base em estatísticas e não na evidencia de cuidados individualizados prestados á pessoa. As metas têm de ser atingidas, quanto em menos tempo melhor, pois assim faremos mais. Quantidade sim, qualidade para quê!? Existe um grande sentimento de revolta e frustração contribuindo para o meu descontentamento profissional e pessoal.

Seria mais fácil ser eu a preparar a medicação? Seria mais rápido sem dúvida, mas a pessoa confrontada com a primeira dificuldade não iria preparar a caixa, iria interromper a toma da medicação e comprometer o projeto terapêutico. Durante o internamento sob a nossa orientação é esperado que a pessoa responda ao que lhe é implementado e proposto, pois encontram-se num ambiente protegido longe das dificuldades e adversidades que encontrarão na comunidade, que muitas vezes os discriminam e inferiorizam.

Permitir que as pessoas com doença mental possam recuperar a sua dignidade, alcançar um nível de funcionamento que lhes permita participar ativamente na comunidade onde estão inseridos não parece complicado, mas porque será tão difícil de pôr em prática?

É importante reabilitar a pessoa com doença mental para a comunidade, mas não menos importante será educar e reabilitar a comunidade para os receber. Seremos capazes disso? A meu ver não só eu tenho um longo caminho a percorrer...a sociedade onde nos inserimos também.

“A nossa responsabilidade aumenta quando temos ao nosso alcance ajudar outros a sê-lo também” (Gordo, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Watson J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures : Lusociência.

Gordo, M. (2003). *Reabilitação da Pessoa com Doença Mental – das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Anexo 4

Diário de aprendizagem 4: Reunião Multifamiliar

Diário de aprendizagem 4: Reunião Multifamiliar

No passado dia 28 de dezembro, tive o privilégio de assistir á reunião multifamiliar no serviço de Reabilitação, onde desenvolvo o meu ensino clinico I, no âmbito do 4º curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de SMP.

Mais uma vez me sentia grata por poder partilhar este momento e como tal, grandes eram as expectativas que tinha relativamente a este encontro. Estava expectante como seriam as interações entre os familiares, que tipo de questões iriam surgir e quais os temas de eleição que seriam abordados.

A reunião teve como moderadores, a Enfermeira orientadora, um dos psicólogos do serviço, responsáveis pela implementação e organização.

Alguns dos familiares presentes já eram meus conhecidos, pessoas com as quais tive oportunidade de privar num contexto de intervenção familiar, mas só agora, pela primeira vez, nos encontrávamos todos numa interação de carácter multifamiliar.

Apesar de inicialmente esperar que mais pessoas estivessem presentes, o grupo que tinha perante mim encheu por completo aquela hora que passou tão rápido, absorvendo quem estava presente, pela partilha de experiências e problemas comuns, oferecendo entre si suporte emocional e social.

“Contar a nossa experiência, não sermos silenciosos, criar um ambiente de auto ajuda entre as famílias, partilhar os problemas e sugestões ajuda a ultrapassar situações de crise” (Ornelas et al, 2005). Era mesmo este o objetivo destes encontros e de certo modo as expectativas daqueles familiares.

Foram vários os temas abordados, tendo-se dado ênfase as varias atividades desenvolvidas pelas pessoas internadas na Unidade de Reabilitação, dentro e fora da instituição, remetendo para os planos integrados de reabilitação, orientados por um objetivo comum, “Estamos aqui para contribuir para que os nossos entes queridos tenham uma melhor recuperação, para que possamos também nós fazer algo por eles” (sic)

As palavras da irmã da Sr. L., soavam-me a genuínas, verdadeiras e repletas de motivação. Era como se assumisse perante o grupo: “ Aqui estou eu, perante todos, sem medos, sem vergonhas, sem meias palavras e sem rodeios... sou familiar do X ou Y e venho aqui para ajudar e ser ajudado, como se de um livro aberto me tratasse.

Considero uma grande ato de coragem, pois infelizmente o estigma ainda se encontra bastante enraizado na nossa sociedade, começando em nós e nos familiares, que por vezes optam por ocultar que têm no seio da sua família uma pessoa com doença mental.

Este passo de gigante contribui para a aceitação da pessoa com uma doença mental e conseqüentemente participação ativa de ajuda neste processo. “Os preconceitos não estão só na sociedade, estão também nas famílias” (Ornelas et al, 2005).

Ao longo do trabalho desenvolvido neste estágio, tenho tomado consciência das verdadeiras dificuldades que as famílias enfrentam. A situação de crise, de doença, não afeta só determinado membro da família, afeta toda a estrutura familiar, que ao longo deste tumultuosos caminho, se vai desmembrando.

Enquanto equipa, muitas vezes não estamos verdadeiramente despertos para estes sentimentos de angústia e medo vivenciados pelo familiar da pessoa com doença mental. Neles depositamos muitas expectativas mesmo sem saber se aquela família terá estrutura para levar a cabo todo este árduo processo. Como dizia o pai da C., “Muitas vezes sinto-me pressionado pela equipa para levar a minha filha para casa...sinto-me como se fosse um mau pai por o não fazer...mas eu nunca conseguiria levar a minha filha assim para casa, nunca teria condições”. (sic) Partimos do princípio que se são família, terão de fornecer apoio, e se por algum motivo este suporte fica comprometido, então é porque não estão dispostos a colaborar.

Quantas vezes fazemos este tipo de observações: mas que família é esta que não vem á vista, nem quer saber? Ou até: com uma mãe daquelas qualquer um ficava descompensado.

Pois é, isto traduz a nossa realidade, e todos os dias me deparo com estes pensamentos erróneos e muitas vezes infundamentados. Que vergonha, enfermeira Joana. Sim, sinto-me envergonhada quando me apercebo desta postura, contribuindo para a contaminado a relação que estabeleço. Dou por mim a pensar: e se fosse comigo, como reagiria? Se fosse comigo, gostaria que tivessem paciência para me fornecer a informação e estratégias que me ajudassem a lidar com a situação de crise, que contribuíssem para o alívio do stress, que promovessem um espaço de catarse onde pudesse questionar, chorar, aprender e partilhar. Alguém que olhasse para mim como parceiro no processo de tratamento e reabilitação do meu familiar, também eu com necessidades de aprendizagem para me adaptar a este novo papel, mas também muita informação para partilhar sobre as vivências enquanto familiar.

Adotando esta postura, como podemos nós enfermeiros de Saúde Mental esperar que a família seja nosso parceiro, se muitas vezes nem damos espaço para que se adaptem a este papel?

Contrariamente ao pretendido, adotamos uma postura meramente informativa, não doseando a quantidade de informação transmitida, causando algum receio e sentimentos de medo nos familiares.

Muitas vezes estes familiares trabalham arduamente no sentido de reatar laços com a pessoa com doença mental, laços esses bruscamente desfeitos numa fase aguda da doença, contribuindo para a deterioração da relação e afastamento da família. “Muitas famílias vivem neste círculo vicioso, sob o peso de um alto nível de angústia, que, pouco a pouco, vai tornando doentes os outros membros” (Basteiro et al, 2004).

Perante aquele ambiente acolhedor e desprovido de olhares indiscretos, os familiares ganhavam “protagonismo”. Tudo o que era dito era sentido por os restantes.

assim, a partilha de vivências semelhantes, o conhecimento que nos vem da experiência, o desabafar, a esperança que se pode transmitir, a partilha dos sucessos e fracassos de cada um, as situações que necessitam de informação, fazem com que estes grupos de ajuda mútua, sejam de grande utilidade e apoio para os familiares da pessoa com doença mental (Ornelas et al, 2005).

Cada vivência, sentimentos partilhados perante o grupo assumiam especial importância, sendo que muitos se reviam e identificavam com as palavras de outros familiares.

O certo é que para assumirem papel de parceiros com a equipa, é necessário que os familiares se empenhem neste processo, que acreditem vivamente nas capacidades do seu familiar com doença mental, pois só assim será possível uma reabilitação da pessoa.

Estas reuniões criam um espaço de união e apoio lhes permite fortalecer fazendo face as adversidades do quotidiano, conduzindo a uma preparação do futuro dos seus familiares, futuro este que os dignifique e os devolva a uma comunidade mais justa e preparada para os abraçar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com doença Mental – das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa. Climpsi Editores.

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Ornelas, J., et al. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa. AEIPS Edições.

Anexo 5

**Diário de aprendizagem 5: Contributos da família no processo de reabilitação da Pessoa
com doença mental**

Diário de aprendizagem 5: Contributos da família no processo de reabilitação da Pessoa com doença mental

Em contexto de ensino clínico seria a primeira vez que iria fazer uma intervenção familiar, onde começaria então a explorar conteúdos que servirão de sustentação para a elaboração do meu relatório final.

Esta primeira intervenção seria só com o Pai de uma Sra. internada na unidade de Convalescença, não descartando a possibilidade de englobar outros elementos da família numa posterior intervenção.

Apesar a intervenção ter sido de previamente programada e discutida com a Enfermeira orientadora, ainda existiam perguntas às quais não conseguiria dar resposta: “Será que o familiar ira comparecer?” “Será que vou ser bem-sucedida?” “Será que depois deste encontro o Sr. vai querer regressar?”. Estava ansiosa sim, mas mais expectante em relação ao que iria acontecer.

Não tinha resposta para qualquer uma destas questões, apenas sabia que estava perante mais um desafio. Acima de tudo iria aproveitar ao máximo o encontro para fortalecer e enriquecer o meu percurso académico/ profissional e pessoal, procurando responder as expetativas daquele pai, que prontamente se disponibilizou em colaborar.

Chegou cerca de dez minutos antes da hora combinada o que associei, por um lado, a alguma ansiedade por se tratar do primeiro encontro, por outro a necessidade de se mostrar disponível. Cumprimentei o Sr. F. e encaminhei-o para uma sala do serviço onde iria decorrer a nossa entrevista, com cerca de 45 minutos de duração.

Neste primeiro encontro para além de me apresentar, expliquei mais uma vez qual era o motivo de ali estarmos, reforçado novamente a confidencialidade que caracterizava a interação. Poucos minutos após início da intervenção, o Pai da C. verbalizou o seguinte:” Nem sei por onde começar...Têm sido uns anos muito difíceis para mim”. (sic). Uma frase curta, mas que para mim disse tanto. O cansaço e angústia encontravam-se estampados na cara do Sr. F., adotando uma postura curvada na cadeira. De imediato me apercebi que estava perante uma pessoa com uma necessidade extrema de falar. Apesar de entusiasmada com esta primeira intervenção, percebi que naquele momento o melhor contributo que poderia dar era manter-me em silêncio, apenas a ouvir e devolver o que me era dito. No fundo tentei recriar naquele início de tarde, um espaço onde o pai da C. se sentisse acolhido e escutado, onde este pudesse

partilhar as suas experiências, dúvidas e medos enquanto familiar de uma pessoa com doença mental.

Partilhou comigo informações para si significativas. O Sr. F. associa o fim do casamento com a mãe da C., como a razão para o aparecimento da doença: “ Ela até então era uma criança normal, nunca tinha dado problemas, tudo começou aos 12 anos com o processo de divórcio “. (sic). Foi visível a necessidade de atribuir a esta realidade um acontecimento de origem,

no caso das doenças mentais das doenças mentais mais graves, encontramos-nos com uma maior dificuldade na hora de achar um sentido ao que esta a acontecer(...) contudo, por detrás do sintomas existe sempre uma situação de conflito, sendo a doença um intento falhado de resolução do mesmo (Basteiro et al, 2003).

A verdade é que existia uma necessidade extrema de justificar o que havia despoletado a doença, surgindo simultaneamente sentimentos de culpa, que o Sr. F. referia como tal.

Ao longo do discurso era evidente a necessidade de ser compreendido: “Nunca mais tive vida, vivo para a minha filha” (sic). Referiu que várias vezes tentou refazer a sua vida, tendo ao longo dos anos feito algumas investidas em relacionamentos, que segundo o Sr. F. acabavam no momento em que confidenciava tinha uma filha que sofria de doença mental. Como conforto respondia de imediato: “ Se não aceitam a minha filha, como podem gostar de mim? (sic).

“A doença mental tem consequências profunda em todos os membros da família. Uma das razões do grande sofrimento das famílias é que, por vezes vivem em função do seu familiar, esquecendo que tem uma vida própria” (Ornelas et al, 2005).

Caracterizava o relacionamento com a filha como um fardo que teria de carregar associando sentimentos de tristeza e de certo modo punitivos, assumindo uma postura castradora em todos os relacionamentos amorosos que tentava ter. Este sentimento de exclusão da C. estendia-se também á família paterna: “Causa-me muita dor, no outro dia fui convidado para um casamento de uma sobrinha e foi-me explicitamente dito que não poderia levar a minha filha...acabei por não ir e sofri em silêncio” (sic).

“Os preconceitos não estão só na sociedade, estão também nas famílias. Primeiro que tudo é preciso aceitar esta doença nos nossos familiares. É importante que os outros membros da família, além de aceitarem a doença participem na ajuda do doente” (Ornelas et al, 2005).

Há medida que descrevia várias situações a emoção tornava-se cada vez mais evidente na sua cara, verbalizando inúmeras vezes: “Eu amo muito a minha filha, mas assim não consigo tê-la em casa” (sic). Permaneci calada. Sei que deveria ter tomado outra posição, fornecer algumas

estratégias e informação para que percebesse que esta tomada de posição por parte das famílias se deve muito á falta de conhecimento e informação sobre as doenças mentais e acima de tudo ao estigma que se encontra muito enraizado ainda na nossa sociedade atual.

Poderia ter dito tudo o que aprendi e que a literatura me ensinou, mas não o fiz.

Por momentos consegui identificar-me de imediato com aquelas palavras, com aquele sofrimento. Também eu tenho um familiar próximo com debilidade apesar de ligeira, que estará no futuro entregue aos meus cuidados. Naquele instante consegui transferir para mim parte daquele sufoco, pois tal como aquele pai, quando chegar a minha vez de cuidar da minha tia- madrinha, não se estarei á altura...também serei recriminada pela por não dar apoio suficiente? Também eu terei sentimentos de culpa se optar por recorrer a uma instituição para que ela tenha um acompanhamento devido? Também eu, como o Sr. F., irei ficar com um sentimento de vazio de quem não fez tudo o que estava ao seu alcance?

Confesso que tais pensamentos me causaram um grande sufoco e ansiedade, tendo perfeita consciência que é um assunto que me incomoda e se mantém no topo da pirâmide das minhas preocupações a longo prazo. Serei capaz de dar resposta? Por um lado desejaria tê-la sempre ao meu lado, por outro lado temo que as circunstâncias da vida não me permitam fazê-lo. Também esta ambivalência de sentimentos estava presente no discurso do Sr. F. Não se tornava difícil percebê-lo e colocar-me no lugar dele. Perante o Sr. F. não consegui dizer nada para além de:“ Percebo o que me esta a dizer, compreendo o que esta a sentir”.

Não é fácil para a pessoa aprender a viver com a doença mental e para as famílias não menos doloroso. Para além de considerarem um “fardo” que terão de carregar toda a vida, muitas vezes o sentimento de punição/ culpa associado dificulta todo este complexo processo.

Ao longo da intervenção o Pai da C. várias vezes referia:” Penso muitas vezes se não foi a mina ausência quando a C. era pequenina que a tornou assim...agora estou a pagar por isso, por não ter estado por perto.”. (sic) Era constante a necessidade de arranjar uma etiologia para o acontecido.

A palavra culpa assumia especial ênfase na intervenção deste dia pelo que sugeri que no próximo encontro, explorássemos estes sentimentos, mostrando-se inteiramente disponível e motivado para tal.

Tenho consciência que se fizesse de novo conduzia a intervenção de maneira diferente, mas daí a razão de ter refletido sobre este encontro. Há sempre aspetos a melhor, fazendo parte de um processo de aprendizagem complexo e dinâmico.

Para mim sem dúvida que foi uma mais-valia, um momento importante que contribuiu para a aquisição de competências enquanto Pessoa e enquanto futura enfermeira especialista em ESMP. Para o Pai da C. , bastou-me ter partilhado no final: “Sinto-me mais aliviado” (sic). Estas palavras dão-me força para continuar, acreditando com pequenos gestos e de um modo espontâneo conseguimos fazer a diferença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Basteiro, S., Gil, C.M., Remédios, M. (2004). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*, Lisboa, Stória Editores.

Gordo, M. (2003). *Reabilitação da Pessoa com Doença Mental – das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa. Climepsi Editores.

Ornelas, J., et al. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa. AEIPS Edições.

Anexo 6

Diário de aprendizagem 6: Uma porta aberta- Comunidade, visitas domiciliares

Diário de aprendizagem 6: Uma porta aberta- Comunidade, visitas domiciliárias

Com o início desta etapa, grandes eram as expectativas criadas em torno de todo o trabalho de comunidade que iria desenvolver neste Ensino Clínico.

Os profissionais e colegas de profissão com quem falava sobre este estágio, diziam para me preparar, pois iria ser confrontada com a verdadeira realidade do que é viver fora de uma instituição Psiquiátrica em Portugal.

“Vais ser deparada com a verdade, sem floreios, tal como ela é...vais para o terreno e ver que nem tudo é “by the book...” (sic)

Ao longo destas semanas, intensas tem sido as trocas de experiências e vivências. Flashes de imagens, cheiros e frases farão parte da minha história, desta minha passagem enquanto aluna da especialidade, enquanto Enfermeira, enquanto Pessoa. Decerto sairei uma pessoa mais completa e realizada com uma visão diferente da “minha psiquiatria de internamento” que com a qual confortavelmente me deparo na minha prática diária, entre quatro paredes. Paredes essas, que no decorrer de um longo processo de crescimento, têm contribuído para a abertura de janelas, novos paradigmas, novas convicções, novas formas de estar perante o outro. E esta experiência em comunidade não foi exceção.

Temos assistido ao longo destes últimos vinte anos a um crescente exponencial, da criação de várias estruturas na comunidade de apoio e reabilitação psicossocial, para pessoas com doença mental. Estes programas sejam eles de formação profissional, sócio ocupacionais, entre outros, ao proporcionarem oportunidades de fortalecimento de suporte social, participação e integração comunitárias, poderão funcionar também como mecanismos de prevenção da crise, reduzindo a frequência e a duração dos internamentos.

Apesar de extremamente importantes, estes serviços quando isolados, nem sempre têm capacidade para dar resposta e suporte em muitas situações de crise, quer às pessoas com doença mental quer às suas famílias.

Criado na sequência do financiamento de programas inovadores do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2017, existe um projeto inovador que consiste em prestar apoio às pessoas com doença mental, através da realização de visitas domiciliárias, que após algum tempo de internamento, embora se apresentem compensadas do ponto de vista clínico, se mantenham incapacitadas para gerirem a terapêutica e a sua saúde física e mental.

Este projeto é composto por uma equipa móvel, para garantir o tratamento e prevenção de recaídas dos clientes, anteriormente internados num serviço de agudos da instituição

psiquiátrica onde decorreu este ensino clínico, numa perspetiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, a ser realizada na residência dos doentes. Aqui são os profissionais de saúde que vão ao encontro aos clientes.

A equipa no terreno constituída por enfermeiros, e assistente social, os quais desenvolvem a sua atividade nos sete dias da semana, em horário alargado, entre as 8 e as 20 horas, conferindo-lhes uma elevada autonomia, capacidade e oportunidade de intervenção junto do cliente, da sua família, na sua residência.

não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuarem concentrados no tratamento intra-hospitalar. (Plano Nacional de Saúde Menta 2007-2016l)

Este tipo de projetos surge no sentido de permitir dar uma resposta comunitária abrangente em situações de vulnerabilidade, constituindo uma alternativa eficaz ao internamento hospitalar, indo ao encontro das necessidades das pessoas com doença mental e dos seus familiares.

As pessoas sinalizadas para este programa são em geral portadoras de perturbação psiquiátrica grave, apresentando um elevado risco de recaída, pela grave sintomatologia, ausência de suporte familiar e social, assim como uma deficitária capacidade funcional e baixa adesão ao regime terapêutico. Podem ser incluídos através da consulta externa de psiquiatria, consultas de psicologia, áreas de dia, assistentes sociais e enfermagem. Este projeto procura promover a criação de um programa de prestação de cuidados de proximidade, sendo simultaneamente facilitador da integração e recuperação de pessoas com doença mental grave.

O projeto terapêutico de cada pessoa é individualizado, obedecendo à orientação do psiquiatra assistente, sendo discutido com a equipa do projeto, assim como as intervenções traçadas a serem a realizadas no domicílio. Apartir desta abordagem estabelecer-se-á os objetivos, a definição dos técnicos indicados para cada momento de intervenção assim como a frequência das visitas domiciliárias.

Embora este projeto tenha vindo a evitar internamentos, o certo é que em casos pontuais também os proporciona. As vistas domiciliárias conduzem a uma deteção precoce da descompensação da pessoa contribuindo para que instauração da doença seja controlada na sua intensidade. A equipa que realiza as visitas com a periodicidade estabelecida previamente,

deteta estas situações, articulando-se com os vários apoios, nomeadamente Psiquiatra, Delegado de Saúde, Gabinete Social, entre outros.

Deparei-me com estas situações durante esta experiência no terreno, tendo verificado que efetivamente a mensagem é transmitida. São feitos esforços para que todo este apoio prestado seja em benefício de quem dirigimos a nossa intervenção, muitas vezes com escassos apoios e com recursos humanos abaixo do considerado ideal, para um projeto desta complexidade e dimensão.

Para não falar de um grande envolvimento emocional que surge associado a estas intervenções. Somos completamente absorvidos pela vida, pelas preocupações da pessoa, quando realizamos uma visita domiciliária. Tornam-se momentos intensos e de verdadeiro desgaste, contribuindo igualmente para um rico processo de aprendizagem e autoconhecimento. Mobilizamos tudo o que possuímos, estratégias, emoções, competências e conduzimos a pessoa para que o faça também. Momentos intensos de partilha que tive o privilégio de presenciar e intervir.

Remeto para uma visita domiciliária com agendamento quinzenal, de um Sr. com sintomatologia residual de conteúdo persecutório dirigido maioritariamente aos vizinhos. Realizava medicação “depot” no hospital de dia, uma vez que reunia condições e meios para se dirigir diretamente á instituição. A restante medicação oral realizava em casa de forma autónoma, embora houvesse suspeitas em como tinha interrompido as tomas.

Durante aquela visita o Sr. M. encontra-se tenso, inquieto, humor irritável e com discurso delirante, contribuindo para que adotasse uma postura desconfiada e hostil. Ao longo do seu discurso sem qualquer tipo de crítica para o seu processo de doença, adotou uma postura muito reativa e hostil dirigida tanto ao seu psiquiatra assistente com á colega do hospital de dia que por norma lhe administrava a medicação depot. Na tentativa de esclarecer a razão da sua irritabilidade, adotava uma postura cada vez mais agressiva com tom de voz aumentado, sendo que o seu discurso não cedia á argumentação lógica.

Este episódio foi de imediato referenciado, no sentido de tentar minimizar qualquer intercorrência que pudesse advir desta situação. Contactou-se para além do psiquiatra assistente, o gabinete social e o departamento do hospital de dia, no sentido de dar resolução ao potencial problema com o qual nos deparamos.

Decidiu-se que numa próxima visita a abordagem seria no sentido de regularizar a toma do “depot”, sensibilizando-o para a necessidade da adesão ao projeto terapêutico. Contrariamente

ao que eu esperava, o Sr. M. aceitou a administração do injetável, embora lhe tivesse sido garantida a hipótese de escolha.

Desde logo se prontificou em colaborar, embora mantivesse o discurso: “não percebo porque levo estas injeções...não adiantam de nada...e estou bem” (sic).

O certo é que a relação estabelecida entre o Sr. M. e a equipa contribuiu para esta postura facilitadora.

Os laços estreitos entre a pessoa com doença mental e os técnicos de realizam as visitas domiciliárias são de uma riqueza extrema. Pessoas que esperam o dia inteiro por aquela visita, por aquela conversa, por aquele momento de partilha. Apesar de na maior parte dos casos, poucos terem crítica face ao seu processo patológico, muitos são abraçados pela solidão, conduzidos ao isolamento social, ficando eles mesmos esquecidos do que é viver em sociedade.

Poderemos falar em reinserção social e familiar, quando a pessoa tem alta clínica e vai viver para uma casa sozinha. Não estaremos nós também a potenciar este isolamento e a aumentar o fosso entre a comunidade e as pessoas com doença mental? Apesar de todos os esforços no sentido da reformulação dos cuidados prestados em Saúde Mental o certo é que ainda não possuímos em Portugal uma rede de apoio na comunidade que previna estas questões.

Uma das limitações com a qual me deparei nesta experiência comunitária á semelhança do estágio de internamento no serviço de Reabilitação, foi a não adesão das famílias ou pessoa significativa em todo este processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

As famílias já há muito que se desvincularam de qualquer elo ou relação que pudesse eventualmente ainda existir. Famílias destruídas com tentativa de inclusão falhadas têm sido uma das grandes frustrações para mim, desde que iniciei este percurso.

Questiono-me várias vezes, será que estes laços podem ser recuperados? Teremos nós o direito de promover a inclusão de quem não tem disponibilidade mental para o fazer?

Estaremos nós a ter o papel de parceiros com as famílias ou de verdadeiros ditadores discriminatórios?

A tentativa de inclusão das famílias em todo este processo torna-se por vezes dolorosa e frustrante, para as famílias, para a pessoa portadora de doença mental e para nós também. Como reagir perante uma resposta: ”Escusam de ligar mais, não quero saber nada disso, pode ser minha mãe, mas fiquem com ela, não quero saber dessa Sra..” (sic). Confesso que fiquei sem palavras. Estávamos perante uma filha que se desvinculava por completo, perante a

existência da figura que a qual não identificava como mãe. Um passado traumático, vivenciado por aquela filha na sequência da doença da mãe haviam-na afastado por completo. Na realidade, quando se fala em integração da comunidade, estamos quase exclusivamente a falar de integração da pessoa com doença mental nas famílias.

As famílias representam o recurso mais econômico da implementação da psiquiatria comunitária, assumindo-se como estruturas extra-hospitalar menos exigentes, não sendo tratadas como parceiros da estratégia terapêutica e de reabilitação, sendo que a pessoa com doença mental deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e para a ser responsabilidade da família.

A máxima de atuação seria “retirar as pessoas com doença mental e devolve-las às famílias”. Gradualmente, a ideia de desinstitucionalização vem permeando as discussões e o trabalho de profissionais de Saúde Mental, dos familiares e da comunidade em geral.

Podemos verificar esta mudança de paradigma através do Plano Nacional de Saúde Mental, onde apresenta um futuro com diminuição da institucionalização e aumento da rede de apoio de intervenção na comunidade, permitindo ao utente e família uma maior qualidade de vida.

Lembro-me especialmente de uma visita domiciliária a uma Sra. já com alguns internamentos anteriores, que contrariamente ao que me tinha deparado até então, vivia em casa com o filho, nora e neta, tinha portanto família. Lembro-me de ter pensado no meu íntimo: “afinal nem todos são abandonados...”

Nesse dia a neta encontrava-se em casa, tendo-nos recebido. A casa humilde, não muito grande, encontrava-se de um modo geral organizada. Seguimos a neta, que apesar de aparentar não mais de 6 anos, já sabia o que a equipa iria fazer, tendo-se antecipado ao que quer que disséssemos, “vêm dar a injeção á avó? Ela esta no quarto, não sai de lá”... (sic) correndo a nossa frente á medida que nos encaminhava para a divisão onde se encontrava a sua avó. Subitamente a porta do quarto era aberta, e lá se encontrava uma senhora deitada numa cama, sem lençóis, num quarto sem luz, com tantas caixas de papelão que imediatamente me veio á cabeça a semelhança com uma arrecadação. A senhora estava confinada aquele ínfimo compartimento, desprovido de qualquer toque de ternura, aconchego.

a forma como muitas pessoas com doença mental foram sendo, ao longo de toda a história, excluídas, diabolizadas ou mesmo exterminadas e continuam hoje ainda a viver estigmatizadas e muitas vezes em situação de pobreza (social, material e cultural), ou mesmo refugiadas em verdadeiros guetos no centro das grandes cidades, sugere que a doença mental é talvez o último e mais persistente tabu social no mundo moderno. (Albuquerque, 2012, p. 185)

Senti por momentos que aquele quarto e aquela senhora não pertenciam aquela família. Durante a visita domiciliária, entre outros pedidos a D. H. manifestava vontade de ser encaminhada para um lar. Dizia que a mantinham todo o dia naquele quarto e não saía a rua. A família, por seu lado referia que não se sentiam seguros em acompanhá-la ao exterior pela sua grande desorganização.

Percebi á posteriori, junto da equipa, que a ida pendente para um lar se prendia pelo facto de a D. H. não ter documentos de cidadã portuguesa, sendo deste modo um encargo financeiro acrescido para aquela família, uma vez não ter qualquer tipo de rendimentos. Arrisco, também eu a fazer juízos de valor, a família numerosa anulava por completo a existência da D. H, por um lado por questões de dificuldade financeiras, por outro pela tentativa de ocultação da pessoa com doença mental.

Tentativas de inclusão desta família em todo o processo de doença e de reabilitação da D. H, já haviam sido postas em prática, sem qualquer tipo de efeito. A medicação “depot” era cedida pela instituição hospitalar mas a restante medicação oral seria facultada pela família. Apesar de toda a informação disponibilizada, não eram alteradas as dinâmicas, pelo que a D. H se mantinha apenas a cumprir o injetável quinzenal que já havia sido adaptado na sua periodicidade por estas mesmas razões.

Este incansável trabalho, muitas vezes angustiante, stressante, outras vezes gratificante e encorajador exige uma grande disponibilidade por parte de quem o interioriza e o presta. Alguém que assuma também o papel de parceiro perante o outro.

Tenho consciência que a imagem que tinha sobre a prestação de cuidados numa abordagem comunitária era idealizada, fruto do desconhecimento, sem dúvida.

Agora percebo que a equipa que vai ao encontro destas pessoas, também se encontra vulnerável, arriscando-se todos os dias perante o desconhecido.

Sujeitos a variadíssimos estímulos e stressores externos, fazem um trabalho louvável digno de mérito, que a meu ver nem todos conseguiríamos abraçar sem dedicação e empenho.

Dedicação, que se deveria sobrepor outros interesses, nomeadamente políticos. A presente reforma da Saúde Mental “é, a nosso ver, o mais acabado exemplo de como o poder político actual subalternizou o poder médico (psiquiátrico) em Portugal.” (Albuquerque, 2012)

Atualmente a reestruturação dos serviços desta instituição psiquiátrica, levou a que os internamentos fossem orientados por diagnósticos e não por áreas de residência, sendo que este projeto de atuação na comunidade, iria assumir uns contornos diferentes dos que tinha até então. A equipa enfermagem, que assumiu entretanto outra designação, passaria a prestar

apoio e a intervir junto da comunidade perante pessoas com as quais não tinham qualquer tipo de contato prévio, oriundos de outros serviços deste hospital. Do mesmo modo, que se uma pessoa com outro tipo de diagnóstico, que não perturbações do humor e personalidade, seguida pela equipa da comunidade descompensar, será perdido o contato num próximo internamento, pois serão internados noutros serviços.

Uma das características que mais sentido neste projeto de cuidados domiciliários psiquiátricos, foi o fato de a equipa ter com as pessoas internadas uma relação terapêutica consolidada, pois sabemos o quanto é complicado entrar no espaço de uma pessoa com doença mental que experiencia uma situação de crise, o complexo que é estabelecer uma relação de confiança e ajuda.

Pequenos passos diários que nos aproximam de quem muitas vezes anseia pela nossa presença, mas que a desconfiança, tensão e medo causados pela doença insistem em afastar. Se em contexto de internamento se torna extremamente complicado, quanto mais ir de encontro á sua casa sem ter havido o estabelecer de uma relação prévia?

Mais uma vez fica subentendido o descrédito e o desinvestimento dos cuidados prestados em Saúde Mental em Portugal, mas vindo de uma Instituição de referência no âmbito da Saúde Mental, torna um pouco difícil a sua compreensão. Uma vez mais políticas e talvez interesses pessoais se evidenciam.

com o encerramento dos grandes hospitais para doentes mentais do século XIX, o técnico de saúde mental que presta serviços na comunidade substituiu o enfermeiro psiquiátrico que exercia a sua atividade no hospital. A conseqüente desocupação dos velhos edifícios e a prestação de um novo serviço exige circunstâncias políticas e económicas propícias. (Left, 2000, p. 25)

Será esta situação mais vantajosa para as pessoas a quem dirigimos a nossa atuação...? E para a equipa, não será igualmente mais difícil e constrangedor?! Digo isto, porque também eu durante estas semanas o senti, por variadíssimas vezes. Quer queira quer não, apesar de todo o apoio prestado pela equipa no sentido de promover a minha adaptação e familiaridade, o entrar num espaço que não me é familiar, o simples cumprimentar e questionar sobre assuntos tão íntimos, tais como: “Como tem passado...? O que tem feito nestes dias...? Já tomou banho? Acho que ficaria melhor de barba desfeita...” ou até mesmo, “Mostre-me a sua casa...Tem comida no frigorífico...”

Claro que é impensável esta abordagem a pessoas que não conhecemos, para alguém que varias vezes nem crítica possui para o seu processo de doença e acaba por realizar a

medicação injetável “depot”, porque confia no profissional que lhe diz que é importante que a faça.

Por um lado acredito que estas reestruturações melhorem alguns aspetos do trabalho que se tem vindo a desenvolver, por outro lado muitas outras intervenções ficarão, sem dúvida, comprometidas.

No decorrer destas semanas foram muitas as situações que me marcaram e se mantêm presentes na memória. Situações constrangedoras e até mesmo de intensa provação, resultando em ricos momentos de introspeção. Momentos ricos de aprendizagem, experienciados no terreno o que torna tudo muito mais natural, genuíno e espontâneo.

Quando fora da instituição tornamo-nos mais próximos deixando de haver a barreira que nos separa diariamente nos serviços.

Esqueço-me completamente, cada vez que entro no carro destinado às visitas domiciliárias que está sinalizado como estando ao serviço desta instituição psiquiátrica. Não deixa de ser interessante observar as reações das pessoas que se cruzam connosco na rua. Algumas cumprimentam, outras limitam-se a olhar havendo mesmo algumas que lançam piadas. Piadas por ignorância ou por apenas discriminação.

O que acho estranho é que esta discriminação persistente pouco pareça incomodar a generalidade das pessoas, talvez porque muitos desconhecem que têm uma alta probabilidade de vir a sofrer de uma dessas doenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, A. (2012). *A Discriminação do Doente Mental no Ocidente*. Lisboa, Publínedita Unipessoal

Basteiro, S., Gil, C.M., Remédios, M. (2004). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*, Lisboa, Stória Editores.

Gordo, M. (2003). *Reabilitação da Pessoa com Doença Mental – das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa. Climepsi Editores.

Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março*. Diário da República I Série. N.º 47

Anexo 7

Intervenção psicoterapêutica- As emoções e as suas manifestações



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA

As emoções e as suas manifestações

Discente: Joana Salomé Alves Martins

Orientador Escola: Prof. Domingos Malato

Orientador Clínico: Enf^a. Adília Pedro

Supervisão da intervenção: Enf^o Luís Matias

dezembro 2013

INDICE

	INTRODUÇÃO	3
1.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.1.	Teoria comportamental da emoção, segundo Lazarus	5
1.2.	Reconhecimento das suas emoções e categorias	5
1.3.	Treino de competências sociais	7
2.	INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA	8
2.1	Caraterização do grupo alvo	8
2.2.	Critérios de inclusão/exclusão	8
2.3.	Escolha do local	8
2.4.	Planeamento da intervenção	8
2.4.1.	Objetivos das sessões	8
2.5.	Avaliação geral do processo	9
3.	PLANIFICAÇÃO DAS SESSOES	10
3.1.	Sessão 1- “Arco- íris”	10
3.2.	Sessão 2- “Agora quem fala sou eu”	11
4.	AVALIAÇÃO GERAL DO PROCESSO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito do 4º curso de Mestrado na Área de especialização em ESMP, em contexto de ensino clínico.

Frequentemente, as pessoas com doença mental têm alguma dificuldade em expressar os seus sentimentos. No fundo, não estamos perante pessoas desprovidas de sentimentos, mas sim pessoas com alguma dificuldade em exprimir o que sentem por intermédio de palavras, atribuir sentimentos, emoções às sensações. Têm dificuldade em discriminar emoções, bem como distinguir emoções de sensações corporais,

“dão impressão de serem diferentes..., vindos de um mundo completamente diferente vivendo no meio de uma sociedade que é dominada pelos sentimentos “(Sifneos citado por Goleman, 1995)

Esta “confusão emocional” traduz-se, por vezes, na enumeração de várias queixas físicas quando na verdade estamos perante um problema de origem emocional.

quando as emoções são demasiado abafadas, criam monotonia e distancia; quando escapam ao controlo, quando são excessivamente extremas e persistentes, tornam-se patológicas, como uma depressão imobilizadora, uma ansiedade esmagadora, uma raiva furiosa, uma agitação maníaca (Goleman, 1995).

Neste contexto, procurar-se-á estabelecer um objetivo: o equilíbrio. Todos os seus sentimentos têm o seu valor e significado, atingindo um carácter proporcional às circunstâncias. Ao tornarem-se conscientes de si, tornar-se-ão pessoas mais autónomas e seguras dos seus próprios limites, contribuindo para um processo de autoconsciência emocional, capazes de reconhecer e identificar as suas próprias emoções.

O enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica deve desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da Saúde Mental, além do tratamento e reabilitação psicossocial.

Para tal, recorrerei a intervenções ponderadas e estruturadas no sentido de promover momentos de interação com cariz terapêutico, com o intuito de autonomizar a pessoa no seu processo de reabilitação, mobilizando o treino de competências sociais.

O objetivo deste trabalho será o planeamento de varias sessões Psicoterapêuticas de Grupo dirigido a pessoas com doença mental, internadas no Serviço de Reabilitação, contribuindo igualmente para o aprofundar conhecimentos que sustentem uma atuação eficaz e baseada em evidência científica.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Num contexto de relação terapêutica a componente emocional assume especial importância, sendo frequentemente posta em evidência. As emoções são um meio refinado de ajuda para interagir com o ambiente.

A interpretação de uma situação provoca um tipo partilhar de emoção e que o fato de viver emoções mais ou menos intensas tem um efeito marcante sobre a qualidade do funcionamento intelectual. (Lazarus e Folkman, 1984).

Estas emoções ao longo da vida da pessoa podem assumir variadíssimas formas e intensidade. Longe de serem sempre desfavoráveis, tais condições podem estimular a criatividade e talentos.

Com alguma frequência, o senso comum utiliza indiferentemente os termos “emoção”, “afeto” e “sentimento” para designar a mesma realidade.

Neste contexto, surge a necessidade de definir emoção,

“é um estado funcional do organismo que envolve uma ativação fisiológica (reações neuroendócrinas), um comportamento expressivo (reações neuromusculares posturais e faciais) e uma experiência subjectiva (o sentimento)” (Bloch citado por Chalifour, 2008).

Por seu lado, sentimento, é geralmente descrito como uma experiência subjetiva que acompanha uma emoção. Segundo Gaylin citado por Chalifour (2008), o termo feeling (sentimento), designa a consciência subjetiva do nosso estado emocional, sendo o que experimentamos, aquilo que sabemos da nossa condição emocional.

O termo sentimento é essencialmente utilizado para designar a coloração afetiva dos conteúdos conscientes, o que torna as sensações desagradáveis ou agradáveis.

Relativamente ao humor, Kirouac (1989) refere que a principal característica que distingue este estado é o seu carácter temporal. Ou seja, o humor consiste num estado afetivo que comparativamente á emoção, dura bastante tempo. Uma pessoa com humor irritável pode sentir-se assim durante um dia, enquanto uma emoção como a cólera durara apenas uns minutos.

No mesmo sentido, Gaylin citado por Chalifour, refere que o “afeto” é um termo introduzido pela psicanálise, utilizado para descrever a tonalidade emocional dominante de um indivíduo, em relação com o reconhecimento dos sentimentos dos outros.

1.1. Teoria comportamental da emoção, segundo Lazarus

Lazarus reconhece a existência da emoção a três níveis, comportamental, fisiológico ou cognitivo (subjetivo).

Ao expressar a sua teoria, Lazarus sugere expressa-la através de cinco temas metateóricos.

Trata-se de uma **teoria de sistema** apontando para um processo da emoção que envolve muitas variáveis que se organizam de modo interdependente. Estas variáveis do sistema baseiam-se em antecedentes causais, processos de mediação, efeitos emocionais imediatos e efeitos de longa duração.

Segundo Lazarus (1991), existem dois princípios independentes refletidos na emoção.

O princípio de processo está ligado á mudança e o princípio de estrutura refere-se às relações estáveis entre pessoa e ambiente que produzem no indivíduo padrões emocionais firmes.

O **princípio do desenvolvimento** implica que a emoção se modifique no decorrer da vida, desde a nascença até á idade adulta. Este fenómeno é determinado por variáveis biológicas e sociais. O **princípio da especificidade** aponta para o facto de o processo emocional ser diferente em cada emoção;

Esta teoria depende daquilo que Lazarus designa como princípio da significação emocional, “cada emoção é definida por um significado relacional único e que pode ser especificado”(Lazarus citado por Strongman, 1998).

Para cada emoção existe um tema central relacionado que tem a ver com os malefícios ou benefícios que cabem a cada relação pessoa- ambiente. Esta teoria assenta essencialmente no processo de avaliação, através do qual se constrói o significado da relação pessoa ambiente.

2. Reconhecimento das emoções e suas categorias

Pela sua natureza, a pessoa é suscetível de viver uma gama muito extensa de emoções. De um modo mais ou menos consciente, está constantemente “habitada” por elas.

Segundo David Krech (1979), podemos agrupar as emoções humanas em cinco categorias:

Emoções fundamentais ou primárias (compreendem a **cólera**, com frequência associada a um obstáculo persistente impedindo o atingir certos objetivos, o **medo** ligado a impotência ou à incapacidade de fazer face a uma situação ameaçadora, a **tristeza** habitualmente provocada pela perda de alguém ou de algo importante, e a **alegria** associada à consecução de um objeto valorizado;

Emoções associadas a estímulos sensoriais (dor, repulsa e prazer);

Emoções em relação com o auto conceito (sentimentos de **sucesso**, de **fracasso**, de **vergonha**, de **orgulho**, de **culpabilidade** e de **remorso** são emoções nas quais o fator determinante é a percepção de si, de um indivíduo em relação com diversas normas de comportamento;

Emoções associadas às relações interpessoais (nos dois pólos extremos desta categoria encontram-se o **amor** e o **ódio**. É possível nomear todo um conjunto de emoções intermediárias que descrevem de modo progressivo, numerosos sentimentos vividos entre as pessoas.

As emoções ligadas à apreciação daquilo que nos rodeia (nesta categoria encontram-se as emoções relativas á estética: **apreciação de formas**, de **cores**, de **sons**, de **palavras**. O **humor**, considerado por muitos autores como uma forma de expressar um grande numero de emoções, também faz parte desta categoria.)

O lugar que é atribuído às emoções está geralmente relacionado com o seu modo de encarar a vida.

Pode acontecer por vários motivos, que a pessoa com doença mental não consiga reconhecer ou aceitar as emoções que a ocupam, ou se recuse a fazê-lo, criando um estado de tensão dificilmente tolerável.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em SMP deverá ajudar a pessoa a reconhecer e acolher as suas emoções e, encorajá-la a expressá-las de um modo socialmente aceitável.

1.3.Treino de competências sociais

Neste estagio desenvolvido, um dos objetivos, entre outros, é dar ênfase á pessoa com doença mental, ao seu processo de reabilitação e posterior integração na comunidade. Para tal deparamos-mos com a necessidade de trabalhar e treinar as competências sociais que se encontram comprometidas, entre outras.

A competência social refere-se a dois conjuntos de competências e processos: os que dizem respeito ao **comportamento interpessoal**, tal como a empatia, a assertividade, a gestão da ansiedade, da raiva, as competências de conversação; e os que dizem respeito às **relações íntimas**, envolvendo a comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade. (Epps citado por Canha e Neves, 2007)

Segundo outro autor, McFall citado por Canha e Neves (2007), será útil a distinção de outros termos, como seja o de competência, aptidão e habilidades, para a interiorização de todo este processo.

Entende-se por competência, o termo avaliativo que reflete o julgamento de alguém acerca da adequação da execução de determinada tarefa. Por outro lado, as aptidões são habilidades específicas para executar competentemente uma tarefa.

Podem ser de diversos tipos: aptidões cognitivas (processamento de informação, tomada de decisão, crenças e estilos de atribuição); aptidões comportamentais (assertividade, negociação, aptidões de conversação, comportamento pró-social e aptidões de aprendizagem); competências emocionais (regulação afetiva e de relação, aptidão para estabelecer relações positivas); motivação e expectativas (valores, grau de desenvolvimento moral, noção de autoeficácia e autocontrole).

De acordo com o modelo de competência social, adaptado de Burton, Kagan e Clements citado por Canha e Neves (2007) termos da relação e capacitação social: vários elementos devem analisados, nomeadamente a:

Consciência: Relativamente a si e aos outros (sentimentos, crenças, atitudes e comportamentos);

Contexto: Se compreende ou não a situação física, as regras e os papéis;

Interpretação: Como é que a pessoa interpreta o que os outros dizem e fazem;

Planeamento/Estratégia: Sabe o que fazer, como planear a acção, conhece outras formas de fazer;

Observação: A pessoa presta atenção e repara no que os outros dizem e fazem;

Comportamento Social: A pessoa sabe o que fazer, o que dizer, como dizer.

A participação com sucesso em interações sociais requer um repertório compatível com as exigências do ambiente social. Pelo que todo um conjunto de habilidades sociais, capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as necessidades sejam satisfeitas e satisfaçam as expectativas dos demais.

O treino de assertividade acaba por ser aquele em que se expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões, direitos de forma adequada, respeitando os direitos dos outros e resolvendo e minimizando problemas ou a probabilidade futura dos mesmos, sem usar uma postura agressiva e desafiadora.

Para tal, não deve ser só a componente verbal a ser trabalhada, é fulcral, a expressão facial, a postura, o contato visual, os gestos, a aparência física etc.

Uma pessoa confiante terá maiores probabilidades de uma boa saúde mental bem como a inclusão no meio. Para tal, é necessária uma boa auto-estima e um bom senso de autoeficácia, para lidar com as adversidades e os acontecimentos stressantes.

2. INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA

2.1. Caraterização grupo alvo

O grupo será constituído por seis indivíduos de ambos os sexos, internados na Unidade de Convalescença Casa do Parque.

2.2. Critérios de Inclusão/ Exclusão

- Como critérios de inclusão são: indivíduos internados no Serviço de Convalescença “Casa do Parque” de ambos os sexos, com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver;
- Como critérios de exclusão foram contemplados: indivíduos com psicopatologia grave, com atividade delirante produtiva exacerbada.

2.3. Escolha do local

Devera ser escolhido um ambiente calmo que proporcione segurança e privacidade (sala de reuniões do serviço).

2.4. Planeamento da intervenção

Foram planeadas 2 sessões, representantes de emoções, tendo sido organizadas da seguinte forma:

Sessão 1 – “O arco- iris”

Sessão 2 – “Aqui e agora”

Objetivos das sessões:

1. Conhecer as próprias emoções: Contribuirá para um processo de autoconsciência e autoconhecimento, na medida em que reconhecem um sentimento enquanto ele esta a acontecer;

2. Gerir as emoções: Lidar com as sensações de modo apropriado;
3. Motivar: Mobilizar as emoções em prol de um objetivo sendo essencial para a concentração, auto motivação, para a competência e criatividade;
4. Reconhecer as emoções dos outros;
5. Gerir relacionamentos.

Avaliação geral do processo

Será pedido no final de cada sessão, a cada elemento do grupo que escreva numa folha uma frase de como se sente naquele momento.

Após este momento é convidado a partilha-lo com o grupo, se o desejar e se sentir confortável para tal. Deste modo será tida em conta uma avaliação de carácter qualitativo.

No final de cada sessão é importante a partilha, relativamente aos sentimentos vivenciados no seio do grupo.

3. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

3.1.Sessão 1

Tema: ” O Arco-íris ”

Data: dezembro de 2013

Participantes: Utentes internados no Serviço de Reabilitação, com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver.

Duração da sessão: 45 min

Objetivos:

- Promover expressão e partilha de sentimentos;
- Promover o aumento da autoestima;
- Diminuir o isolamento e exclusão social;
- Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de coping;
- Desenvolver o auto e heteroconhecimento;
- Proporcionar experiências terapêuticas positivas;
- Promover o bem-estar.

Metodologia:

Recurso de arteterapia pelo uso de técnicas de recorte e colagem.

Avaliação da Intervenção:

A avaliação desta atividade será realizada através do diálogo com o grupo, onde falamos da importância do mesmo e em que medida contribuiu para o processo de tratamento/reabilitação da pessoa.

Material:

- Uma folha A4 para cada participante;

- Varias revistas/ jornais para a técnica de recorte (temas variados e coloridas);
- Tesouras;
- Cola de papel;
- Cadeiras e mesa.

1ª Parte – Introdução (5 min)

1. Apresentação ao grupo;
2. Apresentação da atividade;
3. Importância da realização da atividade.

2ª Parte - Intervenção pela arte- expressão de sentimentos (30min)

Sentados em círculo, os participantes são convidados a expressar o que sentem no momento verbalizando uma palavra sobre o tema “A alegria”.

São disponibilizados materiais para a realização de recorte e colagem, sendo pedido que traduzam nesta atividade o que sentem no momento por intermédio de colagem e recortes.

Há medida que vão concluindo os trabalhos, aguardam sentados, que todos terminem.

3ª Parte - Conclusão (15min)

Sentados novamente em círculo, quem se sentir confortável, é convidado a partilhar o que representou e qual o impacto que tem para si.

Durante a partilha é permitida e incentivada a interação no grupo.

3.2. Sessão 2

Tema: “ Agora quem fala sou eu”

Data: dezembro 2013

Participantes: Utentes internados no Serviço de Convalescência “Casa do Parque”, com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolver.

Duração da sessão: 45 min

Objetivos:

- Promover expressão e partilha de emoções/ sentimentos;
- Promover o aumento da autoestima;
- Treino de assertividade;
- Diminuir o isolamento e exclusão social;
- Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de coping;
- Desenvolver o auto e heteroconhecimento;
- Proporcionar experiências terapêuticas positivas.
- Promover o bem-estar.

Metodologia:

Por intermédio do diálogo e interação, recorrendo a técnicas como a inversão de papéis, o duplo e o solilóquio.

Avaliação da Intervenção:

A avaliação desta atividade será realizada através do diálogo com o grupo, onde falamos da importância do mesmo e em que medida contribuiu para o processo de tratamento/reabilitação da pessoa.

Para além de uma avaliação qualitativa será feita a avaliação da classificação dos resultados de Enfermagem (NOC), presentes em anexo.

Material:

- Uma folha A4 para cada participante;
- Lápis e canetas;
- Cadeiras.

1ª Parte – Introdução (5 min)

1. Apresentação ao grupo;
2. Apresentação da atividade;

3. Importância da realização da atividade.

2ª Parte - Intervenção pela arte- expressão de sentimentos (30min)

Sentados em círculo, os participantes são convidados a expressar uma recordação/ acontecimento que deixaram um traço considerado por si negativo na sua vida. Em particular, recordar eventuais frases consideradas injustas, causadoras de tristeza, raiva, vergonha, frustração.

É pedido aos participantes que escrevam uma dessas frases/ palavras na folha de papel distribuída, e que um de cada vez, a leiam, descrevendo aos restantes a forma como foi pronunciada, os sentimentos e a repercussão do acontecimento.

Quando todos tiverem concluído esta tarefa, são convidados os participantes a deslocarem-se com as cadeiras para o fundo da sala, deixando no meio um espaço amplo vazio.

Na parede oposta será colocada uma cadeira vazia, onde simbolicamente se irá sentar a pessoa que pronunciou a frase escrita na folha.

Um de cada vez colocar-se-á de frente para a cadeira vazia e iniciarão um diálogo com a pessoa que lhes havia pronunciado a frase. Poderá ser estabelecido um diálogo imaginário se o participante o desejar, onde poderá apresentar as suas razões. Poderá imaginar que a pessoa lhe responde. Neste caso deverá sentar-se na cadeira vazia e falar como se fosse a pessoa a quem se estava a dirigir.

Para algumas pessoas poderá ser mais fácil falar com alguém real, do que para uma cadeira vazia. Neste caso, poderá escolher-se um outro participante que se disponha a sentar-se na cadeira e a representar a pessoa que pronunciou a frase.

Se tiver dificuldades durante o diálogo, poderá pedir ajuda a um colega do grupo, alguém que se disponibilize a ajudar. A pessoa que se oferecer vai colocar-se por trás do colega, apoiar as mãos nas suas costas e falar em vez dele procurando verbalizar os sentimentos que o outro não conseguiu exprimir.

3ª Parte - Conclusão (15min)

Sentados novamente em círculo, quem se sentir confortável, é convidado a partilhar o que representou e qual o impacto que tem para si e nos restantes.

Durante a partilha é permitida e incentivada a interação.

4. AVALIAÇÃO GERAL DO PROCESSO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. Sessão 1- “O Arco-íris”

Iniciamos a sessão falando um pouco sobre o fim daquele dia, visto serem 20h00'. Partilharam aspetos positivos, tendo no geral sido dado ênfase á festa de Natal que decorria naquele fim de tarde. Falaram do convívio, da interação, das atividades desenvolvidas, nomeadamente a dança, dos churros e do chocolate quente.

O grupo estava bem-disposto e falavam ainda com o entusiasmo que uma festa de Natal envolve, de todo ambiente descontraído, da música e da diversão.

Uma vez reunidos, tínhamos tudo para dar início á intervenção. Comecei por fazer uma breve nota introdutória, pondo-os a par mais pormenorizadamente do porquê e o que se esperava daquele encontro. O grupo selecionado mostrou desde logo interesse em participar no que lhes era proposto, colaborando ativamente.

Perante tal receptividade também eu me senti mais á vontade, pronta para partir em relação com as pessoas que estavam perante mim. Apesar de todo este rico processo de aprendizagem profissional e académica, ainda me sinto em crescimento, com grandes aspirações a alcançar. Como tal, ainda prevalece a insegurança neste tipo de intervenções, sentindo varias vezes o desconforto e dúvida do ” e agora o que vou dizer...e como o vou expressar?", despertando-me verdadeiros momentos de ansiedade. Em todo o caso, considero estar mais segura nestas ocasiões, fruto de todo o processo de auto- conhecimento que tenho desenvolvido ao longo deste caminho.

Perante um clima de expetativas mútuas, demos inicio ao que se designou como sendo a segunda parte da intervenção- Intervenção pela arte- expressão de sentimentos- “A Alegria”.

Para além dos materiais disponibilizados para a realização da intervenção, a música de fundo que remetia para temas alusivos á alegria, funcionou como mediador de sucesso, contribuindo para o fluir da criatividade e espontaneidade do grupo. A interação caraterística de um grupo que se conhece previamente também favoreceu o encontro, pois tornou o ambiente mais acolhedor e familiar.

Ao longo atividade, as obras iam ganhando forma personalizada. O empenho estampando na cara dos participantes era visível. Todos se esforçaram para fazer algo que os caraterizasse, algo que despertasse neles a emoção de alegria. Assumiram um papel único e principal e cada

um se apercebeu disso á medida que falavam sobre as suas criações perante a postura atenta e receptiva dos restantes elementos do grupo.

Também eu me sentia concretizada e lisonjeada por partilhar aquele momento. A troca de vivências, a afirmação perante um grupo torna-se algo tão intenso que, confesso, por vezes tenho alguma dificuldade em gerir também eu, as minhas próprias emoções. Por instantes dou por mim completamente absorvida por o que outro me transmite, assumindo um papel não lado a lado, mas sim o seu papel. Aprendi ao longo deste percurso a regressar á posição de terapeuta sempre que sinto que estou de certo modo a fugir do meu trilho, voltando de novo ao papel que assumo nas minhas intervenções. Inicialmente era algo que me causava algum desconforto, possivelmente pela falta de experiência e medo de perda de controlo da situação perante mim, perante os outros. Agora posso dizer que este exercício já se faz de uma forma mais harmoniosa e segura.

De um modo geral todos conseguiram transpor para o papel algo que lhes transmitisse alegria, que os fizesse sentir “leves e tranquilos” (sic) como alguns referiram.

Entre a devoção perante um clube desportivo, a dança, o desenho, uma modalidade desportiva e até mesmo a meditação, todos conseguiram atribuir palavras á sua criação. A interajuda entre o grupo facilitou a exposição de cada um, dado que á medida que intervinham, os elementos iam reforçando a ideia de cada um, facilitando o processo. Fazer chegar aos restantes participantes o porque daquela obra, no fundo o que significava para si o que estava exposto naquela folha A4, fez-me sentir que esta intervenção tinha atingido o seu objetivo principal.

O balanço que faço é portanto, positivo. Contudo o que poderia ter feito de maneira diferente para melhorar a minha intervenção?

Apesar de reconhecer que seria um desafio incluir determinadas pessoas as quais achava importante a sua presença, por momentos senti necessidade de apoio, de reforço do que devolvia aos intervenientes. Agradeço ao Enfermeiro L. M., que ao longo da intervenção assumiu a posição de co- terapeuta, tranquilizando-me e intervindo sempre que havia necessidade, tendo consciência que o fato de o Enfermeiro Luís estar mais familiarizado com o grupo favoreceu a intervenção.

A inclusão de pessoas com atividade delirante e alucinatória poderia de certo modo comprometer a intervenção. Considerei que seria benéfico para a pessoa em questão trabalhar questões relacionadas com as emoções e afetos, contribuindo para o seu processo de reabilitação psicossocial. Por outro lado, também eu na minha prática diária me deparo com

pessoas numa fase aguda da doença, com alterações da percepção e pensamento bastante exacerbadas, pelo que a necessidade de trabalhar competências e desenvolver estratégias neste âmbito se tornaram necessárias, assumindo especial importância por modo a garantir aplicabilidade na minha prestação de cuidados direta.

Mas devo dizer que os resultados obtidos, mais uma vez me surpreenderam, positivamente.

A pessoa em questão, o sr. Y. falou perante o grupo da sua paixão pelo desenho, pelos “grafitis”. O simples “graffiti” que havia feito com a palavra “Alegria”, remetia para uma fase da sua vida que caracterizou como feliz: “faz-me lembrar a minha infância, que foi feliz...os grafitis fazem sentir-me bem...quando os faço não penso em mais nada”. (sic). Contrariamente ao que pensava o Y. conseguiu iniciar atividade e acabá-la, apesar de ter pedido para se ausentar por breves instantes para ir á casa de banho. Sempre pensei que não regressaria, á semelhança de algumas atividades em que estava incluindo, talvez pela dificuldade em se concentrar motivado em parte pela intensa atividade alucinatória. Surpreendeu-me a sua adesão, o que me levou a querer explorar mais quando me falou da infância feliz que tivera. Talvez eu tenha adotado uma postura invasiva, talvez o tenha remetido para acontecimentos que o marcaram negativamente, tendo o Y. referido não querer falar sobre a sua infância. A sua vontade foi respeitada, embora a sensação de tarefa inacabada tivesse caído em mim. O que estaria por detrás daquele muro que tinha erguido perante mim e os restantes? Associei que seria a fase da sua vida em que havia despoletado a doença mental. Doença essa que o havia privado de crescer no seu bairro, juntamente com os seus amigos, fazendo o que um jovem adulto gosta de fazer. Por momentos senti tristeza no seu olhar ao invés de alegria, como deveria ser suposto com esta atividade. Por momentos lembrei-me do quanto era doloroso para o Y. cada vez que ia de licença à casa da sua avó. As tentativas de recuperar o tempo roubado pela doença confrontavam-no com a mais triste das realidades. O tempo tinha passado e nada nem ninguém o poderia fazer voltar atrás. Os dias passados nas ruas onde cresceu na tentativa de encontrar alguns dos seus amigos, só aumentavam mais ainda a vala entre si e o mundo atual. Mas quem não se sentiria assim, quem não teria dificuldade em gerir estas emoções? Também eu me defenderia perante a minha abordagem, também eu me refugiaria nos meus próprios pensamentos, pois não seria de todo nada fácil desfragmentar algo que é sentido de modo tão intenso na primeira pessoa. Infelizmente não consegui apurar nada disto, são meras suposições e fantasias minhas, mas quando falo no sentido de missão incompleta, deve-se ao fato de achar que talvez a realização de mais intervenções deste género pudesse contribuir para que num futuro, o Y. conseguisse

responder á minha solicitação. Seria algo que gostaria de dar continuidade, será algo que transmitirei á equipa, após apreciação da Enfermeira orientadora.

No final, os participantes partilharam como se sentiam tendo sido atribuído apenas uma palavra, tal como: “um sorriso”, “leveza”, “criatividade”, “sucesso” e “angústia”. De uma maneira em geral, conseguiram evocar palavras sugestivas de “alegria”, sendo que a palavra “angústia” destoava completamente neste conjunto. Contrariamente ao que esperava esta palavra não fora proferida pelo Y., mas sim pela Sra. J. que tivera comparativamente aos restantes, até alguma facilidade em expressar as suas emoções durante a atividade. No fim da intervenção abordei a Sra. J. no sentido de apurar qual a razão da palavra “angustia”, ao que me respondeu: ”Tenho assuntos mal resolvidos no meu passado, coisas que me atormentam e me fazem sentir angustiada”. (sic)

Mais uma vez defendo que a continuidade destas intervenções seria vantajosa, para o aumento da capacidade de expressar os sentimentos e desenvolver estratégias de coping eficaz para a resolução de problemas.

Sessão 2

Reunidos, demos início á sessão. À semelhança da sessão anterior realizada, foram esclarecidos relativamente á natureza do encontro, o que seria expetável e quais os métodos a pôr em pratica.

A fase inicial da sessão decorreu sem intercorrências, dentro do que era esperado, á medida que iam surgindo dúvidas eram esclarecidas, dado se tratar de uma intervenção que para além de concentração exigia a mobilização de várias competências individuais e algum exercício cognitivo.

O ambiente era calmo e acolhedor. Estávamos disponíveis para a interação. Uma vez mais devo salientar, que a capacidade de união de um grupo que se conhece previamente, a cumplicidade e o respeito que reinam entre si, favorece este tipo de intervenções, facilitando o processo de reabilitação psicossocial, nomeadamente o treino de competências sociais. A partilha de emoções tornam-se verdadeiros momentos de aprendizagem, tanto para os elementos do grupo como para o terapeuta e coterapeuta.

No que respeita esta sessão, o objetivo principal, seria entre outros não menos importantes o treino da assertividade, através do reconhecimento de emoções desencadeadas no eu após

uma situação constrangedora, triste, frustrante, onde os participantes se haviam sentido invadidos por outro, sem capacidade de argumentação e defesa.

O pretendido era recriar a situação, num ambiente protegido, por forma a fazer emergir estratégias e mecanismos de coping para a resolução de problemas com os quais eram confrontados. Estava a ser dada a oportunidade de reviver esse momento, de encerrar ou ensaiá-lo para que em situação semelhante soubessem como atuar, como enfrentar a situação de uma forma adequada.

Tomavam, agora, liberdade de assumir o comando, responder e argumentar talvez o que tantas vezes ensaiaram mas que “ficava preso na garganta e não saía, fazendo com que as pernas e a voz ficassem presas” (sic).

Os participantes aderiram e projetaram para a cadeira que se encontrava vazia, não uma mas varias emoções, através de um diálogo imaginário dirigido a uma pessoa com quem desejariam falar, como se esta estivesse presente. Uns mais tímidos e inseguros, outros mais espontâneos, todos conseguiram no geral assumir uma atitude assertiva, promovendo a interação entre o grupo, revelando boas capacidades de inter ajuda e comunicação.

Gostaria de salientar a passagem da sessão eleita como a mais significativa, que me causou mais impacto, embora deva referir que toda a intervenção, não diferente da primeira, havia superado as minhas expectativas.

Estávamos perante uma Sra. que timidamente relatava um episódio que a tinha melindrado. Alguém da família, mais concretamente a tia, tinha sido desagradável para consigo, não por uma vez mas várias, inferiorizando a Sr. D., que perante aquela postura ameaçadora se tornava mais frágil e vulnerável á mercê dos preconceitos da sua tia, fruto do desconhecimento da doença mental.

A incapacidade de responder perante a pessoa que a havia desvalorizado, levou ao aumento de sentimentos de tristeza, frustração e até raiva, que quando remetida para essa vivência a Sra. D. consegui identificar. Quando tentava devolver á tia que se encontrava representada na cadeira vazia, o que pensava em voz alta, por mais facilitadora que fosse a minha intervenção, a Sra. D permanecia estática, perplexa, como se o reviver daquele momento a remetesse para uma situação traumática, assumindo uma postura assustada e tensa, sugestiva de medo. Incapaz de estabelecer o contato visual, limitava-se apenas a acenar a cabeça.

Num movimento único e decidido, sentei-me na cadeira vazia, no sentido de facilitar o exercício. Assumi o papel da tia “preconceituosa e má” (sic), adotando também eu uma

postura crítica perante a Sra. D., “Nunca vais ser ninguém na vida, serás sempre doente... não podes mudar isso. Tens dado muitos problemas a esta família, estamos cansados disto” (sic).

A minha estratégia seria a ajudar no processo de descentralização, onde a D. iria ser a protagonista, adotando uma atitude ativa, libertando-se da passividade e dos medos que tinha até então. O reviver de emoções negativas, num ambiente protegido (ambiente terapêutico), com a intensidade da situação original, permitiria a sua reestruturação através da expressão emocional, conduzindo a que a D. experienciasse como gostaria de ter respondido a sua tia.

O momento em que solicitei a outra participante que assumisse o papel da D., tornou-se especial e grandioso, conferindo o verdadeiro sentido daquela sessão perante o grupo. A Sra. E. colocou-se ao lado da Sra. D. colocando a sua mão no ombro da D. fazendo projetar a sua voz, sobre os olhares atentos dos restantes. A Sra. E., assumiu o papel da Sra. D. fazendo-se ouvir: “ não tens o direito de me tratar assim...sou uma pessoa como tu, mereço viver...posso ser doente mental, mas tenho capacidades, não sou inútil” (sic). Perante isto a Sra. D. levantou a cabeça e na sua voz devolveu: “ e nunca mais me fales assim...se não me aceitas como sou, se tens vergonha de mim...também não mereces a minha importância, para mim chega, não me fazes bem”(sic).

Perante este momento, só consegui felicitar a Sra. D. por se ter superado na sua intervenção, envolvendo-a num abraço, á medida que os restantes a aplaudiram e soltavam palavras de conforto e encorajamento.

Considero que as técnicas utilizadas foram extremamente eficazes, captando a atenção e dedicação do grupo. Senti ao longo do sessão algum receio de de me tornar demasiado intensiva, embora a confidencialidade estivesse assegurada no grupo e de ser criado espaço para os intervenientes apenas exporem o que achassem pertinente.

Os objetivos da sessão, no meu íntimo, estavam estavam atingidos e espelhados, sendo um verdadeiro momento de revelação e catarse, tornando a intervenção única e memorável. A importância de estabelecer o contato direto, falando com a voz firme e segura leva-os a comunicar o que sentiram perante a situação e de algum modo a descreveram o que gostariam que mudasse, o que esperam da outra pessoa, fazendo referencia e expondo de certo modo as suas aspirações e desejos mais profundos, a maneira como devem ser tratados, assumir que são pessoas com capacidades, virtudes...são humanos. A análise constante dos nossos sentimentos e emoções é fundamental, é necessário conhecermo-nos primeiro para melhor conhecermos o outro.

De certo modo compreender como o mundo é visto aos olhos do outro, facilita a interação, valorizando a pessoa como ser humano. A consciência de que o terapeuta o aceita e estima, leva a que a pessoa se aceite e se estime a si próprio.

Fundamentalmente existe uma necessidade de ajudar as pessoas a conseguirem numa perspectiva pessoal, dar sentido á sua vida. A meu ver é importante tornar explícito a importância da liberdade de escolha. Todos nós somos pessoas e não objetos, todos temos direito a escolhas sendo que nada nos é imposto. Tentei adotar a postura de levar a pessoa a compreender que a responsabilidade relativa às escolhas é unicamente sua, de mais ninguém. Quando aceitar esta responsabilidade, abandonará o sentimento de vazio existencial e começará a sentir-se autêntico e ativo nas suas próprias decisões. Só assim se conseguirá aceitar enquanto pessoa, tornar-se aceite perante a sociedade.

Considero que este momento foi bastante enriquecedor sendo que a partilha e interação do grupo permitiu que no fim todos fizessem uma avaliação uniforme. Todos se sentiram apoiados e compreendidos, sendo que as frases mais ouvidas no final da sessão foram: “ Paz, Eu consigo, calma, acreditar”(sic).

Neste contexto acho pertinente referir que este fator de stress na vida destas pessoas, podem ser o impeditivo de prosseguirem no seu processo reabilitativo e muitas vezes já em comunidade, podem ser potenciadoras de risco de recaída. A rejeição, o desprezo a hostilidade, os comportamentos constantes de censura e as críticas excessivas, funcionam como experiências marcadas com elevada emoção expressa, experiências negativas que contribuem para a desorganização e recaída em pessoas mais vulneráveis.

A expressão de sentimentos negativos assume uma dificuldade particular na vida destas pessoas, dificuldade essa que torna proporções gigantescas também muito potenciada pelo estigma em torno da doença mental, que se faz sentir nas famílias e na sociedade.

A sociedade é a primeira a reprimir e isolar as pessoas com doença mental, desencadeando sentimentos de inferioridade, sendo que a recriação destes momentos com os quais se deparam todos os dias, se torna especialmente complexo, mas necessário. A não confrontação com estas emoções negativas contribui para que se tornem cada vez mais dependentes, com baixa auto estima, deixando-se absorver também elas pela doença mental que os estigmatiza. Daí a necessidade que surgiu em trabalhar estas emoções e sentimentos negativos, assim como a comunicação e os desejos de mudança.

Assim, na minha prática desenvolverei uma máxima de atuação, compreender e aceitar o outro tal como ele é sem tentar modificá-lo, mas tentando fornecer-lhe as pistas necessárias

para a resolução dos seus problemas. Muitas vezes durante a nossa prática diária fazemos referência a juízos de valor, exercemos de acordo com os nossos padrões considerados ideais, incorretamente, contaminado a relação. Devemos despir os nossos valores quando vamos de encontro ao outro, deixar de conduzir o outro de acordo com a nossa conduta e aceitar a pessoa tal como ela é, um ser único com virtudes e defeitos. Só quando demos este passo chegaremos à verdadeira pessoa e acederemos juntamente com ela aos seus recursos internos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *“Enfermagem psiquiátrica”*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Sequeira, C. (2006). *“Introdução à Prática clínica”*. Lisboa: Quarteto Editora.

Vieira, J. (2006). *“Coleção de Dinâmicas de grupo”*, 2006 Disponível em:
<http://anijovem.blogspot.com/2006/01/coleco-de-dinmicas-de-grupo.html>

Zimmerman, D.; et al. (1997). *“Como trabalhamos com grupos”*. Porto Alegre: Artes Medicas.

8. APENDICES

APÊNDICES 1

Inquerito de Avaliação de necessidades de Camberwell

CAN R2.0

CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED RESEARCH VERSION R2.0

Michael Phelan, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee,
Graham Thornicroft and Till Wykes

PRISM - INSTITUTE OF PSYCHIATRY / LONDON, 15-11-93

www.iop.kcl.ac.uk/prism/can/

INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CAMBERWELL

Adaptação e validação parcial efectuada por Joaquim Gago
(Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)

Joaquim Gago, J. Caldas de Almeida e Miguel Xavier
Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental
da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Versão de Dezembro de 1996

Nota: para mais informações contactar a Clínica Universitária
tel.213644651 ou Joaquim Gago (jgago@netcabo.pt)

Código: _____

Local da Avaliação: _____

Data: ____/____/____

COMO UTILIZAR A VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CAMBERWELL (CAN R 2.0):

A versão para investigação do CAN permite inquirir os utentes e os técnicos e determinar os diferentes pontos de vista de ambos. Antes de utilizar o CAN, leia por favor todo o inquérito, incluindo os exemplos que fornecem úteis indicações para escolher a cotação adequada.

Este inquérito apresenta 22 itens e cada item é constituído por quatro partes. As respostas dos utentes e dos técnicos são consideradas separadamente e podem ser diferentes em cada uma das questões.

SECÇÃO 1 Perguntar se tem ocorrido algum problema em cada uma das áreas questionadas (no último mês).

0 = Sem problema

1 = Sem problema ou problema parcialmente resolvido, devido a intervenção contínua (por.e.g. necessidade respondida ou parcialmente respondida)

2 = Problema grave

9 = Desconhecido

Se a pessoa responder 0 ou 9 deve avançar para a página seguinte, caso contrário deverá completar as restantes questões.

Para cada um dos itens são sugeridas as questões a efectuar (em itálico).

SECÇÃO 2 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido por prestadores de cuidados informais, durante o último mês (e.g. amigos, familiares, etc.);

SECÇÃO 3 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido e necessitado prestado por profissionais, durante o último mês (profissionais do SNS, dos Serviços Sociais, das Autarquias, etc.);

SECÇÃO 4 Perguntar se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe.

O CAN foi elaborado no PRISM por Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft e Till Wykes.

ÍNDICE

NÚMERO - ITEM / ASSUNTO

- | |
|--|
| 1 - ALOJAMENTO |
| 2 - ALIMENTAÇÃO |
| 3 - TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS |
| 4 - AUTOUIDADO |
| 5 - ACTIVIDADES DIÁRIAS |
| 6 - SAÚDE FÍSICA |
| 7 - SINTOMAS PSICÓTICOS |
| 8 - INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO |
| 9 - "SOFRIMENTO" PSICOLÓGICO |
| 10 -RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO |
| 11 -RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS |
| 12 -ALCOOL |
| 13 -DROGAS |
| 14 -CONTACTOS SOCIAIS |
| 15 -RELAÇÕES ÍNTIMAS |
| 16 -RELACIONAMENTO SEXUAL |
| 17 -CUIDAR DOS FILHOS |
| 18 -EDUCAÇÃO BÁSICA |
| 19 -UTILIZAÇÃO DO TELEFONE |
| 20 -UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES |
| 21 -DINHEIRO |
| 22 -SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS |

1. ALOJAMENTO

		Avaliação	
		Utente	Técnico
A pessoa carece de um alojamento habitual para viver?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Qual o género de alojamento onde vive? De que tipo de alojamento se trata?</i>			
0	Sem Problema	e.g. a pessoa tem uma casa condigna (mesmo se estiver no momento internada)	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. a pessoa está a viver em residência protegida ou lar	
2	Problema Grave	e.g. sem abrigo, alojamento precário sem condições de saneamento básico	
9	Desconhecido		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 2			
Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares em relação ao alojamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. ajuda ocasional fornecendo algumas peças de mobiliário	
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda significativa para melhorar o alojamento, como na remodelação da casa	
2	Alguma Ajuda	e.g. vive com um familiar devido ao alojamento do próprio ser insatisfatório	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) relativamente ao alojamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda que a pessoa necessita desses serviços face ao seu alojamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. ligeira melhoria na decoração ou indicação de serviços de apoio à habitação	
1	Pouca Ajuda	e.g. grandes melhorias, referência para serviços de apoio ao alojamento	
2	Alguma Ajuda	e.g. ser realojado, ou entrar para lar ou residência protegida	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
A pessoa recebe ajuda adequada relativamente ao alojamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente ao alojamento?		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

2. ALIMENTAÇÃO

		Avaliação																
		Utente	Técnico															
<p>A pessoa tem dificuldade em obter uma alimentação adequada?</p> <p><i>Qual o tipo de alimentos que come? É capaz de comprar os seus alimentos e preparar as suas refeições?</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Sem Problema</td> <td>e.g. capaz de comprar e preparar as refeições</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. refeições fornecidas</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Problema Grave</td> <td>e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 3</p>		0	Sem Problema	e.g. capaz de comprar e preparar as refeições	1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. refeições fornecidas	2	Problema Grave	e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada	9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0	Sem Problema	e.g. capaz de comprar e preparar as refeições																
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. refeições fornecidas																
2	Problema Grave	e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada																
9	Desconhecido																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares em relação à alimentação?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td>e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana, mas não diariamente</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. refeições fornecidas diariamente</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Muita Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma	e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência	1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana, mas não diariamente	2	Ajuda Moderada	e.g. refeições fornecidas diariamente	3	Muita Ajuda		9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência																
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana, mas não diariamente																
2	Ajuda Moderada	e.g. refeições fornecidas diariamente																
3	Muita Ajuda																	
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) relativamente à alimentação?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita desses serviços em relação à alimentação?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td>e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda numa refeição por dia</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. fornecidas todas as refeições</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grande Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma	e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda numa refeição por dia	1	Pouca Ajuda	e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições	2	Ajuda Moderada	e.g. fornecidas todas as refeições	3	Grande Ajuda		9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda numa refeição por dia																
1	Pouca Ajuda	e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições																
2	Ajuda Moderada	e.g. fornecidas todas as refeições																
3	Grande Ajuda																	
9	Desconhecida																	
<p>A pessoa recebe a forma de ajuda necessária para obter uma alimentação suficiente?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> </tr> </table>		0	Não	1	Sim	9	Desconhecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
0	Não																	
1	Sim																	
9	Desconhecida																	
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para obter uma alimentação adequada?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não Satisfeita</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Satisfeita</td> </tr> </table>		0	Não Satisfeita	1	Satisfeita	<input type="checkbox"/>												
0	Não Satisfeita																	
1	Satisfeita																	

3. TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa tem dificuldade em cuidar do seu próprio alojamento?</p> <p><i>Você é capaz de cuidar da sua própria casa? Alguém o ajuda?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. a casa pode estar desarrumada mas limpa 1 Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. tem ajuda doméstica regular 2 Problema Grave e.g. casa suja e com potencial risco para a saúde 9 Desconhecido</p> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 4</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para cuidar da casa?</p> <p>0 Nenhuma e.g. incentivar ou ajudar a arrumar ou limpar, ocasionalmente 1 Pouca Ajuda e.g. incentivar ou ajudar a limpar pelo menos uma vez por semana 2 Alguma Ajuda e.g. lavagem das roupas e limpeza da casa supervisionada mais que uma vez por semana 3 Muita Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para cuidar da casa?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita desses serviços para cuidar da casa?</p> <p>0 Nenhuma e.g. incentivada pelos técnicos 1 Pouca Ajuda e.g. alguma ajuda nas tarefas domésticas 2 Alguma Ajuda e.g. maioria das tarefas de casa realizadas pelos técnicos 3 Muita Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma certa de ajuda para cuidar adequadamente da casa?</p> <p>0 Não 1 Sim 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para cuidar da casa?</p> <p>0 Não Satisfeita 1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	

4. AUTOCUIDADO

		Avaliação																
		Utente	Técnico															
<p>A pessoa tem dificuldades em cuidar de si própria?</p> <p><i>Tem dificuldades em manter os cuidados adequados de higiene? Já alguma vez, alguém lhe chamou a atenção para se cuidar melhor? Quem?</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Sem Problema</td> <td>e.g. a aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas limpa</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. supervisão nos cuidados pessoais</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Problema Grave</td> <td>e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 5</p>		0	Sem Problema	e.g. a aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas limpa	1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. supervisão nos cuidados pessoais	2	Problema Grave	e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0	Sem Problema	e.g. a aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas limpa																
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. supervisão nos cuidados pessoais																
2	Problema Grave	e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal																
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares relativamente aos cuidados pessoais?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Alguma Ajuda</td> <td>e.g. insistir na prática regular de duche / banho</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Muita Ajuda</td> <td>e.g. supervisão diária dos diversos cuidados pessoais</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa	2	Alguma Ajuda	e.g. insistir na prática regular de duche / banho	3	Muita Ajuda	e.g. supervisão diária dos diversos cuidados pessoais	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa																
2	Alguma Ajuda	e.g. insistir na prática regular de duche / banho																
3	Muita Ajuda	e.g. supervisão diária dos diversos cuidados pessoais																
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) relativamente aos cuidados pessoais?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita desses serviços relativamente aos cuidados pessoais?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. incentivo ocasional</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Alguma Ajuda</td> <td>e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grande Ajuda</td> <td>e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados pessoais, programa de aquisição de auto cuidados</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. incentivo ocasional	2	Alguma Ajuda	e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal	3	Grande Ajuda	e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados pessoais, programa de aquisição de auto cuidados	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. incentivo ocasional																
2	Alguma Ajuda	e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal																
3	Grande Ajuda	e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados pessoais, programa de aquisição de auto cuidados																
9	Desconhecida																	
<p>A pessoa recebe a forma adequada de ajuda relativamente aos cuidados pessoais?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Não		1	Sim		9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
0	Não																	
1	Sim																	
9	Desconhecida																	
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente aos auto-cuidados?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não Satisfeita</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Satisfeita</td> <td></td> </tr> </table>		0	Não Satisfeita		1	Satisfeita		<input type="checkbox"/>										
0	Não Satisfeita																	
1	Satisfeita																	

5. ACTIVIDADES DIÁRIAS

		Avaliação																
		Utente	Técnico															
<p>A pessoa tem dificuldade com as actividades diárias, regulares e apropriadas?</p> <p><i>Como ocupa o seu dia?</i> <i>Tem actividades suficientes para se ocupar?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Sem Problema</td> <td>e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente ocupado com actividades domésticas /sociais</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. frequência de um centro de dia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Problema Grave</td> <td>e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem ocupação suficiente com actividades domésticas /sociais</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 6</p>		0	Sem Problema	e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente ocupado com actividades domésticas /sociais	1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. frequência de um centro de dia	2	Problema Grave	e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem ocupação suficiente com actividades domésticas /sociais	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0	Sem Problema	e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente ocupado com actividades domésticas /sociais																
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. frequência de um centro de dia																
2	Problema Grave	e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem ocupação suficiente com actividades domésticas /sociais																
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para encontrar ou manter actividades diárias, regulares e apropriadas?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td>e.g. aconselhamento ocasional acerca das actividades diárias</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. arranjo actividades diárias tais como educação de adultos ou frequência de centros de dia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. supervisão regular nas actividades diárias, visitas diárias</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Muita Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma	e.g. aconselhamento ocasional acerca das actividades diárias	1	Pouca Ajuda	e.g. arranjo actividades diárias tais como educação de adultos ou frequência de centros de dia	2	Ajuda Moderada	e.g. supervisão regular nas actividades diárias, visitas diárias	3	Muita Ajuda		9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. aconselhamento ocasional acerca das actividades diárias																
1	Pouca Ajuda	e.g. arranjo actividades diárias tais como educação de adultos ou frequência de centros de dia																
2	Ajuda Moderada	e.g. supervisão regular nas actividades diárias, visitas diárias																
3	Muita Ajuda																	
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para encontrar ou manter actividades diárias, regulares e apropriadas?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para encontrar ou manter actividades diárias, regulares e apropriadas?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td>e.g. Treino profissional/educação de adultos</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. Trabalho protegido diário, Frequência de centro de dia 2-4 dias por semana</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. Frequência diária de centro de dia ou hospital de dia</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grande Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma	e.g. Treino profissional/educação de adultos	1	Pouca Ajuda	e.g. Trabalho protegido diário, Frequência de centro de dia 2-4 dias por semana	2	Ajuda Moderada	e.g. Frequência diária de centro de dia ou hospital de dia	3	Grande Ajuda		9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. Treino profissional/educação de adultos																
1	Pouca Ajuda	e.g. Trabalho protegido diário, Frequência de centro de dia 2-4 dias por semana																
2	Ajuda Moderada	e.g. Frequência diária de centro de dia ou hospital de dia																
3	Grande Ajuda																	
9	Desconhecida																	
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda relativamente às actividades diárias?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> </tr> </table>		0	Não	1	Sim	9	Desconhecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
0	Não																	
1	Sim																	
9	Desconhecida																	
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente às actividades diárias?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Não Satisfeita</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Satisfeita</td> </tr> </table>		0	Não Satisfeita	1	Satisfeita	<input type="checkbox"/>												
0	Não Satisfeita																	
1	Satisfeita																	

6. SAÚDE FÍSICA

		Avaliação																
		Utente	Técnico															
<p>A pessoa tem alguma incapacidade ou alguma doença física?</p> <p><i>Como se sente em termos de saúde física?</i> <i>Efectua algum tratamento para problemas físicos, instituído pelo seu médico?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Sem Problema</td> <td>e.g. fisicamente bem</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Problema Grave</td> <td>e.g. doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 7</p>		0	Sem Problema	e.g. fisicamente bem	1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado	2	Problema Grave	e.g. doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios	9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0	Sem Problema	e.g. fisicamente bem																
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado																
2	Problema Grave	e.g. doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios																
9	Desconhecido																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares relativamente aos problemas de saúde física?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. sugerindo a ida ao médico</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. acompanhar na ida ao médico</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Muita Ajuda</td> <td>e.g. ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. sugerindo a ida ao médico	2	Ajuda Moderada	e.g. acompanhar na ida ao médico	3	Muita Ajuda	e.g. ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. sugerindo a ida ao médico																
2	Ajuda Moderada	e.g. acompanhar na ida ao médico																
3	Muita Ajuda	e.g. ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização																
9	Desconhecida																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) em relação aos problemas de saúde física?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços em relação aos problemas de saúde física?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. fornecer dieta, aconselhar a família</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família/ enfermeira</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grande Ajuda</td> <td>e.g. consultas hospitalares frequentes, alterações na casa</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. fornecer dieta, aconselhar a família	2	Ajuda Moderada	e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família/ enfermeira	3	Grande Ajuda	e.g. consultas hospitalares frequentes, alterações na casa	9	Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. fornecer dieta, aconselhar a família																
2	Ajuda Moderada	e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família/ enfermeira																
3	Grande Ajuda	e.g. consultas hospitalares frequentes, alterações na casa																
9	Desconhecida																	
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda relativamente aos problemas físicos?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecida</td> </tr> </table>		0	Não	1	Sim	9	Desconhecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
0	Não																	
1	Sim																	
9	Desconhecida																	
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente aos problemas físicos?</p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>Não Satisfeita</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Satisfeita</td> </tr> </table>		0	Não Satisfeita	1	Satisfeita	<input type="checkbox"/>												
0	Não Satisfeita																	
1	Satisfeita																	

7. SINTOMAS PSICÓTICOS

		Avaliação																
		Utente	Técnico															
<p>A pessoa tem alguns sintomas psicóticos, como ideias delirantes, alucinações, distúrbios formais do pensamento ou experiências de passividade? *</p> <p><i>Alguma vez teve experiências difíceis de explicar, tais como ouvir vozes, ideias de perseguição, etc? Está a efectuar alguma medicação ou injeções? Para que servem?</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Sem Problema</td> <td>e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. recebe medicação ou outra ajuda</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Problema Grave</td> <td>e.g. presentemente com sintomas ou em risco de desenvolver</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 8</p>		0	Sem Problema	e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação	1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe medicação ou outra ajuda	2	Problema Grave	e.g. presentemente com sintomas ou em risco de desenvolver	9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0	Sem Problema	e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação																
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe medicação ou outra ajuda																
2	Problema Grave	e.g. presentemente com sintomas ou em risco de desenvolver																
9	Desconhecido																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares face aos sintomas psicóticos?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. alguma compreensão e suporte</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de coping ou adesão à medicação</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Muita Ajuda</td> <td>e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de coping</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. alguma compreensão e suporte	2	Ajuda Moderada	e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de coping ou adesão à medicação	3	Muita Ajuda	e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de coping	9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. alguma compreensão e suporte																
2	Ajuda Moderada	e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de coping ou adesão à medicação																
3	Muita Ajuda	e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de coping																
9	Desconhecido																	
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) face aos sintomas psicóticos?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços face aos sintomas psicóticos?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Nenhuma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Pouca Ajuda</td> <td>e.g. revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ajuda Moderada</td> <td>e.g. revisão da medicação com frequência maior que trimestral, terapia psicológica estruturada</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grande Ajuda</td> <td>e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table>		0	Nenhuma		1	Pouca Ajuda	e.g. revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio	2	Ajuda Moderada	e.g. revisão da medicação com frequência maior que trimestral, terapia psicológica estruturada	3	Grande Ajuda	e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise	9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma																	
1	Pouca Ajuda	e.g. revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio																
2	Ajuda Moderada	e.g. revisão da medicação com frequência maior que trimestral, terapia psicológica estruturada																
3	Grande Ajuda	e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise																
9	Desconhecido																	
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda face aos sintomas psicóticos?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table>		0	Não		1	Sim		9	Desconhecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
0	Não																	
1	Sim																	
9	Desconhecido																	
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe face aos sintomas psicóticos?</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Não Satisfeita</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Satisfeita</td> <td></td> </tr> </table>		0	Não Satisfeita		1	Satisfeita		<input type="checkbox"/>										
0	Não Satisfeita																	
1	Satisfeita																	

* Explorar este item adequadamente sob o ponto de vista Psicopatológico

8. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa recebeu informação escrita ou verbal clara sobre a doença e respectivo tratamento?</p> <p><i>Tem recebido informação clara sobre a medicação ou outro tratamento?</i> <i>Considera útil e suficiente a informação que recebeu?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Sem Problema e.g. recebeu e entendeu informação adequada		
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. não recebeu ou não entendeu toda a informação		
2	Problema Grave e.g. não recebeu nenhuma informação		
9	Desconhecido		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 9			
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para obter essa informação?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma e.g. algum aconselhamento de familiares ou amigos		
1	Pouca Ajuda e.g. familiares ou amigos fornecem informações ou põe a pessoa em contacto com grupos de auto ajuda		
2	Ajuda Moderada e.g. contacto regular com médicos ou grupos como resultado da preocupação de amigos ou familiares		
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para obter essa informação?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para obter essa informação?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma e.g. informação verbal breve sobre a doença / problema		
1	Pouca Ajuda e.g. informação específica sobre grupos de auto-ajuda, sessões com informação verbal mais longa sobre fármacos e alternativas ao tratamento		
2	Ajuda Moderada e.g. informação escrita detalhada fornecida ou recebeu educação específica sobre este assunto		
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para obter essa informação?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para obter essa informação?</p>		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

9. SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

		Avaliação	
		Utente	Técnico
A pessoa está em sofrimento psicológico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tem se sentido recentemente muito triste ou em "baixo"? Tem sentido ansiedade ou medo excessivo?</i>			
0	Sem Problema	e.g. ligeiro ou ocasional sofrimento psicológico	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe aconselhamento regular	
2	Problema Grave	e.g. sofrimento psicológico afecta significativamente a vida, como impedir que a pessoa saia à rua	
9	Desconhecida		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 10			
Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares face ao seu "sofrimento psicológico"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. alguma compreensão ou apoio	
1	Pouca Ajuda	e.g. tem oportunidade (pelo menos semanal) de falar acerca do sofrimento psicológico com amigos ou familiares	
2	Ajuda Moderada	e.g. supervisão e apoio constante	
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) relativamente ao "sofrimento psicológico"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços relativamente ao "sofrimento psicológico"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. avaliação do estado mental ou suporte ocasional	
1	Pouca Ajuda	e.g. tratamento psicológico ou social específico para a ansiedade, Aconselhamento pelos técnicos (pelo menos semanalmente).	
2	Ajuda Moderada	e.g. cuidados hospitalares 24 horas ou intervenção na crise	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
A pessoa recebe a forma correcta de ajuda relativamente ao "sofrimento psicológico"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente ao "sofrimento psicológico"?		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

10. RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO

		Avaliação											
		Utente	Técnico										
<p>A pessoa envolve-se em situações de risco para ela própria?</p> <p><i>Já alguma vez teve pensamentos de fazer mal a si mesmo ou efectuou mesmo auto agressão/tentativa de suicídio?</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0 - Sem Problema</td> <td>e.g. sem ideias suicidas</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua</td> <td>e.g. risco de suicídio acompanhado pelos técnicos ou aconselhamento</td> </tr> <tr> <td>2 - Problema Grave</td> <td>e.g. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expôs-se a situações de risco</td> </tr> <tr> <td>9 - Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 11</p>		0 - Sem Problema	e.g. sem ideias suicidas	1 - Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. risco de suicídio acompanhado pelos técnicos ou aconselhamento	2 - Problema Grave	e.g. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expôs-se a situações de risco	9 - Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0 - Sem Problema	e.g. sem ideias suicidas												
1 - Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. risco de suicídio acompanhado pelos técnicos ou aconselhamento												
2 - Problema Grave	e.g. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expôs-se a situações de risco												
9 - Desconhecida													
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para reduzir o risco de causar danos a si própria?</p> <table border="1"> <tr> <td>0 - Nenhuma</td> <td>e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo</td> </tr> <tr> <td>1 - Pouca Ajuda</td> <td>e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco</td> </tr> <tr> <td>2 - Ajuda Moderada</td> <td>e.g. amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco</td> </tr> <tr> <td>3 - Muita Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 - Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0 - Nenhuma	e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo	1 - Pouca Ajuda	e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco	2 - Ajuda Moderada	e.g. amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco	3 - Muita Ajuda		9 - Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 - Nenhuma	e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo												
1 - Pouca Ajuda	e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco												
2 - Ajuda Moderada	e.g. amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco												
3 - Muita Ajuda													
9 - Desconhecida													
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para reduzir o risco de causar danos a si própria?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para reduzir o risco de causar danos a si própria?</p> <table border="1"> <tr> <td>0 - Nenhuma</td> <td>e.g. alguém para contactar quando se sente em perigo</td> </tr> <tr> <td>1 - Pouca Ajuda</td> <td>e.g. técnicos efectuem avaliação no mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular</td> </tr> <tr> <td>2 - Ajuda Moderada</td> <td>e.g. supervisão diária ou no internamento</td> </tr> <tr> <td>3 - Grande Ajuda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 - Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0 - Nenhuma	e.g. alguém para contactar quando se sente em perigo	1 - Pouca Ajuda	e.g. técnicos efectuem avaliação no mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular	2 - Ajuda Moderada	e.g. supervisão diária ou no internamento	3 - Grande Ajuda		9 - Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 - Nenhuma	e.g. alguém para contactar quando se sente em perigo												
1 - Pouca Ajuda	e.g. técnicos efectuem avaliação no mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular												
2 - Ajuda Moderada	e.g. supervisão diária ou no internamento												
3 - Grande Ajuda													
9 - Desconhecida													
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para reduzir o risco de causar danos a si própria?</p> <table border="1"> <tr> <td>0 - Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 - Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 - Desconhecida</td> <td></td> </tr> </table>		0 - Não		1 - Sim		9 - Desconhecida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
0 - Não													
1 - Sim													
9 - Desconhecida													
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de causar danos a si própria?</p> <table border="1"> <tr> <td>0 - Não Satisfeita</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 - Satisfeita</td> <td></td> </tr> </table>		0 - Não Satisfeita		1 - Satisfeita		<input type="checkbox"/>							
0 - Não Satisfeita													
1 - Satisfeita													

11. RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa é ou representa um risco potencial para a segurança dos outros?</p> <p><i>Em determinadas circunstâncias pensa que pode chegar a ser perigoso para as outras pessoas? Já alguma vez perdeu o controlo e agrediu alguém?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Sem Problema	e.g. sem história de violência ou comportamento ameaçador	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. supervisão regular devido a risco potencial	
2	Problema Grave	e.g. violência recente ou episódio violento recente ou ameaça	
9	Desconhecida		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 12			
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. ajuda (pelo menos semanal) em relação a comportamentos ou ameaças	
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda em relação a comportamentos ou ameaças, com uma frequência maior que semanal	
2	Ajuda Moderada	e.g. praticamente ajuda constante em relação a comportamentos ou ameaças persistente	
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para reduzir o risco de se tornar perigosa para com os outros?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para reduzir o risco de se tornar perigosa para com os outros?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. supervisão do comportamento (pelo menos semanal)	
1	Pouca Ajuda	e.g. supervisão diária	
2	Ajuda Moderada	e.g. supervisão constante, programa específico de coping	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?</p>		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

12. ALCOOL

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa bebe excessivamente ou tem problema em controlar a ingestão de bebidas alcoólicas?</p> <p><i>O consumo de bebidas alcoólicas causa-lhe algum problema? Gostaria de reduzir o seu consumo de bebidas alcoólicas?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. sem problemas para controlar a ingestão alcoólica 1 Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. em risco de dependência alcoólica ou a receber ajuda 2 Problema Grave e.g. actualmente tem consumos alcoólicos nocivos e incontroláveis 9 Desconhecido</p> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 13</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares relativamente ao consumo de álcool?</p> <p>0 Nenhuma 1 Pouca Ajuda e.g. aconselhada a reduzir o consumo 2 Ajuda Moderada e.g. aconselhada a ir aos Alcoólicos Anónimos 3 Muita Ajuda e.g. monitorização diária em relação ao consumo de bebidas alcoólicas 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) em relação ao consumo de bebidas alcoólicas?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços relativamente ao consumo de álcool?</p> <p>0 Nenhuma 1 Pouca Ajuda e.g. informação acerca dos riscos 2 Ajuda Moderada e.g. informação detalhada sobre locais de Auto-ajuda ou de tratamento 3 Grande Ajuda e.g. presença nos Alcoólicos Anónimos ou numa clínica de alcoologia, programa terapêutico para a desintoxicação 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda relativamente ao consumo de álcool?</p> <p>0 Não 1 Sim 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente ao consumo de álcool?</p> <p>0 Não Satisfeita 1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	

13. DROGAS

Avaliação

Utente Técnico

A pessoa tem algum problema de toxicodependência?

*Toma algumas drogas ou medicamentos que não tenham sido prescritos?
Tem dificuldade em parar de consumir alguma droga ou medicamento?*

0	Sem Problema	e.g. sem dependência nem abuso de drogas
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe ajuda para o abuso ou dependência de drogas
2	Problema Grave	e.g. dependência ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas, prescritas ou não
9	Desconhecido	

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 14

Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares em relação ao consumo de drogas?

0	Nenhuma	
1	Pouca Ajuda	e.g. aconselhamento ocasional e apoio
2	Ajuda Moderada	e.g. aconselhamento regular e contacto com serviços de informação e apoio
3	Muita Ajuda	e.g. supervisão e ligação a outros serviços
9	Desconhecida	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) em relação ao consumo de drogas?

Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços relativamente ao consumo de drogas?

0	Nenhuma	
1	Pouca Ajuda	e.g. aconselhamento pelo médico de família
2	Ajuda Moderada	e.g. Clínica/Centro de Toxicodependência
3	Grande Ajuda	e.g. assistência na privação e cuidados no internamento
9	Desconhecida	

A pessoa recebe a forma correcta de ajuda relativamente aos consumos de drogas?

0	Não
1	Sim
9	Desconhecida

Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente aos consumos de drogas?

0	Não Satisfeita
1	Satisfeita

14. CONTACTOS SOCIAIS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
A pessoa necessita de ajuda nos contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Sente que passa muito tempo sozinho?</i> <i>Gostaria de ter mais contactos com as outras?</i></p>			
0	Sem Problema	e.g. capaz de estabelecer contactos sociais e ter amigos suficientes	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. frequência de centros de dia, grupos religiosos, etc.	
2	Problema Grave	e.g. sentir-se com frequência só e isolado	
9	Desconhecida		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 15			
Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares face aos contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. contacto social com frequência menor que semanal	
1	Pouca Ajuda	e.g. contacto social semanal ou mais frequente	
2	Ajuda Moderada	e.g. contacto social pelo menos quatro vezes por semana	
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) no desenvolvimento de contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços relativamente para desenvolver contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. aconselhamento sobre centros/ "clubes" sociais	
1	Pouca Ajuda	e.g. frequência semanal de centro de dia ou outro grupo na comunidade	
2	Ajuda Moderada	e.g. presença diária em centro de dia	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para estabelecer contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para estabelecer contactos sociais?		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

15. RELAÇÕES ÍNTIMAS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa tem dificuldade em encontrar um companheiro(a) ou em manter uma relação íntima?</p> <p><i>Você tem um namorado(a)? Tem problemas no seu namoro/casamento?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Sem Problema	e.g. tem relação satisfatória ou sem problemas por não ter companheiro/a	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe terapia conjugal	
2	Problema Grave	e.g. violência doméstica; pretende ter namorado/a	
9	Desconhecido		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 16			
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para desenvolver e manter uma relação íntima?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma		
1	Pouca Ajuda	e.g. algum suporte emocional	
2	Ajuda Moderada	e.g. várias conversas de apoio	
3	Muita Ajuda	e.g. conversas de apoio mais intensas e sobre como lidar com os sentimentos	
9	Desconhecida		
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para desenvolver e manter relações íntimas?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para desenvolver e manter relações íntimas?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma		
1	Pouca Ajuda	e.g. algumas conversas de apoio	
2	Ajuda Moderada	e.g. várias conversas de apoio	
3	Grande Ajuda	e.g. terapia conjugal, treino de aptidões sociais	
9	Desconhecida		
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para desenvolver e manter relações íntimas?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda para desenvolver e manter relações íntimas?</p>		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

16. RELACIONAMENTO SEXUAL

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa tem problemas com a vida sexual?</p> <p><i>Está satisfeito com a sua vida sexual? Sente alguma dificuldade a esse nível?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. satisfeito com a vida sexual 1 Sem/Problema Moderada devido a intervenção contínua e.g. recebe terapia sexual 2 Problema Grave e.g. dificuldade sexual grave 9 Desconhecida</p> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 17</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares com os problemas na sua vida sexual?</p> <p>0 Nenhuma e.g. algum aconselhamento 1 Pouca Ajuda e.g. várias conversas, material informativo, fornecer contraceptivos, etc. 2 Ajuda Moderada e.g. estabelecer contacto com centros de aconselhamento e possível acompanhamento na ida a esse centro. Acessibilidade para conversar sobre este problema 3 Muita Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) face aos problemas da sua vida sexual?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços face aos problemas da sua vida sexual?</p> <p>0 Nenhuma e.g. informação sobre contraceção, sobre sexo seguro e sobre impotência induzida por drogas ou fármacos 1 Pouca Ajuda e.g. conversas regulares sobre sexo 2 Ajuda Moderada e.g. terapia sexual 3 Grande Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda face aos problemas da sua vida sexual?</p> <p>0 Não 1 Sim 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda face aos problemas da sua vida sexual?</p> <p>0 Não Satisfeita 1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	

17. CUIDAR DOS FILHOS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
A pessoa tem dificuldade em tomar conta dos seus filhos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Tem algum filho com menos de 18 anos? Tem alguma dificuldade em tomar conta dos seus filhos?</i></p>			
0	Sem Problema	e.g. sem filhos com menos de 18 anos ou sem problemas para cuidar dos filhos	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe ajuda nas tarefas parentais ou nos cuidados com as crianças	
2	Problema Grave	e.g. tem sérias dificuldades em tomar conta dos seus filhos	
9	Desconhecido		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 18			
Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para cuidar dos filhos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. "baby sitting" ocasional, menos do que uma vez por semana	
1	Pouca Ajuda	e.g. recebe ajuda a maioria dos dias	
2	Ajuda Moderada	e.g. as crianças vivem com amigos ou familiares	
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para cuidar dos filhos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para cuidar dos filhos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma	e.g. frequência de infantário	
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda nas tarefas parentais	
2	Ajuda Moderada	e.g. crianças adoptadas ou em família de acolhimento	
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para cuidar dos filhos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para cuidar dos filhos?		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

18. EDUCAÇÃO BÁSICA

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa não tem perícias básicas em termos de literacia e actividades de cálculo?</p> <p><i>Tem dificuldade em compreender, ler ou escrever Português?</i> <i>Tem dificuldade em confirmar o troco que recebe numa loja?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Sem Problema e.g. capaz de compreender, ler ou escrever português		
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. recebe ajuda de familiares		
2	Problema Grave e.g. dificuldade com actividades básicas de leitura e cálculo, ausência de fluência na língua portuguesa		
9	Desconhecida		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 19			
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para ler e fazer contas?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma e.g. ajuda ocasional para ler e escrever frases		
1	Pouca Ajuda e.g. põs a pessoa em contacto com escolas		
2	Ajudá Moderada e.g. ensina a pessoa a ler		
3	Muita Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) com a aritmética e a literacia?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços com a aritmética e a literacia?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma e.g. auxílio no preenchimento de formulários		
1	Pouca Ajuda e.g. dar informações e conselhos sobre escolas		
2	Ajudá Moderada e.g. frequência de aulas de educação para adultos		
3	Grande Ajuda		
9	Desconhecida		
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda com a aritmética e a literacia?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe com a aritmética e com a literacia?</p>		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

19. UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa tem dificuldade em ter acesso ou em utilizar o telefone?</p> <p><i>Sabe como utilizar um telefone? É fácil para si ter acesso ao telefone?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. telefone a funcionar em casa ou fácil acesso a telefone pago 1 Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. tem acesso a telefone quando o requisita 2 Problema Grave e.g. sem acesso a telefone ou incapaz de o utilizar 9 Desconhecido</p> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 20</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para efectuar chamadas telefónicas?</p> <p>0 Nenhuma e.g. ajuda a efectuar telefonemas (menos do que uma vez por mês ou em situações de emergência) 1 Pouca Ajuda e.g. ajuda mensal a diária 2 Ajuda Moderada e.g. ajuda disponível sempre que pretendida 3 Muita Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para efectuar chamadas telefónicas?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para efectuar telefonemas?</p> <p>0 Nenhuma e.g. acesso ao telefone quando pretendido 1 Pouca Ajuda e.g. fornecimento de cartão telefónico 2 Ajuda Moderada e.g. contribuir para a instalação de um telefone em casa 3 Grande Ajuda 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para efectuar chamadas telefónicas?</p> <p>0 Não 1 Sim 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para efectuar telefonemas?</p> <p>0 Não Satisfeita 1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	

20. UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa tem alguma dificuldade na utilização de transportes públicos?</p> <p><i>Tem dificuldade em utilizar a autocarro, metro ou comboio?</i> <i>Recebe um passe de autocarro / metro gratuito?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. capaz de utilizar transportes ou tem acesso a carro 1 Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. passe ou outra ajuda com os transportes 2 Problema Grave e.g. incapaz ou sem possibilidade de utilizar os transportes públicos 9 Desconhecida</p> <p>SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares com os transportes?</p> <p>0 Nenhuma 1 Pouca Ajuda e.g. encorajamento para utilizar transportes 2 Ajuda Moderada e.g. acompanhado com frequência nos transportes 3 Muita Ajuda e.g. fornece transporte sempre que necessário 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) com os transportes?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços com os transportes?</p> <p>0 Nenhuma 1 Pouca Ajuda e.g. fornecem passe para transportes públicos 2 Ajuda Moderada e.g. despesas para taxi 3 Grande Ajuda e.g. transporte para as consultas em ambulância 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda com os transportes?</p> <p>0 Não 1 Sim 9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe com os transportes?</p> <p>0 Não Satisfeita 1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	

21. DINHEIRO

		Avaliação	
		Utente	Técnico
A pessoa tem dificuldade em gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tem alguma dificuldade em gerir o seu dinheiro? Consegue pagar as suas contas / despesas?</i>			
0	Sem Problema	e.g. capaz de comprar bens essenciais e pagar as contas	
1	Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua	e.g. recebe algum tipo de ajuda para gerir o dinheiro	
2	Problema Grave	e.g. com frequência não tem dinheiro para bens essenciais ou para pagar as contas	
9	Desconhecido		
SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 22			
Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma		
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda ocasional na selecção das despesas domésticas	
2	Ajuda Moderada	e.g. ajuda no orçamento semanal	
3	Muita Ajuda	e.g. disposição formal tal como tutela atribuída por decisão judicial	
9	Desconhecida		
Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Nenhuma		
1	Pouca Ajuda	e.g. ajuda ocasional com o orçamento	
2	Ajuda Moderada	e.g. supervisão no pagamento da renda e dinheiro fornecido para despesas semanais	
3	Grande Ajuda	e.g. dinheiro para despesas fornecido diariamente	
9	Desconhecida		
A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Não		
1	Sim		
9	Desconhecida		
Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para gerir o seu dinheiro?		<input type="checkbox"/>	
0	Não Satisfeita		
1	Satisfeita		

22. SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

		Avaliação	
		Utente	Técnico
<p>A pessoa recebe todos os subsídios a que tem direito?</p> <p><i>Tem a certeza de que recebe todos os subsídios a que tem direito?</i></p> <p>0 Sem Problema e.g. recebe todos os subsídios a que tem direito</p> <p>1 Sem/Problema Moderado devido a intervenção contínua e.g. ajuda para obter alguns ou todos os subsídios</p> <p>2 Problema Grave e.g. não sabe /não recebe os subsídios a que tem direito</p> <p>9 Desconhecido</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE PONTUAR 0 OU 9 TERMINOU O INQUÉRITO			
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de amigos ou familiares para obter os subsídios a que tem direito?</p> <p>0 Nenhuma e.g. por vezes perguntam se a pessoa está a receber algum dinheiro</p> <p>1 Pouca Ajuda e.g. ajuda no preenchimento dos formulários</p> <p>2 Ajuda Moderada e.g. informou sobre todos os subsídios a que tem direito</p> <p>3 Muita Ajuda</p> <p>9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais (SNS, Serviços Sociais, Autarquias, etc.) para obter todos os subsídios a que tem direito?</p> <p>Qual a ajuda que a pessoa necessita de receber desses serviços para obter os subsídios?</p> <p>0 Nenhuma e.g. aconselhamento ocasional sobre subsídios</p> <p>1 Pouca Ajuda e.g. auxílio no preenchimento de formulários</p> <p>2 Ajuda Moderada e.g. foi efectuada uma avaliação detalhada sobre todos os possíveis subsídios</p> <p>3 Grande Ajuda</p> <p>9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A pessoa recebe a forma correcta de ajuda para obter os subsídios a que tem direito?</p> <p>0 Não</p> <p>1 Sim</p> <p>9 Desconhecida</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Em termos gerais a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para obter os subsídios a que tem direito?</p> <p>0 Não Satisfeita</p> <p>1 Satisfeita</p>		<input type="checkbox"/>	