



Céu da Conceição
Rito da Silva

**A PROMOÇÃO DO
AUTOCUIDADO DE DOENTES
INTERNADOS EM PSIQUIATRIA
FORENSE COMO CONTRIBUTO
PARA O SEU PROCESSO
REABILITATIVO**

Contributos do Enfermeiro Especialista em
Saúde Mental e Psiquiatria, para a Promoção do
Autocuidado e da Saúde Mental

Dissertação apresentada para cumprimento dos
requisitos necessários à obtenção do grau de mestre
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica,
realizada sob a orientação científica do Professor
Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

Dezembro de 2013

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE DOENTES
INTERNADOS EM PSIQUIATRIA FORENSE COMO
CONTRIBUTO PARA O SEU PROCESSO REABILITATIVO**

Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, para a Promoção
do Autocuidado e da Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto do Mestrado
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
realizado sob a orientação científica do Professor
Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

Céu da Conceição Rito da Silva

Dezembro de 2013

À minha Família...

E a Ti Pai, em tua Memória...

***A*GRADECIMENTOS**

Este trabalho só foi possível com a colaboração de várias pessoas às quais **agradeço**.

- Ao **Sr. Prof. Joaquim Lopes** pela orientação e apoio prestado;
- À **minha família** pelo apoio e a paciência que tiveram comigo sempre que não lhes dei a devida atenção, especialmente às **minhas filhas**;
- A **todos os colegas** e restantes profissionais do serviço, onde realizamos o nosso projeto, pelo acolhimento e a receptividade oferecida;
- A todos os **Pessoas com doença mental participantes** no PIS, sem os quais não era possível a realização deste trabalho.

À **Escola Superior de Saúde do IPS e a Todos** quantos, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a finalização deste trabalho assim como para o meu enriquecimento como **Enfermeira e Pessoa**, os meus sinceros agradecimentos.

«*N*o mundo da emoção, as palavras-chave são “treino” e “educação”.

Você precisa de treinar a sua emoção para ser feliz.

Você precisa de educar para superar as perdas e as frustrações.

Caso contrário, a sua emoção nunca será estável,

nem capaz de contemplar o belo

nos pequenos acontecimentos da rotina diária.»

«Hoje vencer não é cometer erros e falhas,

mas reconhecer as nossas limitações e

corrigir as nossas rotas.»¹

¹ Augusto Cury (2008)

RESUMO

A saúde mental, de acordo com a OMS, é fundamental e básica para a saúde global da população. A psiquiatria forense é uma realidade atual mas a institucionalização, assim como a cronicidade da doença mental, são aspetos pouco favoráveis na recuperação destes doentes tornando-se fundamental que seja estabelecido com eles precocemente um plano reabilitativo para uma integração social com sucesso.

O trabalho aqui exposto apresenta um projeto de intervenção no serviço e o processo desenvolvido para aquisição das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. O projeto de intervenção foi desenvolvido num serviço de psiquiatria forense e tem como objetivos promover o autocuidado dos doentes e incentivar à reflexão. Foi aplicada metodologia de projeto. Identificou-se como problemática a necessidade de medidas reabilitativas para promoção da saúde e futura integração social destes doentes e como prioridade a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à promoção do autocuidado destes envolvendo-os na sua recuperação.

A Pergunta de partida foi: *Quais são as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço de psiquiatria forense, como contributo para o seu processo de reabilitação, que são sensíveis aos cuidados de enfermagem?* O diagnóstico foi feito através do olhar dos enfermeiros do serviço. A intervenção debruçou-se sobre um grupo de doentes pré-seleccionados com o qual foram realizadas sessões psicoeducativas. Nos resultados verificou-se adesão dos doentes, aumento do relacionamento interpessoal, entusiasmo em aprender e progressivo interesse pelo autocuidado.

Concluiu-se que necessidades de autocuidado como alimentação, higiene e vestuário, compreensão da doença e adesão terapêutica são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este processo permitiu também o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende-se que este artigo contribua para a promoção do autocuidado e processo reabilitativo dos doentes em psiquiatria forense, favoreça a discussão, o aumento de conhecimentos e melhoria na intervenção em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE:

Enfermagem de Saúde Mental; Psiquiatria Forense; Reabilitação psicossocial; Autocuidado; Psicoeducação; Metodologia de projeto.

ABSTRACT

The mental health according to the WHO (World Health Organization) is fundamental and basic to the population's global health. The forensic psychiatry is a current reality but the institutionalization, as well as the chronicity of the mental disease are less favourable aspects in the recovery of patients becoming crucial to establish early with them a rehabilitation plan for a successful social integration.

This assignment presents an intervention project in the service and the process developed for acquiring the skills of Master in Science in Mental Health Nursing and Psychiatry. The intervention project was developed in a forensic psychiatric service and aims to promote the patients' self-care and encourage reflection. Project methodology was applied. It was identified as problematic the need for rehabilitative measures for health promotion and future social integration of these patients and as priority the provision of nursing care directed to promote their self-care, involving them in their own recovery.

The starting question was: *What are the self-care needs of patients of the forensic psychiatry service, as contribute to their rehabilitation process that is sensitive to nursing care?* The diagnosis was made through the eyes of the service's nurses. The intervention focused on a pre-selected group of patients with whom psychoeducation sessions were held. In the results was verified the adhesion of the patients, progression in the interpersonal relationship, learning enthusiasm and progressive interest in self-care.

It follows that self-care needs such as feeding, hygiene and clothing, understanding of the disease and therapeutic adherence are sensitive to nursing care.

This process also allowed the development of the skills of Master in Science in Mental Health Nursing and Psychiatry. It is intended that this article contributes to promote self-care and rehabilitation process of patients in forensic psychiatry, favours debate, increases knowledge and improves the intervention in mental health.

KEYWORDS:

Mental Health Nursing; Forensic Psychiatry; Psychosocial rehabilitation; Self-Care; Psychoeducation; Project methodology

SIGLAS E ABREVIATURAS

CA - Conselho de Administração

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

CRP - Constituição da República Portuguesa

CP – Código Penal

CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLE- SM – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde

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

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

LSM – Lei de Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

TPC – Trabalho para Casa

TDACE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
<u>PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</u>	15
1. PROBLEMÁTICA	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	20
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	20
2.2. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO	20
2.3. ASPETOS ÉTICOS	21
3. PERGUNTA DE PARTIDA	23
4. OBJETIVOS	24
5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
5.1 - A SAÚDE MENTAL	27
5.2 - PSIQUIATRIA FORENSE	30
5.3 – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	34
5.3.1 - Reabilitação Psicossocial	37
5.3.2 – O Autocuidado e os Contributos do Modelo Teórico de Orem	40
5.3.3 – Psicoeducação	44
6. METODOLOGIA	49
6.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	49
6.2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	56
6.3. EXECUÇÃO DO PROJETO	61
6.4. AVALIAÇÃO DO PROJETO	85
6.5. DIVULGAÇÃO DO PROJETO	96
<u>PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</u>	98
7. COMPETÊNCIAS DE MESTRE \ ANÁLISE	100
8. <u>REFLEXÃO FINAL</u>	110
9. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	115

APÊNDICES 121 ...

- **Apêndice I** – Proposta de Artigo Científico: *A Promoção do Autocuidado de Doentes Internados em Psiquiatria Forense como Contributo para o seu Processo Reabilitativo*
- **Apêndice II** – Caracterização de todos os doentes da enfermaria
- **Apêndice IV** – Imagem de *Trabalho de Casa*
- **Apêndice V** – Questionário de avaliação aplicado ao grupo
- **Apêndice VI** – Questionário de avaliação aplicado aos enfermeiros
- **Apêndice VII** – Divulgação da apresentação da Sessão Clínica de Formação
- **Apêndice VIII** – Imagens da Apresentação da Sessão Clínica de Formação

ANEXOS

Anexo I - Imagem do 2º Brainstorming sobre o autocuidado realizado pelo grupo

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: As necessidades de autocuidado dos doentes, do grupo pré-definido, identificadas pelos enfermeiros

Gráfico 2 - Respostas obtidas nos questionários de avaliação aos utentes

Gráfico 3- Respostas obtidas ao Grupo A do Questionário apresentado aos enfermeiros

Gráfico 4 - Respostas obtidas ao Grupo B do Questionário apresentado aos enfermeiros

Gráfico 5 - Respostas obtidas ao Grupo C do Questionário apresentado aos enfermeiros

Gráfico 6 - Respostas obtidas ao Grupo D do Questionário apresentado aos enfermeiros

Gráfico 7- Respostas obtidas na Avaliação Global dos enfermeiros PIS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT feita ao serviço mediante a problemática identificada

Quadro 2 - Resultados do questionário. Nº de vezes que os enfermeiros referiram as diferentes necessidades de autocuidado

Quadro 3 - Programa das Sessões de Psicoeducação

Quadro 4 - Resumo das reuniões iniciais de grupo

Quadro 5 - Desenvolvimento da 1ª sessão de Psicoeducação

Quadro 6 - Desenvolvimento da 2ª sessão de Psicoeducação

Quadro 7 - Desenvolvimento da 3ª sessão de Psicoeducação

Quadro 8 - Desenvolvimento da 4ª sessão de Psicoeducação

Quadro 9 - Desenvolvimento da 5ª sessão de Psicoeducação

Quadro 10 - Desenvolvimento da 6ª sessão de Psicoeducação

Quadro 11 - Excertos das opiniões avaliativas do grupo expressas oralmente

Quadro 12 - Avaliação oral expressa pela equipa multidisciplinar em relação ao PIS

INTRODUÇÃO

A sociedade atual está marcada por profundas transformações e a par do grande avanço tecnológico tem demonstrado cada vez mais um sentido economicista, o que reflete também o modo de pensar e de viver dos cidadãos. O aumento da esperança de vida é uma realidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos tem vindo a adquirir cada vez maior importância.

De acordo com a OMS a crise mundial aumenta a vulnerabilidade à doença mental, tornando-se esta uma das prioridades em saúde global. Também a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no Plano de Ação 2007-2016 salienta o facto de nos últimos estudos epidemiológicos a saúde mental ser a principal causa de incapacidade e referem que os problemas de saúde mental assim como as perturbações psiquiátricas estão também considerados como parte integrante das principais causas de morbilidade da sociedade. Dai que consideramos tão fundamental o processo reabilitativo dos doentes começando pela promoção do autocuidado.

Este trabalho insere-se no âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESS\IPS. Trata-se da apresentação de uma Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e constitui-se como um projeto de investigação pois visa contribuir, através da reflexão, para desenvolvimento de saberes teóricos e práticos baseados na evidência científica e para a oportunidade de atividades promotoras de desenvolvimento tanto de conhecimentos como competências profissionais.

Pretendemos construir um documento integrador de conhecimentos desenvolvidos e aprendizagens efetuadas durante este nosso percurso formativo que traduzam de uma maneira clara e precisa a nossa aquisição de competências para obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Apresentamos assim a forma como decorreu o nosso processo de aprendizagem no que diz respeito à obtenção do perfil de competências de mestre, as quais vieram complementar e permitiram o desenvolvimento de competências já adquiridas como as comuns de enfermeira especialista sob o ponto de vista da responsabilidade profissional ética, legal, da gestão da qualidade dos cuidados ligados à prática profissional e as competências clínicas especializadas em saúde mental e psiquiatria que contribuíram para fundamentar a tomada de decisão, garantir a qualidade e a segurança dos cuidados e o nosso desenvolvimento enquanto Pessoa e Enfermeira.

O trabalho que apresentamos tem os seguintes objetivos:

- Relatar um Trabalho de Projeto desenvolvido num serviço de psiquiatria forense;
- Apresentar uma análise crítica sobre a aquisição de competências para obtenção do grau de Mestre de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Quanto à estrutura organizativa, apresentamos este relatório em duas partes principais, correspondendo a primeira parte à apresentação do desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço efetuada e a segunda parte uma análise sobre as competências de mestre.

No que se refere ao trabalho de projeto que efetuamos, a nossa área de eleição foi a psiquiatria forense. A psiquiatria forense apresenta-se-nos como uma realidade premente e inevitável aos cuidados de enfermagem.

Estamos certos que a melhoria em saúde mental trará implicações sociais positivas pelo que, como enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, consideramos uma das prioridades na nossa intervenção contribuir para a promoção do processo reabilitativo destes doentes internados, ajudando a que eles adquiram ou recuperem o máximo de autonomia de modo a facilitar a sua futura reintegração social. Assim a nossa intervenção foi dirigida para as necessidades de autocuidado detetadas para promover o autocuidado dos doentes no sentido de os envolver no seu próprio tratamento e recuperação.

Na Parte I do trabalho, fazemos o relatório completo do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) que efetuamos, o qual decorreu em contexto de estágio clínico num serviço de

internamento forense de doentes masculinos do foro psiquiátrico e em que a metodologia aplicada foi a metodologia de projeto. Esta parte subdivide-se em vários capítulos como:

- Capítulo 1, onde fazemos a identificação da problemática que serviu de base ao projeto implementado;
- Capítulo 2, onde apresentamos a caracterização do local de estágio do um modo geral. Aqui fazemos uma curta apresentação do serviço quanto à sua estrutura e organização, o modo que se organizam os cuidados, aspetos estes que nos parecem fundamentais para perceberem todos aqueles que queiram acompanhar e refletir sobre este projeto;
Neste capítulo encontra-se também um subcapítulo com os aspetos éticos, os quais tivemos em conta, tanto para a implementação do PIS como para a realização de todo este trabalho final;
- Capítulo 3, onde está descrita a pergunta de partida que é - *Quais são as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço de psiquiatria forense, como contributo para o seu processo de reabilitação e que são sensíveis aos cuidados de enfermagem?*
- Capítulo 4 onde descrevemos os objetivos gerais e específicos do PIS;
- No Capítulo 5, apresentamos o enquadramento teórico no qual sustentamos o nosso trabalho e fundamentamos o desenvolvimento deste projeto, que nos ajudou a refletir, consolidar ideias e orientar a nossa atuação. Estes subsídios teóricos permitiram-nos integrar conhecimentos, refletir sobre a problemática em estudo e desenvolver *o projeto de intervenção em serviço* a que nos propusemos. Organizamos os subcapítulos indo de encontro aos conceitos básicos que fundamentam todo o nosso trabalho, como, *Saúde Mental, Psiquiatria Forense e Cuidados de Enfermagem* nos quais realçamos a importância da *Reabilitação Psicossocial, o Autocuidado tendo como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Orem e ainda a Psicoeducação*;
- O Capítulo 6 fala sobre o modo como decorreu o PIS, em cujo tema abordado foi o *“as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço, como contributo para o seu processo de reabilitação e que são sensíveis aos cuidados de enfermagem”*, em resposta ao qual executamos um plano de intervenção com sessões psicoeducativas e confirmamos as necessidades de autocuidado sensíveis aos cuidados de

enfermagem. Cada subcapítulo corresponde às várias etapas do projeto de intervenção (Diagnóstico de Situação, Objetivos da Intervenção, Planeamento, Execução do projeto e Divulgação do mesmo).

Na PARTE II deste trabalho fazemos a análise das competências de mestre, onde no capítulo 7 apresentamos as competências e fazemos de seguida a nossa apreciação, refletindo sobre o nosso desempenho indo de encontro às competências do Mestre de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, integrando também as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde mental e Psiquiatria.

Por último concluímos este trabalho com um capítulo de reflexão final, analisando os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Apresentamos uma síntese de todo o trabalho aqui apresentado e concluímos a nossa reflexão sobre as novas aprendizagens efetuadas durante este percurso formativo e o quanto são positivas para o nosso desempenho no futuro profissional e na promoção dos cuidados de enfermagem.

Dando seguimento à partilha de conhecimento entre pares, apresentamos em apêndice (Apêndice I) uma proposta de artigo científico com o tema *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo*.

Terminamos este trabalho apresentando as referências bibliográficas fundamentais às quais recorreremos e depois juntamos os apêndices significativos de modo a ajudar na compreensão do projeto de intervenção que realizamos.

Este trabalho foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e segundo a Norma Portuguesa (NP 405).

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. PROBLEMÁTICA

A saúde é sem dúvida uma das condições fundamentais na vida de cada pessoa e consequentemente para o desenvolvimento, equilíbrio e bem-estar de uma sociedade.

A responsabilidade direta pela prestação dos cuidados de saúde à população é de todos quantos trabalham nesta área, no entanto neste conjunto de todos os profissionais de saúde salientamos a enorme responsabilidade dos enfermeiros, grupo onde nos incluímos e através do qual podemos intervir direta ou indiretamente para a qualidade dos cuidados e influenciar a qualidade de vida e de bem-estar das pessoas.

De acordo com o REPE, a Enfermagem, sendo uma profissão na área da saúde, tem por missão a prestação de cuidados de enfermagem a todo o ser humano e ao longo de todo o seu ciclo de vida². Os enfermeiros têm assim um papel preponderante na promoção da saúde, prevenção da doença, intervenção nas necessidades em saúde detetadas, ajuda no tratamento e alívio de sintomatologia assim como em todo o processo reabilitativo.

Há mais de uma década que a saúde mental é a nossa área de eleição e desde aí o desempenho da nossa atividade profissional tem sido em instituição psiquiátrica. A nossa experiencia mais longa foi com doentes mentais em situação de crise, no entanto nos últimos anos temos prestado cuidados de enfermagem a doentes de evolução prolongada, o que nos tem levado muitas vezes a refletir nos cuidados a prestar a estas pessoas com patologia crónica que estão em situações de vulnerabilidade e com internamentos muito longos e de difícil integração social.

² Decreto- Lei nº161/96, de 4 de Setembro – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*.

A OMS evidencia a saúde mental ao referir que esta apresenta o mesmo grau de importância que a saúde física para o bem-estar dos indivíduos e das sociedades em geral. Assim, pode ler-se no seu Relatório Mundial da Saúde (2001:2) que, “*Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.*”³

A Comissão das Comunidades Europeias, através do *Livro Verde* (2005:4), fala-nos também da saúde mental como uma questão fundamental para os cidadãos. Refere que “*Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades.*”⁴. Esta comissão propõe uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental e de entre as várias propostas de ação salientamos uma que nos parece bastante significativa que é a promoção da inclusão social das pessoas doentes mentais e proteção dos seus direitos fundamentais e a sua dignidade.

No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016⁵, a saúde mental é apresentada como uma prioridade de Saúde Pública, no entanto pensamos que atualmente a crise mundial eleva também a vulnerabilidade à doença mental e a proteção da saúde assim como todos os cuidados que prestamos atualmente vão influenciar o futuro da nossa população.

Temos experienciado ao longo dos anos o quanto é estigmatizante o rótulo da pessoa ter uma doença mental, o que leva muitas vezes a dificuldades laborais e exclusão social. Esta situação aumenta de intensidade quando a pessoa tem um internamento prolongado em hospital psiquiátrico. A institucionalização prolongada das pessoas tem contribuído para o prolongamento do sofrimento pessoal, uma deterioração cognitiva e também do

³ OMS - *Relatório Sobre A Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança.* DGS, 2002

⁴ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - *Livro Verde, Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.* Bruxelas, COM (2005) 484, Outubro de 2005.

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.*

funcionamento e autonomia. Leva ainda a um isolamento destes doentes em relação aos familiares e à comunidade o que dificulta a sua reintegração social assim como aumenta também o preconceito da sociedade acerca da doença mental.

É do nosso entender que doença mental, em muitos dos casos, é uma das patologias mais complexas devido à sua cronicidade, à falta de capacidade de discernimento que as pessoas têm muitas vezes sobre a sua própria doença. A clivagem que pode existir com a realidade e a diminuição ou ausência de juízo crítico sobre a doença, levam estas pessoas a precisarem de ajuda, mas na grande maioria são terceiros que influenciam o seu acesso aos cuidados de saúde. A Lei da Saúde Mental (1998)⁶ vem assim estabelecer de uma maneira concreta os princípios gerais da política de saúde mental, por um lado veio facilitar os doentes a usufruírem dos serviços de saúde e por outro lado também veio protegê-los de possíveis abusos.

A perturbação mental grave e agudizada, em que a pessoa entra em rutura com a realidade no pensar e agir, pode favorecer uma situação de perigosidade e trazer consequências dramáticas para a própria pessoa e para os outros. Dai a hospitalização poder ser o meio de instituir o tratamento e cuidados necessários para o restabelecimento e recuperação da pessoa, pelo que a LSM estabelece também a obrigatoriedade do internamento e tratamento compulsivo.

No entanto há casos de pessoas com transtornos mentais e comportamentais em que devido à sua doença, as situações de perigosidade foram elevadas ao extremo tornando-se efetivas perante a vida de terceiros e estes são considerados *inimputáveis* segundo o *Código Penal*. “É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.”⁷ (Artigo 20º do CP). Assim sempre que seja verificada a inimputabilidade de uma pessoa o tribunal impõe o seu internamento em estabelecimento de segurança para a obtenção obrigatória de tratamento psiquiátrico e por um determinado período de tempo

⁶ LEI Nº 36/98 - *Lei de Saúde Mental*. Diário da República. D.R. Série -A, Nº 169, (24-7-1998), p. 3544.

⁷ DECRETO-LEI Nº400/82 - *Código Penal*. DR, I Série, Nº221 (09-23-1982).

que não pode ser superior ao limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime cometido e ainda se houver perigo de novos factos o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos. (Artigo 92º do CP).

Um serviço de internamento de doentes considerados inimputáveis, é um serviço de segurança em que os doentes ficam retidos e privados da sua liberdade. Isto fez-nos refletir sobre algumas questões como, se por um lado os enfermeiros representam “um papel de guarda” pois são os que tomam a responsabilidade da segurança acompanhando os doentes durante as vinte e quatro horas, por outro lado têm que lhes prestar cuidados de enfermagem sendo este o seu principal papel que é o *ser Enfermeiro*.

De acordo com Townsend (2011:813), os enfermeiros em psiquiatria forense “*integram a filosofia de enfermagem psiquiátrica /saúde mental e a prática com conhecimento do sistema de justiça criminal e avaliação das influências socioculturais dos clientes individuais, família e comunidade, (...)*”⁸

Os enfermeiros especialistas de saúde mental⁹ têm assim que apresentar competências de âmbito psicoterapêutico que lhes permitam desenvolver uma prática clínica eficaz e aplicar intervenções terapêuticas adequadas que contribuam para a promoção e proteção da saúde mental destas pessoas, o seu tratamento e reabilitação. Os enfermeiros devem saber lidar com possíveis reações adversas como comportamentos impulsivos, agressões verbais e prevenir auto ou hétero-agressões físicas. É também importante saber lidar com os mecanismos de contratransferência tendo sempre em atenção *a pessoa que cometeu o delito e não o delito que foi cometido*.

Face à possibilidade de alargarmos o nosso leque de conhecimentos teórico-práticos, assim como podermos contribuir para novos saberes e reflexões em enfermagem, definimos o nosso interesse de estudo pela psiquiatria forense onde a área clínica e jurídica concorrem

⁸ TOWNSEND, C. Mary. – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Ed. Loures: Lusociência, 2011, pp. 813 – 828. ISBN 978-972-8930-61-5.

⁹ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEESM)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

lado a lado, tendo assim oportunidade de experienciarmos na prática clínica os cuidados de enfermagem a prestar a estes doentes considerados *inimputáveis*.

É no contexto de trabalho que o enfermeiro desenvolve capacidades e competências a fim de otimizar o seu desempenho e promovendo a melhoria dos cuidados de saúde.

Toda a intervenção profissional para a promoção da saúde, segundo Hesbeen (2001:21) “*necessita de engenho (...) para permitir à pessoa em sofrimento evoluir para o seu próprio bem-estar, sinónimo da sua harmonia pessoal, singular, não comparável a qualquer outra.*”¹⁰

Optamos assim por desenvolver o Projeto de Intervenção num serviço de internamento de psiquiatria forense.

¹⁰ HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusodidata, 2001. ISBN: 972-8383-20-7

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A realização deste nosso estudo decorreu num serviço de internamento de psiquiatria forense pertencente a um hospital psiquiátrico português.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço de psiquiatria forense pertence a uma instituição de saúde que está organizada em grandes áreas de intervenção no âmbito da saúde mental como serviços de internamento de doentes com patologia psiquiátrica aguda com área de dia e hospital de dia, serviços de reabilitação e residências com doentes de evolução prolongada. Além destes, presta outros serviços à população, tais como, consultas externas de psiquiatria, psicologia e neurologia, eletroconvulsoterapia e outros meios complementares de diagnóstico assim como consultas na comunidade e assistência domiciliária.

Este serviço de psiquiatria forense divide-se em duas unidades, sendo elas uma unidade de apoio ao público exterior onde decorrem os exames médico-legais e as peritagens e outra uma enfermaria, ou seja uma unidade de internamento para doentes do foro forense, local no qual desenvolvemos o nosso projeto de intervenção.

Desde o início do seu percurso histórico esta instituição deu assistência única e exclusivamente a doentes do foro psiquiátrico e na sua filosofia estava sublinhada a humanização dos cuidados de enfermagem.

Embora com instalações físicas diferentes nos últimos tempos, esta enfermaria já tem história de há várias décadas com doentes considerados perigosos e inimputáveis.

2.2 - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

Esta enfermaria de psiquiatria forense está vocacionada para o internamento de indivíduos considerados judicialmente “*Inimputáveis perigosos*” em regime de *Medida de Segurança* ou *Internamento Preventivo*, tendo como objetivos o tratamento e recuperação dos mesmos.

É uma enfermaria de regime fechado com o objetivo de cuidar de *doentes inimputáveis*, que de acordo com o código penal cometeram crimes dos quais não são responsabilizados devido à sua patologia psíquica mas que apresentam perigosidade social e estão obrigados pelos tribunais a cumprir um determinado tempo em regime fechado onde deverão receber tratamento obrigatório. Os doentes podem vir da prisão já após a leitura da sentença (“*a cumprir pena*”) ou ainda a aguardar julgamento.

De facto este Serviço trabalha *numa relação próxima* com os serviços prisionais do Ministério da Justiça. Todas as pessoas aqui internadas estavam sob a tutela de dois Ministérios, o da Justiça e da Saúde e a sua maioria cometeu um delito mais ou menos grave sendo considerado *Inimputável* em relação ao ato praticado pelo que estavam sob “*Medida de Segurança*” a cumprir ordem judicial e ao mesmo tempo estavam em tratamento da doença mental que esteve por base no delito cometido.

Trata-se de um serviço de internamento masculino que recebe pessoas com idades superiores a 18 anos. Durante o tempo que durou o nosso projeto, esta enfermaria permaneceu com 30 pessoas internadas embora tivessem havido durante o referido período algumas admissões e altas. A faixa etária destes doentes era entre os 29 e os 85 anos e tinham na sua maioria, o diagnóstico clínico de *esquizofrenia paranoide*.

O tempo de internamento mínimo e máximo, em princípio, não deverá ser superior nem inferior ao tempo que corresponderia à duração da pena caso não tivesse sido considerado inimputável, podendo este variar de 1 ano até um máximo de 25 anos. No entanto havia alguns doentes que já estavam com prorrogação do tempo previsto. Dai que medidas sócio - reabilitativas fossem de grande importância neste serviço.

2.3 ASPETOS ÉTICOS

A nossa permanência nesta instituição e serviço foi autorizada pelo Conselho de Administração da respetiva instituição no âmbito da efetivação de estágios escolares assim como também a atribuição de um enfermeiro orientador da instituição e a autorização para a implementação de um projeto de intervenção em serviço.

No início do desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) fizemos um pedido formal ao Exmo. Diretor do Serviço, onde apresentamos os objetivos do PIS, informamos a maneira como prevíamos a nossa intervenção e incluíamos o pedido de autorização para pesquisa nos processos clínicos e judiciais individuais de cada doente, o qual foi respondido favoravelmente.

Foi mantido o anonimato dos doentes e técnicos, sendo cumpridas todas as orientações éticas de acordo com o Código de Nuremberga e o Código Deontológico do Enfermeiro.

3. PERGUNTA DE PARTIDA

Perante a problemática apresentada, formulamos a pergunta de investigação em relação à qual se desenvolveu todo o projeto de intervenção e que foi a seguinte:

- *Quais são as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço de psiquiatria forense que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, como contributo para o seu processo de reabilitação?*

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço de psiquiatria forense que são sensíveis aos cuidados de enfermagem e que contribuam para o seu processo de reabilitação.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discriminar as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço de psiquiatria forense que são sensíveis aos cuidados de enfermagem e que contribuam para o seu processo de reabilitação;
- Planear intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica para as necessidades identificadas;
- Desenvolver as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que foram planeadas;
- Avaliar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que foram desenvolvidas.

5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Durante todo o desenvolvimento deste nosso percurso formativo foi necessário recorrer à literatura de modo a aprofundar conhecimentos, refletir e fundamentar a atuação. De acordo com Fortin (1999)¹¹ a literatura permite-nos fazer um exame crítico no domínio da nossa investigação. Esta ajuda-nos a desenvolver e compreender melhor a temática exposta assim como a analisar os resultados. Também segundo a mesma autora, “ *A revisão da literatura ajuda a perceber o alcance dos conceitos em jogo, as relações que os unem e os métodos empregados para os estudar.*” (Fortin, 2009:87)¹²

O Trabalho de Projeto¹³ é um plano de trabalho organizado para estudar, analisar e resolver um problema. Permite-nos investigar o problema identificado de modo a que a nossa intervenção possa gerar conhecimento, no entanto é fundamental ter em conta a informação e conhecimento já existentes sobre a temática em estudo.

Pessoa é um Ser Humano que pensa, sente e interage permanentemente com o ambiente que o rodeia. Ele é considerado por muitos como um elemento dinâmico empreendedor na procura de autorrealização e de bem-estar. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, Pessoa é um “*ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.*” (OE, 2003:7)¹⁴

¹¹ FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação- da concepção à realização.* Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-x

¹² FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5

¹³ NUNES, Lucília (Coord.) - *Metodologia de projecto. Colectânea descritiva de etapas.* Revista PERCURSOS, nº15, Jan. - Mar (2010).

¹⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

No nosso entendimento também, *Pessoa Doente* é um ser humano detentor de dignidade e dos seus valores, ele integra a sua própria história que depende não só da sua carga hereditária e genética mas também do ambiente e da sua experiência vivida e que tem direito a cuidados de qualidade com a maior competência técnica e humana.

Salientando a opinião de Fernando Vieira (2007) e de acordo com vários autores, em psiquiatria forense a relação entre doença mental e violência reflete interações variáveis e complexas entre a justiça e os sistemas de saúde mental. No entanto embora estes doentes tenham o direito à liberdade com restrições impostas pelos tribunais, é do nosso entender que mantêm os restantes direitos como doentes e cabe-nos a nós profissionais de saúde zelar para que sejam respeitados.

As pessoas com doença mental que estão sob *Medidas de Segurança* em psiquiatria forense deparam-se com internamentos muito prolongados onde as medidas reabilitativas são de extrema importância. A promoção do autocuidado é no nosso ponto de vista um dos aspetos importantes e básicos para a manutenção das capacidades intelectuais e funcionais destes doentes, envolvendo-os também na sua própria recuperação.

Assim, neste capítulo apresentamos alguns contributos teóricos que nos permitiram integrar conhecimentos, refletir sobre a problemática em estudo e desenvolver *o projeto de intervenção em serviço* a que nos propusemos.

Organizamos os subcapítulos indo de encontro aos conceitos básicos que fundamentam todo o nosso trabalho, nomeadamente os termos chave como, *Saúde Mental, Psiquiatria Forense e Cuidados de Enfermagem* nos quais realçamos a importância da *Reabilitação Psicossocial, Autocuidado e Psicoeducação*.

5.1- A SAÚDE MENTAL

“Saúde Mental, uma prioridade em saúde global”

A saúde é desde há muito, um conceito alargado e abrangente. A definição de saúde, segundo a OMS (1948), é *um estado de completo bem-estar físico, mental e social*, e não apenas ausência de doença ou mal-estar físico. Embora este conceito seja considerado por muitos como utópico e por vezes inatingível em pleno, certo é que a saúde mental está no mesmo patamar de importância ao lado do bem-estar social e da saúde física, podendo dizer-se que sem saúde mental não pode haver saúde global.

Também Peplau (1969) definiu saúde como uma palavra “simbólica”, tendo em conta, que o processo de saúde vai na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. A saúde é considerada como sendo também a capacidade de um indivíduo desempenhar papéis relevantes e produtivos numa sociedade.

Atualmente a saúde é vista como uma noção de independência, autorrealização e funcionalidade. A noção que prevalece de saúde é uma noção de equilíbrio dinâmico, onde é valorizada a capacidade das pessoas se adaptarem às influências do ambiente, mas mantendo a interação com os outros que o rodeiam. A saúde e doença não são portanto unidades completamente separadas pois qualquer pessoa pode passar por estes dois estados alternadamente ao longo da sua vida. Estas unidades podem ser influenciadas por todo o ambiente, ou seja um conjunto de estímulos internos (pessoais) e externos que envolvem o ser humano e o podem influenciar ou afetar.

A Comissão das Comunidades Europeias no *Livro Verde* (2005:4) sublinha a definição apresentada pela OMS em 2001 de saúde mental como *“o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”*.¹⁵ Esta comissão propõe assim a necessidade de criar estratégias que favoreçam a saúde na sua globalidade, as quais incluem não só a promoção da saúde mas também o aumento de

¹⁵ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - Livro Verde, *Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas, COM (2005) 484, Outubro de 2005.

conhecimentos na área da saúde mental assim como a prevenção da saúde mental, tendo em especial atenção *peçoas doentes ou diminuídas mentais*, protegendo os seus direitos e favorecendo a sua inclusão na sociedade de modo a conseguirmos maior qualidade de vida dos cidadãos.

De acordo com Octávio de Sá (2010:15), o termo saúde mental descreve um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. *“Numa perspectiva holística, a saúde mental inclui a capacidade do indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.”*¹⁶ O referido autor descreve a definição de resiliência apresentada por Anthony & Cohler (1987) como um conjunto de traços da personalidade e capacidades que tornam as pessoas invulneráveis.

A definição de doença mental é bastante complexa porque abrange as perturbações que afetam as funções intelectuais, emocionais e sociais assim como o comportamento e a capacidade funcional. Estes aspetos afetam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e o meio envolvente. De acordo com Monteiro (2006:57), *“A doença mental abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença.”*¹⁷

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 já definia como o seu principal objetivo a promoção e obtenção de mais ganhos em saúde para todos os portugueses, estimando que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral rondava os 30%, sendo aproximadamente de 12% as perturbações psiquiátricas graves.

A OMS (2001) caracteriza a perturbação mental como uma alteração tanto no modo de pensar como das emoções em que aparece uma desadequação de comportamentos e deterioração do funcionamento psicológico e social. Os quais podem resultar tanto de

¹⁶ OCTÁVIO DE SÁ, Luís – *Saúde Mental versus Saúde Mental*. In SEQUEIRA, Carlos; OCTÁVIO DE SÁ, Luís coord. – *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Edição da Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental. Outubro de 2010, pp. 15-18. ISBN:978-989-96144-2-0

¹⁷ MONTEIRO, Fátima - *Prevenção do Estigma Social da Doença Mental. Saúde Mental e Reabilitação*. Lisboa: 2006.

fatores biológicos como psicológicos ou sociais. Segundo o Relatório Mundial da Saúde (2002:53), “*Entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.*”¹⁸

Em 2005 em Helsínquia, na Conferência OMS foi produzida uma Declaração «Enfrentar os desafios, construir as soluções» e em resposta a Comissão Europeia publicou o Livro Verde «*Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*», onde recomendam aos países uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental e acentuando a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio. Seguindo esta linha de orientação, em Portugal foi criada por Despacho n.º 11411/2006, de 26 de Abril, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 101, de 25 de Maio de 2006, a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a quem foi atribuído o compromisso de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e de propor um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

A saúde mental, entretanto é apresentada com uma definição mais lata e que dependendo de fatores pessoais e ambientais pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais, da prevenção de stress e outros fatores de risco e também da luta contra o estigma.

Em Portugal a Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98) já trouxe avanços significativos, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios das Nações Unidas. No entanto em Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, publicada em Diário da República N.º 47 de 6 de Março de 2008, consideram que os problemas de saúde mental constituem a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades.

¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores. Direção-Geral da Saúde, 2002 \OMS. ISBN 972-675-082-2

Ao longo do último século tem existido uma serie de correntes de pensamento que influenciaram a psiquiatria o que levou a mudanças significativas nas nossas instituições sobre o tratamento e também nos cuidados às pessoas com doença mental, além de imporem uma perspetiva positiva no favorecimento de um ambiente terapêutico. Um aspeto básico para o estabelecimento de uma relação terapêutica é a confiança no outro, vencendo o medo das pessoas com doença mental com a eliminação de qualquer representação negativa ou distorcida que possam existir.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) apresenta-se, como o instrumento de gestão que permite responder às necessidades identificadas na área da saúde mental, a qual é considerada como sendo uma prioridade de saúde pública. Este plano estabelece ainda, de acordo com as recomendações da OMS, orientações para a promoção da saúde e prevenção da doença mas evidenciando a educação para a saúde.

O conceito de saúde mental está portanto ligado à promoção da saúde em geral e à dignificação do ser humano. A humanização deverá estar na base de todos os cuidados de saúde, devendo o doente ser cuidado como Pessoa e obter respostas direcionadas para as suas necessidades. Neste campo de ação, os enfermeiros são os profissionais insubstituíveis no nosso ponto de vista, pois são eles que acompanham o indivíduo em todo o seu ciclo de vida. Estes devem dar especial atenção para que a educação esteja sempre presente nos cuidados prestados de modo a favorecer e influenciar as pessoas, famílias e comunidade para que tenham um papel ativo promovendo o processo reabilitativo a sua qualidade de vida.

5.2- PSIQUIATRIA FORENSE

“A Psiquiatria e a Justiça no caminho da segurança e recuperação”

Nas várias pesquisas efetuadas, constatamos que a palavra “forense” tem origem no latim “fórum” que significa tribunal que era outrora um local de debate público.

A Psiquiatria Forense, de um modo genérico, pode ser definida como sendo a Psiquiatria ao serviço da Justiça. Segundo Abdalla-Filho e Engelhardt (2003:245), *“Essa especialidade é aplicada tanto em indivíduos supostamente portadores de transtorno mental que violam*

*a lei, quanto em indivíduos que necessitam de sua proteção, podendo ter um caráter tanto pericial quanto terapêutico”.*¹⁹

A psiquiatria forense é considerada já em alguns países, uma subespecialidade da psiquiatria que relaciona a lei e a psiquiatria, isto é, debruça-se sobre estudos de problemas psiquiátricos envolvidos em causas legais em que podem ser levantadas dúvidas sobre a capacidade das pessoas, sendo os principais campos de atuação as situações de acidentes, em casos de levar a cabo a função parental, a decisão de capacidades para gerir bens e tomar decisões referentes a si próprio (interdição e inabilitação) e como na decisão da responsabilidade penal.

De acordo com Dias Cordeiro (2008)²⁰, a psiquiatria forense corresponde à interface entre a psiquiatria e o direito e dá resposta às situações que levantam dúvidas sobre determinadas capacidades de uma pessoa. Estas capacidades são a de conhecer e avaliar a natureza e as consequências de um comportamento o que permite decidir sobre a responsabilidade penal (imputabilidade) ou a ausência dessa responsabilidade (inimputabilidade).

Segundo o Artigo 20º do Código Penal (Inimputabilidade em Razão de Anomalia Psíquica) “*É inimputável quem, por força de anomalia psíquica, for incapaz, no momento prático do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.*”²¹ Assim, de acordo com o Código Penal, quando da responsabilidade penal de um indivíduo pela prática de um crime, ele será avaliado se é “*imputável*” (se possui a capacidade para avaliar o mal que pratica) ou “*inimputável*” (que não possui capacidade para avaliar o mal que pratica e de se determinar de acordo com essa avaliação).

A questão da culpabilidade por anomalia psíquica já é bastante antiga. Cabe ao direito regular, controlar e aplicar as leis na sociedade e ao direito penal definir a avaliação e determinação da ilicitude do ato cometido pelo indivíduo. É aos psiquiatras que cabe a execução das “perícias médicas” ou “exames médico-legais” solicitados pelos tribunais

¹⁹ ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram - *The practice of forensic psychiatry in England and Brazil: a brief comparison*. Revista Brasileira de Psiquiatria 2003;25 (4):245-8.

²⁰ DIAS CORDEIRO, J. - *Psiquiatria Forense*. 2ªed, Lisboa: Edição da Fundação Caloust Gulbenkian, 2008, pp.111-207.

²¹ DECRETO-LEI Nº 400/82, de 23 de Setembro -*Código Penal*. Artigo 20º (Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica). Nº1.

para a avaliação da imputabilidade de indivíduos envolvidos em processo judicial, assim como o seu tratamento. No entanto em todo este processo de tratamento e reabilitação o papel dos enfermeiros é preponderante e significativo.

Os internamentos em psiquiatria forense podem ser de inimputáveis e internamentos preventivos, com especificações previstas na lei. Os internamentos de inimputáveis (Art.º 20º do Código Penal) que após terem cometido crimes foram já julgados e sentenciados pelo tribunal com internamento como medida de segurança por terem sido considerados perigosos, de acordo com o Art.º 91º do CP *“Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.”*²²

Os internamentos preventivos *“mostrando-se que o arguido a sujeitar a prisão preventiva sofre de anomalia psíquica ... e, em vez da prisão tenha lugar internamento preventivo em hospital psiquiátrico...”*²³ (nº 2 do Art.º 202º *“Prisão Preventiva”* do Código de Processo Penal).

Também pode acontecer serem internados indivíduos em serviços de inimputáveis que foram considerados imputáveis e condenados em prisão. Isto acontece quando o indivíduo já sofria de anomalia psíquica anteriormente ao crime e o Tribunal ordena o seu internamento em estabelecimento de inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena, quando *“...o regime dos estabelecimentos comuns lhe será prejudicial, ou que ele perturbará seriamente esse regime, ...”*²⁴ de acordo com o Art.º 104 (Anomalia psíquica anterior) do Código Penal.

²² DECRETO-LEI Nº 400/82, de 23 de Setembro - *Código Penal*. Capítulo VI, Medidas de Segurança. Internamento de inimputáveis. Artigo 91º (Pressupostos e duração mínima), nº1.

²³ DECRETO-LEI Nº 78/87, de 17 de Fevereiro - *Código Processo Penal - “Prisão Preventiva”*, Artigo 202º, nº 2, com Décima nona alteração ao Código de Processo Penal pela Lei n.º 26/2010 de 30 de Agosto.

²⁴ DECRETO-LEI Nº 400/82, de 23 de Setembro - *Código Penal*. Capítulo VII, Internamento de imputáveis portadores de anomalia psíquica. Artigo 104º (Anomalia psíquica anterior), nº1.

A enfermagem forense é definida por Hufft e Peternej-Taylor (2003). Estes autores apresentam uma definição de enfermagem forense que é citada por Mary Townsend (2011:814) com sendo “*Uma prática da especialidade de enfermagem que integra a ciência de enfermagem e a ciência forense para aplicar o processo de enfermagem à saúde e bem-estar dos clientes...*”²⁵

A avaliação da perigosidade é uma questão importante em direito penal e está configurada no Art.º 91 do CP daí ser de extrema importância a «avaliação de risco» na área da psiquiatria forense. Segundo Almeida (2007:8), “*os doentes mentais graves, nomeadamente os que padecem de psicose esquizofrénica, apresentam, quando descompensados, uma criminalidade muito superior à que se verifica quando estão compensados. Pelo que se revela necessário não desvalorizar a sua perigosidade potencial.*”²⁶

Embora a perigosidade possa variar conforme a situação e seja impossível de prever com rigor, numa perspetiva futura é fundamental avaliar a probabilidade que o indivíduo tem de vir a cometer novamente o mesmo delito ou outro.

Em contexto forense, os enfermeiros lidam com indivíduos que têm comportamentos agressivos, disruptivos e na maioria das vezes não são aceites socialmente por isso são necessárias aprendizagens e treino de modo a podermos intervir ao nível do autocontrolo e de mudanças de comportamento, ajudando o Outro que precisa de nós. Como refere Mary Townsend (2011:815) os enfermeiros em psiquiatria forense (...) “*estão em posição de promover estratégias de intervenção que aumentam a probabilidade de reabilitação e reintegração do cliente forense na sociedade*”²⁷

²⁵TOWNSEND, C. Mary. – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-61-5. pp. 728 – 753.

²⁶ALMEIDA, Fernando – *Psicose, esquizofrénica e criminalidade*. Revista. Psiquiatria Psicologia & Justiça. Nº1. SPPPJ:Nov.2007, pp. 5- 29.

²⁷TOWNSEND, C. Mary. – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-61-5. pp. 728 – 753.

5.3 - OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“Cuidar, mobilizando todas as capacidades do indivíduo para a sua recuperação”

A Enfermagem ao longo dos tempos tem sido referenciada por muitos autores como uma arte, a “arte de cuidar” e assistir o ser humano, a família e a comunidade na satisfação das suas necessidades.

Segundo Orem (1991) e de acordo com George (2000:89), a arte da enfermagem é “ *a qualidade das enfermeiras que permite que elas façam investigações criativas, análises e sínteses das variáveis e dos factores condicionantes das situações de enfermagem.*”²⁸. Orem refere haver vários factores relacionados com o conceito de enfermagem, no entanto a arte e a prudência são os mais significativos, sendo a prudência uma das qualidades que permite os enfermeiros procurarem informação e conhecimentos em situações mais difíceis e que permitem decisões e um agir com intervenções mais adequadas. Orem²⁹ formulou a teoria geral do deficit do autocuidado e acredita que todos os indivíduos têm potencial para aprenderem e desenvolverem-se, pelo que descreveu a atuação dos enfermeiros como sendo agentes que propiciam o autocuidado dos seus clientes.

Para Hesbeen (2000:37), “ *Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular*”.³⁰ .Sublinhamos o pensamento do referido autor, pois a arte nos cuidados de enfermagem não é limitada à soma de cada intervenção mas sim um conjunto de intervenções dentro de um projeto de cuidados dirigidos para a pessoa, família ou comunidade e que lhes façam sentido.

²⁸ GEORGE, B. Júlia – *Teorias de Enfermagem*. 4ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, pp 83-102

²⁹ OREM, Dorothea E. – *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis (USA): Mosby Inc. 2001.

³⁰ HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8

Peplau, de acordo com George (2000:46), define a enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal e refere que “*cada indivíduo pode ser visto como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual sociológica única, que não irá reagir da mesma forma que outro indivíduo.*”³¹

Peplau (1952\1999) foi considerada um marco de referência para a prática da enfermagem psiquiátrica em que visualizou a enfermagem como um processo interpessoal cujo foco de atenção principal estava centrada na relação *significativa e terapêutica* enfermeiro-cliente. Ela enuncia o quanto é importante a responsabilidade profissional e o facto de se ser íntegro e coerente na relação. Evidencia a necessidade dos enfermeiros atualizarem os conhecimentos para estarem preparados para qualquer tipo de situação, valorizando o crescimento pessoal e profissional.

Segundo Pearson e Vaughan (1992:152) “*Para Peplau a essência da enfermagem é a relação entre a enfermeira e o cliente. Ela sugere que os cuidados de enfermagem ocorrem dentro dessa relação interpessoal.*”³²

Peplau desenvolveu a *Teoria das Relações Interpessoais* e nesta teoria ela identifica os conceitos e princípios que suportam as relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem. Oferece aos enfermeiros uma estrutura para interagir com os clientes, sugere vários papéis que os enfermeiros podem assumir (de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal) para ajudar os clientes a progredir e assim alcançar ou regressar ao seu nível apropriado de desenvolvimento.

Segundo Peplau, sempre que um problema surge, ele necessita de resolução. Define quatro fases da relação enfermeiro-cliente (*Orientação, Identificação, Exploração, Resolução*) e em todas as fases do processo interpessoal o enfermeiro pode assumir diferentes papéis de enfermagem como, o *papel de estranho, pessoa de recurso, de professor, de líder, de substituto e conselheiro.*

³¹ GEORGE, B. Júlia – *Teorias de Enfermagem*. 4ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, pp 45-58;

³² PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. 1ª Edição, Lisboa: Artes Gráficas, Lda., 1992. ISBN 0-433-24902-1.

Indo de encontro à perspectiva de outros autores, sublinhamos a importância que os cuidados de enfermagem devem ter ao nível não só do tratamento e melhoria dos sintomas mas também no sentido de proteção e preservação da dignidade dos indivíduos. De acordo com Watson (2002:55), “(...) cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”.³³

À enfermagem como profissão são exigidas competências profissionais específicas (científicas, técnicas e humanas) e estar legalmente habilitada para as exercer. Citando o REPE (1996), o “Enfermeiro é o profissional habilitado com curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”³⁴. Ainda de acordo com o REPE, a enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano que deles necessitam mas sublinhamos a necessidade de O ajudarmos de modo a que este venha adquirir a máxima funcionalidade.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro refere que na procura da excelência do exercício e todo o ato profissional o enfermeiro deve assumir o dever de “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;”³⁵

³³ WATSON, Jean - *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar/ Uma teoria de enfermagem*. 1ª Ed. Lusociência, Loures: 2002. ISBN: 972-8383-37-1

³⁴ DECRETO-LEI Nº 161\96 de 4 de Setembro – (REPE) *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Nº2, Artigo 4º.

³⁵ DECRETO-LEI Nº104\98 de 21 de Abril - *Código Deontológico. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Artigo 88º, Código Deontológico.

Uma abordagem terapêutica efetiva em saúde mental tem que ser abrangente. Temos que ter em atenção o seguinte: - a prevenção da doença mental, no que se refere à educação e sensibilização da comunidade e triagem para os fatores de risco; - promoção da saúde mental dos indivíduos, facilitando o acesso aos cuidados e uma intervenção atempada; - assegurar a humanização dos cuidados, valorizando a, psicoeducação e o envolvimento do doente na tomada de decisão; e uma boa articulação multidisciplinar e interdisciplinar em prol de uma melhoria e recuperação. (RCEEESM)³⁶

5.3.1 - Reabilitação Psicossocial

“Regresso à situação anterior no sentido da qualidade de vida.”

As pessoas com doença mental, devido à sua vulnerabilidade psicológica, encontram-se em situação de desvantagem social e muitas vezes confrontam-se com os seus direitos e liberdades fundamentais comprometidos, sendo frequente terem que enfrentar o estigma e a discriminação da sociedade.

Também perturbações mentais mais graves assim como os internamentos prolongados levam à diminuição das capacidades cognitivas, favorecendo a dependência, a diminuição da autonomia e conseqüentemente um empobrecimento do funcionamento social, o qual é mesmo um dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia (APA, 2000)³⁷.

Embora nos anos mais recentes tenha havido um grande desenvolvimento no que diz respeito ao tratamento farmacológico das perturbações mentais graves, nomeadamente ao nível do controlo da sintomatologia psicótica, ainda se nota uma maior dificuldade no controlo da sintomatologia negativa destas doenças assim como a dificuldade de integração

³⁶ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental* (RCEEESM). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010;

³⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4.ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN:972-796-020-0;

social pelo que se torna necessário existir a par de uma intervenção terapêutica também uma abordagem psicossocial (Lieberman et. al.,2001)³⁸.

Nestes casos, o comprometimento das capacidades relacionais, de adaptação social e de desempenho profissional são uma realidade pelo que estas doenças exigem que os cuidados de enfermagem deem respostas oportunas e diversificadas, nomeadamente na prontidão de diagnóstico e intervenção precoce com a finalidade de minimizar e combater estas situações através de um processo reabilitativo, como se entende do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007)³⁹.

A, OMS no Relatório Mundial da Saúde (2001) define a reabilitação psicossocial não como uma simples técnica mas sim como um processo muito abrangente que deve variar de acordo com as necessidades dos indivíduos e também com o contexto. *"A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais"*. (Direção Geral da Saúde, 2002:116)⁴⁰. O mesmo relatório diz que é de grande importância a reabilitação psicossocial porque permite que as pessoas possam adquirir e\ou recuperar aptidões básicas e práticas de modo viver e também a conviver em sociedade e fazer face a algumas das suas incapacidades e limitações.

Também a Direção Geral de Saúde desde 2005, no Portal da Saúde apresenta uma definição de reabilitação como sendo “ *um processo global e dinâmico orientado para a*

³⁸ LIBERMAN, R. P.; DRAKE, R.F.; TSANG, H.W. – *Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation*. In *Psychiatric Services*. 2001, pp. 1331-1342.

³⁹ COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE MENTAL – *Reestruturação e Desenvolvimento Dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007-2016*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. 2007.

⁴⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores. Direção-Geral da Saúde, 2002 \OMS. ISBN 972-675-082-2.

recuperação física e psicológica que tem em vista a reintegração social.”⁴¹ Esta noção incorpora um conceito abrangente de saúde, bem-estar global e realização pessoal a que têm direito todos os indivíduos.

No Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)⁴² perspectiva-se que deve haver maior ênfase na promoção da autonomia dos doentes e na sua reintegração social, ao contrário da institucionalização. Aqui também podemos subentender as noções de tratamento e reabilitação como duas entidades interdependentes em saúde mental pois as duas realidades interagem e cada uma influencia a outra.

Afonso (2010) realça a importância da reabilitação no tratamento de pessoas com doença mental. Salienta a necessidade de uma abordagem terapêutica abrangente no caso de doentes com esquizofrenia, em que é necessário intervir não só ao nível farmacológico mas também psicoterapêutico, familiar, ocupacional, social e psicoeducativo. Este refere ainda que, “*O processo de reabilitação é contínuo, para que o doente possa funcionar com satisfação e sucesso nos vários ambientes de vida, visando um aumento da autonomia, realização pessoal e qualidade de vida (...)*” (Afonso,2010:99)⁴³

Através de um processo de reabilitação psicossocial as pessoas têm possibilidade de recuperar aptidões perdidas ou adquirir algumas que lhes permitam ultrapassar as suas incapacidades de modo a viverem em sociedade e com a maior autonomia possível. Este processo deve favorecer a assistência a um nível de larga amplitude, tanto ao nível de atividades sociais, de lazer e profissionais assim como aptidões básicas de vida onde se incluem o regime alimentar, adesão ao tratamento, higiene pessoal e do meio envolvente. No entanto, além dos aspetos já mencionados a valorização pessoal e autoestima assim como a relação interpessoal são fundamentais.

⁴¹ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- [Informações Úteis](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm) > *Reabilitação*. Publicação a 09.12.2005. [Consult. 2011-03-20]. Disponível em [www:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm)

⁴² MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República, 1.ª série, N.º 47 de 6 de Março de 2008, pp. 1395 -1409.

⁴³ AFONSO, Pedro – *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. 1ª Edição, Cascais: Editora Principia, 2010. ISBN:978-8131-63-8.

Fazemos também referência à perspetiva apresentada por Cordo (2003)⁴⁴ em que a reabilitação deve dar menos ênfase aos sintomas psicopatológicos e mais às capacidades funcionais dos indivíduos. E também que a reabilitação é definida não pelo meio onde se faz mas sim através dos métodos que se utilizam para atingir os objetivos.

Segundo Hesbeen (2003), quem presta cuidados tem por missão *de ajudar a pessoa* a criar uma maneira de viver que lhe faça sentido a ela e que seja também compatível com a sua situação, isso *“independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção”*.

⁴⁵ Hesbeen fala-nos do cuidado como sendo dependente do encontro entre dois seres humanos, sendo um profissional a oferecer os cuidados e Outro a recebe-los. No entanto a ajuda só é eficaz quando faz sentido a quem recebe esse cuidado. Não é o prestador de cuidados que deve dizer ao outro o que deve fazer mas sim sugerir e proporcionar os meios que lhe permitam descobrir estratégias de resolução e caminhos significativos que sejam compatíveis com a sua situação.

Assim, numa perspetiva reabilitativa o enfermeiro deve ajudar o outro mas sem o substituir, estimulando o mais possível as suas competências e providenciar os recursos necessários e as oportunidades para que os utentes adquiram o máximo de autonomia.

5.3.2 – O Autocuidado e os Contributos do Modelo Teórico de Orem

“Promover a autorresponsabilização em saúde.”

O ato de cuidar implica um aumento contínuo de conhecimentos, uma valorização da relação entre as pessoas, uma comunicação eficaz, promoção da qualidade de vida e o respeito pelo ser humano. Necessita ainda da utilização de um modelo teórico de enfermagem para uma melhor uniformização dos cuidados.

⁴⁴ - CORDO, Margarida – *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores 2003. ISBN: 972-796-075-8.

⁴⁵ HESBEEN, Walter – *A Reabilitação*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-43-6, p. 76.

De acordo com Person (1992:14) “*Um modelo de enfermagem é uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade (...)*”⁴⁶. Também Riehl e Roy, citados pelo mesmo autor, definem um modelo como “*(...) um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique.*”⁴⁷ Um modelo é assim, uma construção de várias imagens compostas de crenças e valores descrita de uma maneira clara. Não temos dúvidas em afirmar que deve ser a teoria a guiar a nossa prática e na filosofia dos cuidados estão implícitas crenças e valores que defendemos e que irão influenciar o nosso comportamento.

De acordo com Levin et al. (1979) citado por Pearson (1992:73), o autocuidado é definido como “*um processo pelo qual um leigo age por sua conta na promoção da saúde e prevenção, assim como um despiste da doença e no seu tratamento*”.⁴⁸

O modelo de “Autocuidado” foi desenvolvido por Dorothea E. Orem (1980 – 2001) em que, de uma maneira geral, explicou o autocuidado como uma necessidade humana e a enfermagem como um serviço humano. Ela criou a *Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDACE)*⁴⁹ que é composta por três teorias inter-relacionadas a *Teoria do Auto-Cuidado*, *Teoria do Défice do Auto-Cuidado* e *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* (totalmente compensatório; parcialmente compensatório e apoio-educação).

O postulado principal da TDACE é o grau de incapacidade que a pessoa apresenta para cuidar dela própria de modo a atingir saúde, equilíbrio e bem-estar, pelo que a execução prática das atividades de autocuidado pelo indivíduo contribuem para o seu desenvolvimento e a sua integridade sendo o enfermeiro o agente propiciador. De acordo com George (2000), um dos pontos importantes da teoria de Orem (1991) é que esta define

⁴⁶ PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. 1ª Edição, Lisboa: Artes Gráficas, Lda., 1992. ISBN 0-433-24902-1

⁴⁷ Idem. (PERSON et al, 1992:13)

⁴⁸ Idem. (PERSON et al, 1992:73)

⁴⁹ OREM, Dorothea E. – *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis (USA): Mosby. 2001.

quando a enfermagem é necessária e refere que “ (...) a enfermagem é necessária quando o indivíduo não consegue manter, continuamente, a quantidade e a qualidade de autocuidado necessárias para sustentar a vida, recuperar-se da doença ou da lesão ou enfrentar os seus efeitos.” (George, 2000:98)⁵⁰

O autocuidado é apresentado por Orem (2001) como sendo a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa para seu próprio benefício, ou sejam as atividades capazes de satisfazer as suas próprias necessidades a partir de determinados requisitos que podem ser fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais, devendo os enfermeiros serem propiciadores do autocuidado aos seus clientes e sempre que estes não sejam capazes de se auto cuidar, os enfermeiros devem providenciar a assistência necessária.

Segundo Tomey *et. al* (2004) o défice de autocuidado é um termo aplicado para exprimir a relação entre a capacidade de ação que os indivíduos apresentam e as necessidades de cuidado que têm. Estes autores acrescentam ainda, de acordo com a teoria do autocuidado, que “ O autocuidado tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras do indivíduo ”⁵¹ (Tomey *et. al*, 2004:218)

Orem, considera assim o autocuidado como um comportamento que corresponde a um papel ativo do indivíduo em que ele desempenha um serie de atividades práticas para seu benefício com o fim de promover a satisfação das necessidades básicas do ser humano mantendo a saúde e o bem-estar com carácter afetivo e social.

Neste modelo Orem apresenta três requisitos de autocuidado que são: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, sendo que desvio é considerado como as necessidades de autocuidado quando existem doenças incapacitantes. A enfermagem aparece como uma entidade educacional e de apoio, onde o cliente é o individuo que aprende a cuidar-se a um nível terapêutico com a maior independência possível. Os enfermeiros prestam a assistência de apoio necessária aos clientes que pode ser totalmente

⁵⁰ GEORGE, B. Júlia – *Teorias de Enfermagem*. 4ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, pp 83-101.

⁵¹ TOMEY, A. Marriner; ALLIGOOD, M. Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e teoria de enfermagem)*. Trad. Ana Rita Albuquerque. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, pp. 211-235. ISBN: 972-8383-74-6.

ou parcialmente compensatória mas acompanhando-os e favorecendo sempre um ambiente de ensino dando privilégio à orientação e supervisão.

Esta teoria pressupõe dois aspetos, em primeiro lugar é a identificação das deficiências em autocuidado e em segundo lugar ao estabelecimento de papéis do enfermeiro para satisfazer as exigências do cliente. Esta metodologia da assistência de enfermagem baseada na teórica do autocuidado, fornece subsídios para a aplicação prática no plano de cuidados prescritos aos doentes que é composto por três passos: diagnóstico de enfermagem e prescrição; elaboração e plano para a execução dos atos de enfermagem e produção e evolução das ações de enfermagem, também denominado planeamento e controle.

Também Carpenito (1998:264) refere que o autocuidado “*engloba as atividades exigidas para a satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas atividades da vida diária*”⁵². Esta autora valoriza a importância do autocuidado na perspectiva reabilitativa, pois diz que o grande objetivo dos enfermeiros em reabilitação é canalizarem todos os esforços para que a sua intervenção seja no sentido de ajudar a pessoa para que possa manter, melhorar ou adquirir capacidades de assegurar as atividades do dia-a-dia, podendo assim atingir o máximo de independência e segurança.

Segundo a CIPE/ICNP Beta 2 (2002:55)⁵³ o “ Autocuidado é um tipo de Ação *Realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida*”.

Assim o autocuidado traduz-se na prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Pode dizer-se que o autocuidado é a capacidade da pessoa cuidar dela própria, no que se refere à alimentação, higiene e aparência, ocupar-se, fazer as atividades básicas da vida diária, assim como atividade física e comportamento de precaução e procura de saúde.

⁵² CARPENITO, L. - *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 6 Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

⁵³ INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES.- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2*. Trad. Adelaide Madeira [et All.], Lisboa: Edição da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN: 972-98149-5-3, pp. 55 -59

A capacidade de autocuidado significa que o indivíduo esteja habilitado em executar ações que atendam as suas necessidades. Esta capacidade de se envolver e executar as referidas ações está sujeita a alguns fatores como idade, experiências de vida, valores, crenças, cultura em que se está inserido, assim como limitações físicas e psicológicas, no entanto ela é aprendida o que implica compreensão e treino.

5.3.3 – Psicoeducação

“Ensino e educação como suporte emocional.”

Na saúde um dos aspetos fundamentais e básicos é a conceção educativa pois é esta que influencia o próprio sujeito colocando-o no centro da mudança. O indivíduo deixa de ser apenas só um fim, mas passa a ser também um meio para a obtenção de mudanças de comportamentos e atitudes que são significativas na obtenção e promoção da saúde.

A mudança de comportamentos é uma tarefa difícil e segundo Carvalho (2006:52), *“o objetivo final da Educação para a Saúde será facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis (...). Sem um planeamento prévio da intervenção educativa não existe qualquer garantia de êxito.”*⁵⁴

De acordo com Caminha *et al.* (2003)⁵⁵ psicoeducação é uma disciplina de conhecimento e atuação bidimensional entre a Saúde e a Educação, que interage com o processo de aprendizagem humano, tendo em conta toda a influência de pessoas e o meio envolvente assim como a sua trajetória de vida. Este tipo de intervenção vai permitir à pessoa doente compreender a diferença entre as características pessoais e as outras referentes à doença ajudando-o a lidar melhor com toda a problemática que envolve a patologia, conhecendo melhor a doença, a sintomatologia assim como os fatores precipitantes e estratégias para lidar com as situações.

⁵⁴ CARVALHO, Amâncio; CARVALHO Graça – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Edições Lusociência, 2006. ISBN: 972- 8930-22-4.

⁵⁵ - CAMINHA, R.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. - - *Psicoterapias Cognitivo Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003

A psicoeducação tem como objetivo, esclarecer, informar e orientar para o manejo do comportamento e também das emoções (Caballo *et al* 1996)⁵⁶. Além de esta ser um suporte informativo e educacional, a psicoeducação implica também o uso de um suporte emocional assim como o manejo dos sintomas. De acordo com Justo & Calil, (2004)⁵⁷, a psicoeducação vai mais além, pois estes autores consideram que o objetivo primordial é fazer do cliente um colaborador ativo dos profissionais de saúde e que tenha uma atitude interventiva e responsável no seu processo terapêutico. O terapeuta deve concentrar-se nos comportamentos e emoções, sendo o ato de ensinar apenas mais uma intervenção, e também a autoajuda deve ser sempre incentivada para que haja um desenvolvimento e crescimento pessoal.

Segundo Rummel-Kluge et. al. (2006)⁵⁸, a intervenção psicoeducativa é uma intervenção de ensino e informação sistematizada e estruturada sobre a doença e o seu tratamento que tem em conta todos os aspetos emocionais do individuo que vai permitir que este arranje estratégias para lidar com a doença adequadamente e aderir ao tratamento. A psicoeducação corresponde assim a um conjunto de abordagens quer de ensino e manejo das emoções que podem ser dirigidas aos doentes e também às famílias ajudando-os a aprender o que precisam sobre a doença mental e adquirir e dominar novas formas de lidar com ela e também com os problemas do quotidiano.⁵⁹ Colom e Vieta, (2004)⁶⁰ nos seus trabalhos salientaram os benefícios de adesão de doentes mentais ao tratamento através de

⁵⁶ CABALLO, V.E.; BUELA-CASAL, G.; SIERRA, J. C.- *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996.

⁵⁷ JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. - *Intervenções psicossociais no transtorno bipolar*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, (2), 91-9. 2004

⁵⁸ RUMMEL-KLUGE, C., et. All. - *Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland*. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-775. 2006

⁵⁹ GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; et. All - *Intervenções Familiares na Esquizofrenia. Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Artigo de Revisão. *Acta Med Port* 2006; 19: 1-8. [Consult. 2011-04-24]. Disponível em [www: < http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf)

⁶⁰ COLOM, F. ; VIETA, E. - *Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 3), 47-50. 2004

intervenções psicoeducativas, mais especificamente em doentes com transtorno bipolar e também em casos de comorbidade com outras patologias psíquicas.

Também no contexto do tratamento da esquizofrenia a psicoeducação aparece como uma das técnicas incluídas no projeto terapêutico que favorece a adesão terapêutica e o *insight* do doente perante a doença. De acordo com Afonso (2010:83) esta técnica “*visa melhorar a compreensão da doença pelos doentes e suas famílias, e desta forma melhorar o seu comportamento e atitude face à esquizofrenia.*”⁶¹

Rogers et al., (1969) apresentaram dois princípios do funcionamento humano que são referidos ainda como atuais por Chalifour(2009) sobre o modo de compreender como se produz a mudança. De acordo com o primeiro princípio, “*O ser Humano tem capacidade lactente, se não manifesta, de se compreender a si mesmo e de resolver os seus problemas de modo a atingir a satisfação e eficácia necessárias a um funcionamento adequado.*”. No segundo princípio, “*A tomada de consciência da sua experiência pessoal deve servir de guia e de critério para o processo de reorganização das suas atitudes e para a condução ulterior da sua vida.*” (Chalifour, 2009:34)⁶²

A aprendizagem aumenta a capacidade de olhar e refletir sobre acontecimentos que por sua vez influencia mudança de comportamentos. Segundo Gonçalves (1998:12) “*Também a reflexão na acção aumenta a capacidade de olhar para os acontecimentos, sobre vários pontos de vista, o nosso e o dos Outros.*”⁶³

A educação para a saúde é um processo interativo e de parceria com responsabilidades, no entanto a psicoeducação vai mais além do que educar pois tem sido considerada como uma abordagem essencial no tratamento e recuperação dos doentes porque as intervenções psicoeducacionais podem ajudar os doentes a aumentar o seu conhecimento sobre a doença

⁶¹ AFONSO, Pedro – *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença.* 1ª Edição, Cascais: Editora Principia, 2010. ISBN:978-8131-63-8.

⁶² CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica – Volume 2. Estratégias de intervenção.* Loures: Lusodidata, 2009, pp.34. ISBN: 978-989-8075-21-5

⁶³ GONÇALVES, Elsa et al – *Formação como Estratégia de Promover a Reflexão na Acção e a Acção Reflectida* – In: *Pensar Enfermagem*, Vol. 1, nº 2, 1º semestre,1998, pp.12.

e o tratamento favorecendo ainda um equilíbrio emocional. O doente vai-se adaptando melhor à sua doença, melhora a adesão ao tratamento e consequentemente à qualidade de vida. Por isso a psicoeducação deve obedecer a um plano prévio e ser adequadamente planeada para dar respostas às necessidades educativas e não se cingir a uma mera informação.

O enfermeiro tem que além de transmitir conhecimentos ligados à saúde, ajudar a criar condições para que os doentes transformem comportamentos num processo dinâmico e contínuo de orientação. Segundo Carvalho (2006:15) “ *O papel do educador é criar condições para que o homem possa desenvolver as suas capacidades*”⁶⁴. Também ainda na perspectiva deste autor e de acordo com Dias (1982) o indivíduo é agente da sua própria educação através de uma interação entre a reflexão e a sua ação, o que implica que ele possa desenvolver a sua capacidade de promoção de saúde e bem-estar, embora também com o favorecimento de boas condições ambientais.

De acordo com Coelho e Palha (2006:15), “*(...)as habilidades sociais ajudam a capacitar as pessoas doentes para retomarem a sua autonomia e manterem relacionamentos interpessoais.*”⁶⁵ Por outro lado esta relação influencia-se mutuamente, pois o contrário também se verifica. As intervenções psicoeducativas devem, antes de tudo, ser ambiciosas para tentarem melhorar o futuro do doente e família, sem que não se verifique grande exposição nem explorar o passado.

Segundo Dias (1997)⁶⁶, a saúde é condicionada pela educação da pessoa. Para que as pessoas tenham mudança de comportamentos, é necessário terem informação e também aprenderem, mas esta aprendizagem só se faz se houver uma interação entre várias dimensões como a informação, reflexão e os aspetos emocionais.

⁶⁴CARVALHO, Amâncio; CARVALHO Graça – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Edições Lusociência, 2006, pp.15. ISBN: 972- 8930-22-4.

⁶⁵ COELHO, Carlos S. M; PALHA, António J. P. - *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-227-0.

⁶⁶ DIAS, J. R. – “*Abertura a uma reflexão sobre as metamorfoses da pedagogia*”. *Revista Portuguesa de Educação*, 2. Lisboa: 1997. pp. 1-7;

A psicoeducação traduz-se assim, num conjunto de abordagens terapêuticas com suporte de encorajamento e reforço positivo de modo a ajudar a pessoa com doença mental e /ou família a encontrar estratégias para resolver os problemas do quotidiano, tendo atenção um futuro reabilitativo e a promoção da saúde.

Orem (1995) apresenta-nos a função ensinar como uma metodologia válida e significativa para o enfermeiro ajudar a pessoa que necessita de formação no que diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos ou em alguma habilidade particular. Verificamos que no modelo de Orem está também expressa uma perspectiva reabilitativa no cuidar, pois ela considera que as pessoas têm potencialidades para aprender e acredita que podem desenvolver-se. A educação para o autocuidado tem que ser assim um processo dinâmico que vai depender da vontade do cliente, da sua própria perceção sobre a sua condição clínica e também da intervenção e empenho do técnico de saúde.

6. METODOLOGIA

Neste trabalho a metodologia que aplicamos foi a *metodologia de projeto*. Esta metodologia embora seja baseada e sustentada por um processo de investigação, é também reflexiva, sistemática e participativa visando a identificação de problemas e a sua resolução através de ações práticas.⁶⁷ É a própria população do projeto que é envolvida como sujeito, o que contribui para conhecer e também poder transformar a própria realidade. “*O trabalho de projecto tem como objectivo central a análise e a resolução de problemas [...] Esta metodologia determina assim as acções a serem adoptadas, neste ou naquele sentido, quando e como devem ser implementadas.*”⁶⁸.

O projeto de intervenção que desenvolvemos centrou-se na resolução de um problema detetado na realidade de uma enfermaria, em relação ao qual nós tivemos a oportunidade de implementar intervenções procurando uma resolução no sentido de produzir mudanças.

De acordo com Ruivo et. al.(2010)⁶⁹ A metodologia de Projeto divide-se em cinco fases que são: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento de intervenções, Execução e Avaliação e Divulgação dos Resultados

6.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Após a nossa observação sobre a dinâmica e o modo como se prestam os cuidados de enfermagem neste serviço assim como a problemática identificada, tentamos estabelecer algumas prioridades de intervenção numa perspetiva reabilitativa e de promover o autocuidado dos doentes envolvendo-os mais na sua própria recuperação.

⁶⁷ LEITE, et. al (2001)

⁶⁸ Revista PERCURSOS nº 15 Jan. - Mar (2010:4)

⁶⁹ Idem Revista PERCURSOS, nº15, Jan. - Mar (2010)

Perante a problemática identificada e tendo em conta os objetivos do serviço que são o tratamento e recuperação de doentes considerados judicialmente “Inimputáveis perigosos”, decidimos utilizar um dos instrumentos de gestão, que foi a análise SWOT, para fazermos a análise de situação e avaliarmos se as condições para a aplicação do projeto eram favoráveis.

A análise SWOT é uma reflexão estratégica e corresponde à identificação por parte de uma organização, e de forma integrada, dos principais aspetos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto a nível interno como externo. Trata-se assim, de uma ferramenta de diagnóstico estratégico que pode ser aplicada a diferentes entidades, como uma empresa, um país, uma pessoa, um sector de atividade, entre outros. (Bicho e Batista, 2006)⁷⁰

Esse tipo de análise foi muito importante para iniciarmos o projeto e principalmente para a programação e implementação de ações estratégicas porque permitiu-nos conhecer fatores favoráveis e desfavoráveis, comparar as capacidades e os recursos internos dos elementos implicados com as ameaças e as oportunidades inerentes ao meio envolvente.

A listagem das forças e fraquezas proporcionou-nos uma abordagem mais real sobre este assunto, tirar maior partido dos pontos positivos existentes que neste caso são bastante sólidos e pensar em estratégias para minorar os pontos fracos com vista à sua atenuação, uma vez que os do ambiente interno podem ser controláveis.⁷¹ Por outro lado conhecendo melhor o ambiente externo, embora este não seja facilmente controlável, é fundamental controlar o fator surpresa conhecendo todas as ameaças e aproveitar as oportunidades que neste caso são bastante significativas.

⁷⁰ BICHO, Leandro; BAPTISTA, Susana – “ *Modelo de Porter e Análise SWOT – Estratégias de Negócio*”, 2006.

Acedido em: <http://prof.santana-e->

[silva.pt/gestao_de_empresendimentos/trabalhos_alunos/word/Modelo%20de%20Porter%20e%20An%C3%A1lise%20SWOT_DOC.pdf](http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresendimentos/trabalhos_alunos/word/Modelo%20de%20Porter%20e%20An%C3%A1lise%20SWOT_DOC.pdf), dia 17/02/2011;

⁷¹ GOLDSCHMIDT, A. - “*Análise SWOT na captação de recursos – avaliação de oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos*”, 2006. Acedido em <http://integracao.fgvsp.br/ano6/06/financiadores.htm> , dia 08/03/2011;

A apresentamos a Análise SWOT efetuada no quadro que se segue.

-----Ambiente Interno-----	
<u>Pontos Fortes</u>	<u>Pontos Fracos</u>
<ul style="list-style-type: none">- A elevada vontade de os doentes terem alta;- Elevado grau de escolaridade dos doentes;- O maior grupo etário de doentes em idade produtiva;- Grande nº de doentes com “<i>medida de flexibilidade</i>” e autorização de licença de férias;- Algum interesse dos enfermeiros em participarem em novos projetos;- Aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Acomodação dos doentes a uma certa inatividade;- Baixa motivação para alteração de rotinas;- Resistência à mudança quer dos doentes quer dos enfermeiros;- Poucos enfermeiros;- Pouco tempo disponível além das rotinas;- Pouco envolvimento da grande maioria dos enfermeiros.
-----Ambiente Externo-----	
<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
<ul style="list-style-type: none">- A oportunidade de mudança devido à mudança de instalações;- O projeto de nova organização de trabalho devido à mudança de instalações da Unidade Forense;- Atuar de acordo com as orientações da OMS, dando prioridade ao processo reabilitativo e á futura reintegração social;- A oportunidade dos enfermeiros darem mais visibilidade ao seu campo de atuação no projeto reabilitativo dos doentes.	<ul style="list-style-type: none">- Constatação da data longínqua de alta para alguns doentes;- Estigmatização da Saúde Mental;- Baixa perspetiva de reabilitação dos doentes inimizáveis;- Elevado grau de perigosidade dos doentes;- Baixa valorização da restante equipa multidisciplinar ao trabalho dos enfermeiros.

Quadro 1- Análise SWOT feita ao serviço mediante a problemática identificada

Depois de conjugar a nossa observação, reflexão e ainda a opinião dos enfermeiros do serviço em entrevistas informais, constatamos que a maior parte dos doentes apresentavam *deficit* de autocuidado e pouco envolvimento no seu processo terapêutico e reabilitativo.

Aproveitamos assim as oportunidades que nos eram apresentadas e decidimos dar consecução ao nosso projeto, valorizando mais os pontos fortes de modo a fazer face às ameaças externas e tentando suprimir os pontos fracos existentes.

6.1.1- Instrumentos de pesquisa

No sentido de fundamentar e validar o diagnóstico procuramos dar resposta à pergunta inicial e consolidar a nossa observação e reflexão com entrevistas informais aos doentes e profissionais. Utilizamos os seguintes instrumentos de diagnóstico: Pesquisa nos processos clínicos e judiciais e aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço.

6.1.1.1- Pesquisa nos processos clínicos e judiciais

Para obtermos um conhecimento mais profundo e uma caracterização completa desta população fizemos uma pesquisa em todos os processos clínicos e judiciais dos doentes e tivemos em atenção os seguintes itens em cada um deles: - Idade; Escolaridade; Profissão e Situação profissional; Tempo de *Medida de Segurança*; Existência de *Medida de Flexibilidade*; Autorização de Férias ou Fins-de-semana; Capacidade de Insight e de Juízo crítico; Alterações do pensamento e da perceção; Alterações do Humor e do Discurso e Alterações do Comportamento.

Apresentamos a caracterização que fizemos de todos os utentes da enfermaria, de acordo com a nossa pesquisa, num quadro em apêndice (*Apêndice II*).

Após esta caracterização dos utentes da enfermaria deparamo-nos com um grupo bastante heterogéneo em vários aspetos, pelo que definimos um grupo destes indivíduos com necessidades de autocuidado e com prioridade de serem atendidas sob ponto de vista reabilitativo.

Assim, definimos **um grupo de 15 elementos** segundo os **seguintes critérios de inclusão:**

- Idade inferior a 65 anos;
- *Medida de Segurança* estar próxima do fim;
- Ter *Medida de Flexibilização*;
- Já ter autorização de fins-de-semana, saídas precárias, já ter tido licença de férias;
- Ter licença para prova;
- Sem atividade alucinatória presente;

-
- Sem alterações do pensamento, que pudessem por em causa o trabalho em grupo;
 - Com um discurso perceptível, coerente e adaptado à realidade;
 - Sem alterações de comportamento ou inquietação psicomotora.

6.1.1.2 - Questionário aos enfermeiros do serviço

Depois de termos identificado um grupo de 15 utentes e com o objetivo de validar a nossa opinião com os colegas, apresentamos um questionário a todos os enfermeiros do serviço no sentido de concluir o nosso diagnóstico de situação. Este questionário é apresentado em apêndice (*Apêndice III*).

Ressalvamos que os questionários apresentados aos colegas continham os nomes dos doentes pré-selecionados, e que por razões éticas estes nomes não são apresentados no documento em apêndice.

Resultados dos questionários:

Nº de enfermeiros – 9;

Nº de questionários respondidos - 8

Pergunta: 1ª – *Mediante o grupo pré-selecionado que apresento, peço que acrescente qual ou quais são as necessidades de autocuidado do doente, que na sua opinião são mais prioritárias para serem atendidas sob o ponto de vista reabilitativo.*

Apresentamos no quadro seguinte as respostas obtidas para esta pergunta, onde aparecem as principais necessidades que foram identificadas pelos enfermeiros para cada utente e o nº de vezes que essas necessidades foram referidas.

Necessidades de autocuidado identificadas nos doentes							
Nº de vezes que foram enumeradas:							
Nº de Dtes	Higiene corporal	Ensino sobre doença	Vestuário	Adesão à medicação	Alimentação	Arrumo unidade	Outras
1	7	1	5	-	-	1	-
2	2	3	2	2	2	-	-
3	1	2	-	-	5	1	-
4	6	2	4	1	-	-	-
5	5	1	3	-	1	-	-
6	2	2	1	1	-	1	-
7	-	3	-	3	-	-	-
8	5	2	5	-	2	-	1
9	-	2	-	-	-	-	1
10	-	2	-	3	-	-	2
11	-	3	-	5	5	-	-
12	5	1	2	-	-	-	-
13	3	2	1	3	1	1	-
14	4	2	2	-	-	1	1
15	3	3	1	3	-	1	-
Total:	43	31	26	21	16	6	5

Quadro 2 - Resultados do questionário. Nº de vezes que os enfermeiros referiram as diferentes necessidades de autocuidado

No gráfico que se segue apresentamos em percentagem, as principais necessidades de autocuidado identificadas pelos enfermeiros em relação ao grupo apresentado e que no seu ponto de vista são prioritárias para serem atendidas sob o ponto de vista reabilitativo.

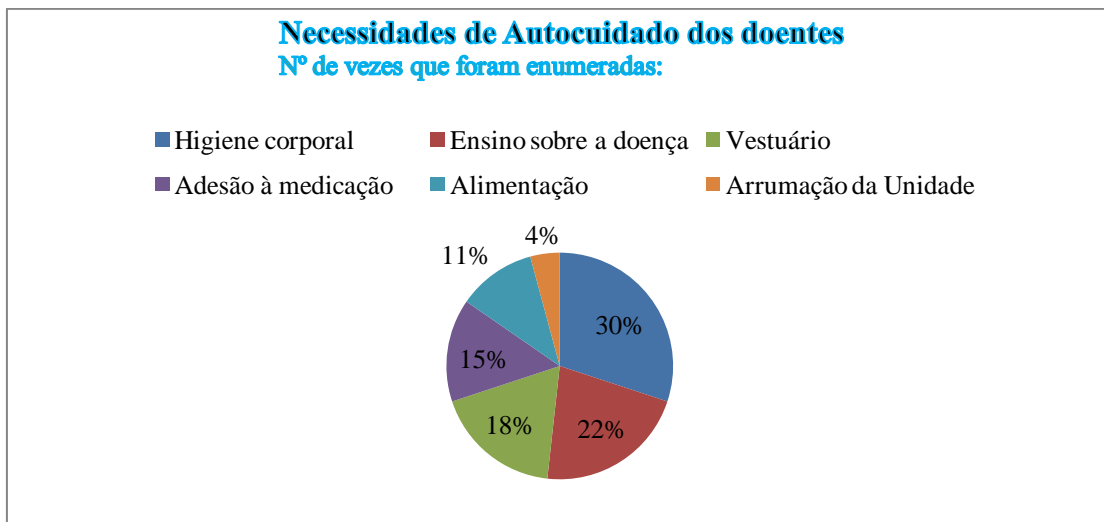


Gráfico 1: As necessidades de autocuidado dos doentes, do grupo pré-definido, identificadas pelos enfermeiros

Pergunta: 2ª) Em relação ao grupo apresentado, peço que assinale com **X** na resposta que lhe parece mais adequada.

- Estou **de acordo** com o grupo pré-selecionado
- Estou em **desacordo** com o grupo pré-selecionado

Resposta: Seis elementos concordantes com o grupo e dois elementos são de opinião que deveria ser só um grupo de doentes com necessidades de ensino sobre higiene e vestuário.

Pergunta: 3) **Outras sugestões**

Resposta: Não deram qualquer sugestão

Conclusão:

A maioria dos enfermeiros respondeu ao questionário e concordou com o grupo pré-selecionado, ficando assim expresso que, as necessidades de autocuidado dos doentes do serviço, que necessitavam ser trabalhadas de modo a contribuir para o seu processo de reabilitação deveriam ser:

- ✓ Ensino sobre higiene e vestuário adequados;
- ✓ Ensino sobre a doença;
- ✓ Adesão terapêutica;
- ✓ Ensino sobre Alimentação.

6.2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Objetivo Geral

- Planear intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica para as necessidades identificadas.

Nesta fase de *Planeamento do PIS*, durante o período de uma semana fizemos pesquisa nas bases de dados científicos pelas plataformas *EBSCOhost* e *b-on* (Biblioteca do Conhecimento Online), em que os termos de pesquisa foram: *autocuidado; ensino sobre o autocuidado; autocuidado em doentes mentais de evolução prolongada; promoção do autocuidado em doentes mentais; reabilitação psicossocial; psicoeducação; intervenções psicoeducativas; psiquiatria forense; cuidados de enfermagem em psiquiatria forense; educação para a saúde.*

Deparamo-nos com vários trabalhos sobre educação para a saúde, autocuidado em pessoas com doença mental e ensino sobre o autocuidado mas principalmente na da área da saúde física e não encontramos trabalhos similares que pudessem servir de base de apoio no planeamento das intervenções às necessidades por nós identificadas. No entanto estes foram-nos úteis a nível de conhecimento de algumas abordagens terapêuticas que se revelaram já eficazes na prestação dos cuidados de enfermagem.

Assim selecionamos, dentro de um leque de possibilidades de intervenção, as estratégias que nos pareceram mais adequadas tendo em conta os objetivos traçados e as limitações com que nos deparamos.

As intervenções foram por nós planeadas em sessões psicoeducativas em grupo levando em consideração os contributos teóricos de diversos autores.

Ascher-Svanum e Krause (1991)⁷² em relação à intervenção psicoeducativa em pessoas com esquizofrenia, salientam que cada uma tem características particulares e uma experiência psicótica única, pelo que este processo deve implicar uma abordagem terapêutica muito cuidadosa e flexível. Acrescentam ainda que as intervenções psicoeducacionais devem ser ajustadas às necessidades que cada pessoa apresenta, tendo em conta o perfil pessoal, social e cultural. No entanto os programas educacionais podem ser realizados em várias sessões englobando várias temáticas, reforçando os aspetos que levam à compreensão da doença como a etiologia, evolução, factores de stress, sinais de recaída, terapêutica e adotar estratégias para comportamentos que promovam a saúde e bem-estar

Segundo Spiegel (2000) a intervenção educacional em grupo, permite que os clientes reflitam sobre os seus medos mas se sintam apoiados pelo grupo e também compreendidos. Facto que tem vantagens em grupos em que as problemáticas são mais similares.

Também Yalom (2008) salienta o quanto é importante o trabalho de grupo, e principalmente pelo reforço positivo, autoconfiança e autonomia, além ainda de melhorar da capacidade de *insight*. “ *Os membros do grupo, por meio do feedback dos outros, da auto-reflexão e da auto-observação, consciencializam-se de aspectos importantes do seu comportamento interpessoal. Seus pontos fortes e suas limitações*”⁷³ (Yalom, 2008: 57)

Foi feita a avaliação do risco, pois o mito da perigosidade que está já ligado a pessoas com doença mental em psiquiatria forense é neste contexto reforçado pelo conhecimento de

⁷² ASCHER-SVANUM, H.; KRAUSE, A. – Psychoeducational Groups for Patients with Schizophrenia. A guide for practioners. Gaithersburg Md. Aspen 1991)

⁷³ YALOM, Irvin D. – *Psicoterapia de Grupo Teoria e Prática*. 5ª Edição. Artmed Editora. SA: São Paulo, 2008

comportamentos agressivos e crimes violentos cometidos por os membros do grupo de utentes. Sendo neste caso a intervenção em grupo mais protetora.

Foi feita uma calendarização das atividades de acordo com os recursos e os meios disponíveis de modo a dar resposta ao diagnóstico de situação elaborado e atingir os resultados pretendidos dentro do tempo previsto para a implementação.

Durante este período, participamos nas reuniões clínicas semanais multidisciplinares, em reuniões comunitárias com os utentes, nas reuniões de enfermagem de passagem de ocorrências. Fomos acompanhando a dinâmica da enfermaria e os cuidados prestados, observando o comportamento dos utentes e a maneira como se relacionavam e também avaliando as alterações psicopatológicas e a previsão de risco.

Após o levantamento dos recursos e atendendo a algumas limitações observadas e sentidas definimos as atividades a desenvolver. Assim ficaram estabelecidas sessões de psicoeducação em grupo para poderem ser implementadas de modo a dar resposta às necessidades (problema) que tinham sido detetadas inicialmente.

Realizamos acompanhamentos e entrevistas terapêuticas individuais, de modo a aferir a disponibilidade dos utentes para aprenderem, a motivação, o interesse, e detetar possíveis alterações psicopatologias ou comportamentais que pudessem interferir negativamente nesta dinâmica.

Redefinimos o grupo de utentes que ficou constituído em 12 porque dos 15 utentes que foram propostos inicialmente para integrar este programa, um teve alta, outro ficou com medidas restritivas na enfermaria e impedido de sair devido problemas comportamentais e não cumprimento de regras impostas e o outro por apresentar alteração do quadro clínico com a presença de sintomatologia positiva, alucinações auditivas e delírios persecutórios.

Devido à falta de salas no serviço que permitissem a privacidade ao grupo e também no sentido de maior proximidade com o exterior, pedimos ao C.A. para utilizar outro pavilhão com um ginásio durante duas horas semanais e por um período de 2 meses, e pedimos

também autorização ao Diretor Clínico para que os utentes o pudessem frequentar na nossa companhia, o que foi concedido.

Fizemos uma reunião com o grupo de utentes onde expusemos o nosso projeto de intervenção, dando relevância ao autocuidado como um meio significativo no processo reabilitativo de cada um e a nossa pretensão para a fase da intervenção deste projeto. Tiramos dúvidas, ouvimos sugestões e procedemos em parceria com o grupo à calendarização destas sessões tendo em vista o dia e as horas mais produtivas para a sua aprendizagem, indo de encontro às disponibilidades deles e sem interferir com as restantes atividades programadas no serviço.

Planeamos executar as sessões psicoeducativas sempre com a presença de um enfermeiro que seria escalado nesse dia de modo a que a equipa de enfermagem pudesse dar continuidade a este projeto.

Estratégia de intervenção planeada:

- Sessões de psicoeducação em grupo durante os dois meses de implementação;
- Grupo fechado de 12 utentes, com tempos marcados e regras definidas;
- Acompanhamento individual;
- Reflexão continuada com *trabalhos de casa* (TPC semanais)

Programação para as oito semanas:

- 2 Reuniões gerais no serviço

Com o objetivo de conhecer e fomentar a relação do grupo, detetar possíveis *deficits* e fazer um levantamento mais pormenorizado sobre os conhecimentos e necessidades mais específicas de formação dos doentes.

- 6 Sessões de psicoeducação no ginásio.

O Programa das Sessões de Psicoeducação foi afixado no serviço e transmitido aos clientes e equipa multidisciplinar e é apresentado no quadro seguinte.

PROGRAMA DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

TEMA GERAL – *O autocuidado numa perspetiva reabilitativa*

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

1ª Sessão – Apresentação. Introdução ao tema, objetivos e regras do grupo

2ª Sessão – Noções gerais de Cuidados de higiene / Adesão às AVD

3ª Sessão – Regras básicas alimentares / Exercício físico / Consumo de substâncias tóxicas

4ª Sessão – Importância da aceitação da doença e Regras institucionais

5ª Sessão – Adesão terapêutica medicamentosa / Compromisso pessoal com o tratamento

6ª Sessão – Resumo das sessões, conclusão e avaliação.

METODOLOGIA: Interativa (método expositivo, interrogativo e ativo)

Utilização de mediadores de expressão e jogos terapêuticos

LOCAL: Sala do Ginásio

PERIODICIDADE: Semanal (às 6ªF)

DATA: 7, 14, 21, 28 de Outubro de 2011 e, 4 e 11 de Novembro de 2011

HORÁRIO: 11 Horas

DURAÇÃO: 50 Minutos

Quadro 3 - Programa das Sessões de Psicoeducação

Preparação prévia:

- Programamos os conteúdos das sessões, no que se refere à informação teórica que deveríamos transmitir em cada sessão e também à dinâmica das sessões;
- Fizemos pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos sobre as temáticas a abordar e conseguir transmitir os conhecimentos de uma maneira clara e perceptível, resumindo ainda os aspetos mais importantes que nós pretendíamos que fossem apreendidos pelos doentes ;
- Elaboramos um *Plano das Sessões de Intervenção* para cada uma das sessões, com os objetivos da sessão e as temáticas, sendo apresentado também à equipa e ao grupo de clientes envolvidos.
- Preocupamo-nos em estar bem preparados sobre os temas no sentido de demonstrar segurança teórica quando das sessões e poder responder a possíveis questionamentos;
- Planeamos jogos terapêuticos que fossem adequados ao grupo;

-
- Providenciamos os recursos materiais necessários;
 - Elaboramos também um *projeto planeamento* para cada sessão, com os objetivos gerais e específicos, conteúdos programáticos, metodologia utilizada e com os tempos previstos, os quais foram entregues previamente aos enfermeiros orientadores.

6.3. EXECUÇÃO DO PROJETO

Executamos as intervenções planeadas efetivando assim mais uma etapa do *Projeto de Intervenção em Serviço* - fase de *Implementação*.

Implementamos todas as reuniões e sessões programadas, seguindo os objetivos previamente definidos, a linha estratégica e a orientação planeada. Fizemos apenas alguns ajustes em termos de aprofundamento das temáticas e variando os tempos de duração das temáticas durante as sessões.

6.3.1 – Reuniões Iniciais de grupo

Apresentamos o resumo da nossa intervenção nas reuniões iniciais, organizado no quadro que se segue.

1ª Reunião de grupo:

- Decorreu no serviço, no gabinete do Diretor Clínico;
- Duração de 30min;
- Participou todo o grupo de 12 utentes;
- Relembramos o programa de intervenção para ser implementado. Explicamos o modo como estavam relacionados os nossos objetivos escolares como alunos da especialidade em enfermagem e também como enfermeiros e profissionais contribuindo para o melhor atendimento no serviço em prol da sua recuperação e reintegração no seu da família e comunidade;
- Houve um espaço onde os utentes apresentaram pequenas dúvidas a que nós respondemos .
- O grupo esteve muito expectante embora atento.
- Convidamos os elementos do grupo a se apresentarem individualmente expondo os seus interesses e expectativas, mas mantiveram-se muito reservados. Cada elemento respondeu mais quando interpelado sem nunca se dirigirem aos colegas do grupo.

2ª Reunião de grupo:

- Decorreu no serviço no gabinete do Diretor Clínico, com a duração de 1 hora;
- Participou todo o grupo de 12 doentes;

- Fizemos novamente uma recapitulação do programa de intervenção para ser implementado;
- Apresentamos uma breve exposição sobre a importância de cada um participar no seu autocuidado, colaborando também no seu tratamento e recuperação.
- Convidamos o grupo a participar num jogo de apresentação, em que cada elemento tinha que apresentar o colega do lado, dizendo resumidamente o que sabia sobre ele, a maneira como se relacionava com ele e ainda referindo apenas um dos aspetos que achava mais positivo do colega e um outro ponto a melhorar.
Fizeram a apresentação e estiveram todos muito concentrados nas pequenas coisas que os colegas diziam sobre si. Sorriam quando elogiados, mas no que se referia a aspetos menos positivos a grande parte dos utentes não quis focar dizendo que não conheciam bem a pessoa. (No entanto salientamos que estas pessoas já estavam juntas na mesma enfermaria há mais de 3 anos, e algumas até dormindo no mesmo quarto).
- Houve um espaço onde foram apresentadas as dúvidas, interesses e expectativas sobre as temáticas a serem apresentadas, ficando registados alguns dos aspetos que gostariam de ver abordados ou não sabiam.
O grupo manteve-se atento mas mais descontraído.
Houve um comprometimento de participação nas sessões seguintes, mas alguns deixaram claro que, caso não gostassem não continuariam.
- Clarificamos a não obrigatoriedade em participar e a permissão de poderem abandonar em qualquer altura o grupo mas avisando e respeitando a continuidade dos restantes. Foram reforçados os objetivos deste projeto e salientadas as vantagens que iriam obter tanto em termos de desenvolvimento pessoal e conhecimentos, como na melhoria da sua situação, pois promover a sua adesão ao autocuidado é um contributo básico para a sua recuperação, promoção da saúde e futura autonomia e integração social.
- Foi distribuído novamente o programa das sessões psicoeducativas.

Quadro 4 - Resumo das reuniões iniciais de grupo

Estas reuniões permitiram-nos conhecer melhor os elementos do grupo e o modo como se relacionavam entre si e permitiram-nos ainda ajustar estratégias relacionais e de comunicação à medida que o grupo se ia desenvolvendo para podermos efetivar todo o processo terapêutico.

Após o decorrer destas reuniões detetamos que o grupo necessitava de um acompanhamento contínuo a fim de aderirem às sessões, assim como para estarem motivados a aprender e obterem resultados positivos com o projeto.

6.3.2 - Sessões de Psicoeducação

O tema geral das sessões era “*O autocuidado numa perspetiva reabilitativa*”.

Antes de cada sessão nós atendemos aos *Planos* que tinham sido elaborados previamente, com o subtema, os objetivos a serem cumpridos e os conteúdos programáticos; Ajustamos

o planeamento das sessões com a distribuição dos tempos de modo a nos podermos organizar melhor como dinamizadores do grupo e terapeutas; Escolhemos os jogos terapêuticos mais adequados no momento de modo a conseguirmos atingir os objetivos; E planeamos os *Trabalho de casa* para cada sessão, de modo a promover o envolvimento contínuo e prolongar a reflexão dos utentes.

Devido a alteração da chefia de enfermagem e também à alteração de horários dos enfermeiros deste serviço não foi possível garantir um enfermeiro nestas sessões como tínhamos planeado inicialmente. Assim a nosso convite e também devido ao parecer da equipa, a Sra. Educadora (elemento com mais disponibilidade de tempo) acompanhou-nos em todas as sessões no Ginásio (o qual fica em local distante da enfermaria), de modo a manter um elo de ligação ao serviço e também como forma de prevenção do risco. O Sr. Enfermeiro Orientador do Serviço para o nosso projeto, também conseguiu estar presente nas sessões.

Dando seguimento a esta etapa de intervenção do projeto, passamos a descrever pormenorizadamente como decorreram as sessões de psicoeducação executadas. Os objetivos traçados, a metodologia utilizada, os recursos, os conteúdos programáticos abordados. Descrevemos como se desenvolveu cada sessão ao nível da dinâmica, da abordagem terapêutica e a forma como o grupo interagiu. Apresentamos também a avaliação intermédia que foi feita em cada sessão.

Assim apresentamos nos quadros que se seguem, o desenvolvimento de cada uma das diferentes sessões efetuadas e logo de seguida a avaliação de cada sessão.

➤ **1ª Sessão** – *Apresentação. Introdução ao tema, objetivos e regras do grupo*

1ª Sessão

Apresentação. Introdução ao tema, objetivos e regras do grupo

Objetivo geral: Transmitir o conceito de autocuidado e sensibilizar para a importância do envolvimento pessoal de cada um no seu processo de reabilitação.

Objetivos específicos:

Que os elementos do grupo sejam capazes de: - Compreender o significado de autocuidado; - Identificar

de uma maneira geral a importância da autonomia; - Refletir sobre as várias áreas do autocuidado suscetíveis de melhoria; Saber como se vai organizar o conjunto destas sessões.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores.

Conteúdo programático:

- *Contextualização do setting deste trabalho;*
- *Apresentação dos objetivos gerais do trabalho;*
- *Apresentação da organização das sessões e regras de funcionamento do grupo;*
- *Apresentação dos objetivos específicos para esta sessão;*
- *Brainstorming sobre noções gerais de autocuidado;*
- *Exposição teórica sobre as várias necessidades de autocuidado;*
- *Resumo da sessão com um jogo de treino de observação;*
- *Pedido de “trabalho de casa”*

Desenvolvimento:

- Foi feita a apresentação com uma breve exposição teórica, lembrando e contextualizando este trabalho numa interligação entre a melhoria dos cuidados e a recuperação dos utentes;
- Foram apresentados os objetivos gerais do trabalho, a organização das sessões;
- Precedeu-se a um espaço de “quebra-gelo” com exercícios de movimentação e respiratórios. Com apresentação dos utentes, tempo de internamento, tempo que falta para perfazer o cumprimento da *Pena*, projetos pessoais e as suas expectativas para estas sessões;
- Foram enumeradas as regras de funcionamento do grupo (grupo fechado, com hora marcada, sem entradas a meio da sessão, falar cada um na sua vez, fomentando a participação e o respeito pelo outro, valorizando as ideias de todos e sem emitir juízo críticos, e pedido de manter em sigilo não em relação aos temas mas sim aos sentimentos dos colegas ...).
- Seguiu-se a apresentação desta sessão e dos objetivos específicos a serem atendidos.
- Houve a participação dos utentes, num *Brainstorming*, que foi feito em papel de cenário, sobre o significado de *autocuidado* para eles, com o objetivo de iniciar a participação, gerar ideias, pensamento e o raciocínio, criatividade e iniciar a discussão em grupo;
- Fizemos uma exposição teórica, de uma forma simples e perceptível por todos, sobre o significado de *autocuidado* e fomos sintetizando as *necessidades de autocuidado mais importantes e escrevendo-as* em papel de cenário, com a ajuda de aportes transmitidos pelos doentes.
- Em seguida fizemos uma apresentação teórica sublinhando a importância da responsabilização do doente pelo seu autocuidado, em prol da sua autonomia, autoimagem, de uma boa recuperação e futura integração comunitária. Isto foi feito de uma forma ativa em que os doentes contribuíssem com as suas opiniões e dúvidas.
- Após a apresentação do resumo da sessão fizemos um “jogo terapêutico”, com o objetivo de promover a autoimagem e que teve continuação como “trabalho para casa”. Consistiu no seguinte:
 - a) *“O grupo subdividia-se em dois e sentava-se frente a frente com o elemento par escolhido.*
 - b) *Depois atendendo ao meu conhecimento das características dos elementos pedimos permissão para trocar os pares.*

-
- c) *De seguida durante um breve momento cada elemento observava o seu par e pensava em relação à autoimagem física ou comportamental do outro, um dos aspetos que poderiam ser melhorados.*
 - d) *Em voz alta eram convidados a dizer, dirigindo-se diretamente ao seu par, a sugestão de melhoramento que tinham pensado.*
 - e) *Pertencia a cada um apenas ouvir a opinião do outro sem comentários.*
 - f) *Sugerimos que cada um durante a semana, fosse relembrando o que foi falado nesta sessão e pensasse na sugestão de melhoria que o seu parceiro lhe deu.”*

Quadro 5 - Desenvolvimento da 1ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 1ª Sessão:

Todos os utentes estiveram presentes. A sessão teve a duração dos 50 Min previstos. Iniciou 10 minutos mais tarde porque esperamos por um dos utentes que disse saber ir sozinho mas confundiu no local.

Estiveram expectantes, entraram tensos, com lentidão no ginásio e sentaram-se rapidamente mas logo de seguida vários pediram para ir ao WC.

Mantiveram-se sempre atentos e ficaram mais sorridentes após o quebra-gelo. Na fase do *Brainstorming* deram a sua opinião rápida oral mas tiveram dificuldade em se levantar e escrever. Só o fizeram alguns mediante o meu incentivo e reforço positivo.

Na parte da exposição teórica estiveram atentos e depois de serem solicitados a participar demonstraram interesse e fizeram algumas perguntas.

No decorrer do jogo terapêutico (alínea d)) verificou-se uma certa relutância em se dirigirem ao seu parceiro. Tivemos que intervir e voltar a explicar que o nosso objetivo não era denegrir a imagem do outro mas ajuda-lo a melhorar, e que cada um iria obter vantagens com a ajuda das opiniões de todos.

Despediram-se com as palavras: “Bom dia”, “Até para a semana” e dois deles disseram “Interessante...”.

➤ **2ª Sessão** – *Noções gerais de Cuidados de higiene / Adesão às AVD:*

2ª Sessão

Noções gerais de Cuidados de higiene / Adesão às AVD

Objetivo geral:

Transmitir informação básica sobre os principais cuidados de higiene e atividades da vida diária, salientando a enorme importância de adesão em prol de um processo reabilitativo individual de cada utente deste grupo, assim como promover a reflexão sobre estas temáticas.

Objetivos específicos:

- Que no final os elementos do grupo sejam capazes de: - Identificar alguns dos cuidados de higiene básicos ao nível da pessoa e do ambiente envolvente; - Expressar a necessidade de frequência dos cuidados de higiene; Conhecer as atividades de vida diárias e refletir sobre a sua participação.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores. Leitor de CDs e CDs.

Conteúdo programático:

- *Exposição teórica sobre higiene pessoal e manutenção de higiene no meio envolvente;*
- *Higiene oral e higiene corporal;*
- *Conceitos fundamentais sobre higiene alimentar*
- *A importância do vestuário limpo e adequado ao conforto físico e psíquico;*
- *As atividades da vida diária como parte integrante do autocuidado;*
- *Valorização da autonomia, da interação em grupo e do reforço positivo ao outro.*

Desenvolvimento:

- Quando o grupo chegou ao ginásio nós já estávamos à espera deles e com música. Escolhemos uma canção que era das mais ouvidas no serviço por aqueles que têm gravador; Pereceu-nos ser do agrado deles a música mas, como as cadeiras já estavam dispostas em circular todos se apressaram a sentar-se.

- Perguntamos se alguém ainda se lembrava do trabalho de casa e prontamente respondeu um utente “*então não se nota?* ” e apontou para a sua roupa. Este elemento tinha sido aconselhado na semana anterior pelo outro elemento seu par, a vestir melhor porque estava de casaco grosso, de calções e chinelos de enfiar no dedo. Neste momento mantinha o mesmo casaco mas estava com calças de fato de treino e ténis.

Outro elemento disse “ *Há é verdade Sra. Enf^m eu comi salada esta semana duas vezes. É verdade enfermeira.* ” E continuou “*a mim o “V” disse-me que tinha que comer mais vegetais que estava a ficar gordo*”.

Depois todos disseram qual era o seu par, qual a sugestão que deram, a que levaram e o que fizeram.

- Um dos utentes tinha-lhe sido dito por outro que não era boa imagem passar a reunião toda de auscultadores nos ouvidos, o que tinha acontecido na sessão anterior. Este disse que pensou sobre o assunto mas que não tinha que o fazer e apresentava-se novamente de auriculares nos ouvidos. Nós sugerimos-lhe que os deixasse em cima da mesa até ao final da sessão mas ele recusou-se a tira-los. Então devolvemos esta questão ao grupo e por

verificarmos que não queriam pronunciar-se pontualmente a este caso, fizemos a pergunta no geral. Enquanto os colegas falavam o utente em questão pediu que passássemos para outro assunto mas nós não deixamos relembrando as regras do grupo e também os objetivos gerais destas sessões, então o doente tirou-os dos ouvidos e fechou-os nas mãos. O grupo expressou a opinião que neste contexto ou quando se estava a falar com alguém não se deveria usar auscultadores. O utente em causa manteve-se calado e com olhar fixo no chão. No final depois de ouvir todas as opiniões, nós dirigimo-nos a ele em tom de brincadeira dizendo “*Eu acho que aqui o Sr. C. também tem a mesma opinião que nós mas está a brincar connosco. Não é?*” Não esperamos a resposta, levantamo-nos e mudamos para uma música mais alegre, no entanto vimos o doente sorrir. Pedimos então para todos se levantarem e propusemos movimentos de pernas ao som a música, depois movimentos de braços. Entretanto verificava-se que o Sr. C. seguia todos os nossos exercícios ao ritmo da música com os auscultadores seguros nas mãos, então pedimos para baterem palmas e sem dizer palavra dirigimo-nos a ele e com gesto pedimos os auscultadores que ele deu logo também sem dizer palavra, os quais colocamos em cima da mesa com todo o cuidado e continuamos com os exercícios dando por encerrado este assunto.

- Ao som de uma música suave fizemos um resumo dos aspetos principais da anterior reunião, introduzimos o tema desta sessão e apresentamos os objetivos, relembrando também as regras do grupo e contextualizando o tema.

-Iniciamos a apresentação deste tema solicitando o parecer do grupo sobre a higiene na enfermaria tanto da higiene pessoal dos utentes em geral como de todo o ambiente. O grupo foi muito participativo e deu pistas que serviram para orientar melhor a nossa apresentação;

- Foi feita a apresentação teórica sobre higiene recorrendo à imaginação (sugerimos ao grupo para cuidar-mos de um *hipotético doente internado no hospital* e recorremos ao desenho em papel cenário, em que com a participação dos doentes nós comunicávamos todos os aportes teóricos essenciais. À medida que ia-mos pedindo sugestões ao grupo como cuidar do “*boneco*” ia-mos desenhando de modo a ser mais fácil a aprendizagem com a imagem mental. Acolhíamos as opiniões e corrigíamos os conceitos quando necessário.

Demos banho ao *boneco*, que representava o *doente imaginário*, começando pelas partes prioritárias, de forma correta, secando bem e hidratando o corpo. Foi dada especial atenção à barba, cabelos, unhas e regiões interdigitais. Vestimo-lo de um modo mais correto possível para ficar confortável e valorizando a sua imagem (houve até um doente que sugeriu as cores da roupa e outro disse “*pôr perfume sim mas não muito porque dá ar de maluco*”.

Pensamos e discutimos a higiene da instituição de modo expressarem o que fazer para toda a área envolvente também ser mantida limpa adequada e higienizada, desde a alimentação, a troca de comida ou tabaco, a troca de objetos pessoais, passando pela unidade do doente até à manutenção das zonas comuns. Falamos sobre o combate às infeções hospitalares, sobre *Gripe A* a pedido dos doentes e também da prevenção de outras doenças.

Respondemos a todas as questões colocadas e foram muitas.

- Debruçámo-nos com especial atenção sobre alguns dos aspetos deficitários que tínhamos observado na enfermaria com maior frequência, procurando que os utentes refletissem e dessem o seu parecer, tais como: o comer a comida do prato do vizinho, o uso do talher e copo do outro; o lavar a cabeça e não tirar bem o champô, o vestir roupa interior suja, o tomar banho e não lavar os pés, não secar bem os dedos dos pés nem cortar as unhas e fazer feridas, não lavar as mãos, cuspir para o chão na enfermaria, urinar no banheiro, entre outras. Comunicamos que tínhamos observado comportamentos incorretos de uma maneira geral, não enumerando nomes e dissemos que é o dever de todos ensinar e ajudar, mas não de uma forma agressiva e sem emitir juízos de valor (já tínhamos presenciado alguns conflitos na enfermaria por um chamar o outro de porco).

- Chamamos a atenção dos utentes para serem eles os principais responsáveis pelo seu autocuidado e também pela responsabilidade por ajudar o que está ao nosso lado.

- Sublinhamos o facto de que “*saber estar com o outro e o ajudar*” é um dos aspetos básicos para viver em sociedade. Foram feitos momentos de reflexão e troca de opiniões sobre este assunto.

- Como já estávamos com o tempo limitado, devido a uma grande intervenção dos utentes e ter que responder a todas as questões colocadas, tivemos que falar mais resumidamente sobre as AVD. Começamos por perguntar o que eram atividades da vida diária e para nossa surpresa, uma expressão tão utilizada (aplicada também nos relatórios enviados para o tribunal) e nenhum destes doentes sabia o seu correto significado. Solicitamos a refletiram sobre o assunto e a expressarem-se mesmo com ideias vagas. Foram então surgindo algumas ideias dispersas. Fizemos depois uma exposição teórica sobre o assunto, resumindo as atividades AVD principais, frisando a importância do grupo em participar e aderir de modo a manter ou adquirir capacidades que lhe permitam uma boa recuperação e futura integração social.

- Demos por terminada a sessão fazendo um resumo muito breve dos aspetos fundamentais a reter e com um “jogo terapêutico”, para avaliar os objetivos específicos da sessão e de modo a fazer uma retrospectiva, em que cada um tinha que estar atento ao nosso sinal e tinha que responder a uma pergunta e dizer uma pequena coisa que aprendeu.

- Como tinham participado muito bem com o trabalho de casa da semana anterior, propusemos a continuação dos TPC e todos aceitaram.

“Trabalho para casa”: Cada elemento do grupo levou uma folha A₄, com uma “*mão*” desenhada como símbolo de compromisso, em que cada dedo correspondia a um especto importante desta sessão, com pode ser visualizado em apêndice (**Apêndice IV**)

Este TPC seria um meio de cada um relembrar e tentar cumprir durante a semana, mas também comprometendo-se a observar o seu par e relembrar-lhe para executar estas ações caso detestasse que o outro não estava a cumprir. Demos um exemplo: “*Por acaso você está presente no WC quando o colega está a tomar banho. Observa o colega e diz-lhe de uma maneira adequada – Olha tens que lavar melhor cabeça, que ainda não está bem.*” Ou “*É pá! Precisas cortar as unhas que já estão a ficar grandes*”.

Quadro 6 - Desenvolvimento da 2ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 2ª sessão:

Todos os doentes estiveram presentes e chegaram na hora combinada. Entraram no ginásio e todos cumprimentaram com mais vivacidade e alguns embalavam-se ao som da música. Sentimos que entraram expectantes e motivados.

O período de tempo no *quebra-gelo* foi mais prolongado porque sentimos que não poderíamos passar sobre as questões levemente, tínhamos que dar resposta às problemáticas que iam surgindo com segurança, demonstrando conhecimento e aperfeiçoando as relações de confiança sem perder o controlo do grupo. Todos os pormenores eram significativos nesta intervenção e era necessário aproveitar para educar e promover a saúde mental.

Assim para conseguirmos executar o plano programado, a sessão prolongou-se a 1 hora e 15 minutos em concordância com o grupo. Todos se mantiveram até ao fim com muito entusiasmo. Senti que estavam todos muito envolvidos e tinham *sede de informação*.

Quanto à metodologia aplicada verificou-se também um aspeto importante, é que a parte do *doente imaginário* deixou o grupo mais à vontade para intervir, porque no início aparentemente estavam a falar de *Outro* e não se sentiam diretamente atingidos.

No que diz respeito ao desenho do *boneco* serviu de fator de descontração, mesmo de riso o que permitiu maior cumplicidade e interação entre o grupo, daí não nos preocuparmos com o rigor de desenho mas sim da mensagem transmitida. Durante a semana que se seguiu um dos elementos do grupo disse-nos na enfermaria “*Sra. Enf^a, depois não se esqueça de guardar aquele desenho que está muito engraçado*” sic. De facto o desenho estava péssimo mas ele foi precursor de uma relação de proximidade e a maneira como foi elaborada com a cumplicidade de todos e em tom brincalhão serviu de mediador nesta relação terapêutica entre nós como grupo.

Os utentes estiveram muito atentos e participativos, demonstraram interesse e colocaram muitas questões às quais fizemos o possível de responder e não houve tempos mortos.

Nas intervenções individuais já se verificou que os restantes elementos do grupo eram valorizados e algumas das intervenções já eram tentativas de resposta aos outros.

Despediram-se com um ar descontraído. Embora já com atraso todos fizeram questão de arrumar a cadeira e despediram-se dizendo “até para a semana”. Um disse “*Gostei muito*” e outro disse “*Oh Dra.! Muito bem não pensei que ia ser interessante*”.

Um dos utentes avisou que não iria estar presente na próxima sessão porque tinha audiência no tribunal.

➤ **3ª Sessão** – *Regras básicas alimentares /Exercício físico/ Consumo de substâncias tóxicas*

3ª Sessão

Regras básicas alimentares /Exercício físico/ Consumo de substâncias tóxicas

Objetivo geral:

Transmitir conceitos gerais sobre a importância de uma alimentação equilibrada e informação básica de regras alimentares. Evidenciar a importância do não consumo de substâncias tóxicas, promovendo um espaço de reflexão sobre estas temáticas em prol de um processo reabilitativo individual.

Objetivos específicos:

- Que no final da sessão os elementos do grupo sejam capazes de: - Identificar de uma maneira simples a necessidade de fazer refeições equilibradas; - Expressar no mínimo duas regras básicas alimentares; - Refletir sobre a sua alimentação e o seu comportamento às refeições; - Saber quais as substâncias tóxicas que foram focadas.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores. Leitor de CDs e DVDs.

Conteúdo programático:

- *A alimentação como fonte de saúde e bem-estar além do prazer;*
- *A importância de uma alimentação saudável e equilibrada;*
- *Exposição teórica sobre a pirâmide alimentar e a roda dos alimentos;*
- *Princípios básicos alimentares para uma alimentação saudável;*
- *Higiene na refeição e comportamentos de segurança;*
- *A importância de exercício físico e combate aos excessos alimentares;*
- *Identificação de substâncias tóxicas mais frequentes e seus efeitos secundários;*
 - *Espaço para dúvidas e reflexão sobre a ingestão de substâncias tóxicas, como álcool, tabaco e outras.*

Desenvolvimento:

- Começamos a sessão com música alegre e ritmada. Como não tínhamos colocado as cadeiras anteriormente ninguém se pôde sentar logo, sendo influenciados a movimentarem-se ao som da música.
- Orientamos um período de *quebra-gelo* com leves exercícios físicos ritmados de modo a seguirem

todos os mesmos tempos em conjunto, de seguida respirações profundas e que terminamos pedindo para todos circularem ao longo da sala sacudindo todos os membros e se cumprimentarem.

- Efetuamos o resumo da sessão anterior recorrendo em primeiro lugar à ajuda do grupo, pedindo para recordarem e fazendo perguntas de modo a relembrem os assuntos abordados. De seguida elaboramos uma síntese com os aspetos mais importantes.

- Pedimos para relembrem o trabalho de casa que levaram, e dizerem se tentaram cumprir ou não.

Um elemento do grupo, dos com mais limitações cognitivas disse apressadamente “ *eu não percebi muito bem o que era para fazer Dra. mas o “O” viu bem que eu lavei os dentes, acho que só me esqueci uma vez.*” Entretanto começaram todos a falar sobre o que fizeram mas sentiram-se se menos à vontade em dizer o que o outro não fez.

Aproveitamos todos os momentos para elogiar e fazer reforço positivo. Foi pedido também que cada um refletisse num aspeto que o parceiro fez de positivo e ao qual ele deu valor e de seguida o dizer dirigindo-se a ele em forma de elogio.

- Foi apresentada a sessão da alimentação fazendo a ligação ao tema em geral, os objetivos específicos e dando continuidade à sessão anterior utilizando novamente o papel de cenário tentando satisfazer o “*hipotético doente – boneco*” no sentido de passar a mensagem que *saúde, bem-estar e um equilíbrio alimentar com exercício físico* andam de mão dadas no caminho da recuperação, da promoção da saúde, e do retorno à comunidade. Foi fomentada também a reflexão no sentido em que o próprio utente deverá ser o primeiro a cuidar de si – promover o autocuidado.

- Os conteúdos teóricos foram expostos mediante a participação de todos e de uma maneira ativa, com questionamentos nos dois sentidos, por um lado nós ia-mos pedindo a participação e lançávamos questões ao grupo. Por outro lado os utentes iam-nos fazendo perguntas às quais nós sentíamos o dever e responsabilidade de consegui responder.

- Foram abordados de uma maneira geral os nutrientes e apresentada a pirâmide alimentar e a roda dos alimentos. Foi distribuída uma folha A₄ com a roda dos alimentos que os utentes guardaram. Foram sublinhados alguns aspetos importantes e que são esquecidos com frequência por todos, como a constituição ideal de uma refeição, a importância de ingerir água de fazer exercício físico e o combate aos excessos alimentares desnecessários.

- Demos informação mais específica sobre normas e cuidados a ter com a alimentação em casos pontuais, como no caso de utentes diabéticos, visto que um utente do grupo é diabético e também existem dois com colesterol elevado e outros dois que têm prescrita dieta de emagrecimento.

- Fizemos uma breve exposição teórica, em termos gerais, sobre os malefícios do consumo de produtos tóxicos como álcool e drogas e do modo como estes influenciam negativamente a doença mental. Sublinhamos possíveis alterações de comportamentos com a ingestão destes produtos. Influenciamos a reflexão sobre os comportamentos desadequados que elementos presentes tiveram e pelos quais eles estão a cumprir pena. Houve espaço de debate e dúvidas.

- O tabaco foi também um tema obrigatório porque a maioria dos utentes são fumadores. Falamos de uma maneira geral sobre os malefícios do tabaco e demos informação de uma consulta de prevenção de tabagismo existente no hospital que poderiam solicitar.

- Após um espaço de dúvidas gerais, fizemos a síntese desta sessão salientando os aspetos importantes a reter.

- Como *Trabalho de Casa*:

- a) Sugerimos que mantivessem a folha da semana anterior de modo a continuarem a reflexão que tinha sido iniciada e poderem melhorar comportamentos. No entanto aumentamos o trabalho pedindo também que estendessem esta observação além do seu parceiro a outros elementos do grupo, aumentando a influência positiva, a interação e a ajuda de todos no sentido de uma melhoria.
- b) Quanto à alimentação pedimos para pensarem sobre os assuntos, aumentarem a ingestão de água e pensarem a quando das refeições se estão a comer “o prato ideal”, tentando não comer em excesso e cumprir a dieta prescrita.
- c) Incluímos também uma reflexão sobre o abuso do tabaco.

Quadro 7- Desenvolvimento da 3ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 3ª Sessão:

Dois dos utentes estavam atrasados porque tinham ido com a educadora ao supermercado fazer compras para uma festa de anos no serviço como pediram para avisar esperamos por eles e assim fomos prolongando o tempo inicial de exercícios de quebra-gelo e dinâmica de grupo.

Estiveram presentes nesta sessão apenas 11 utentes porque um deles teve obrigatoriedade em estar presente no tribunal durante essa manhã, como tinha avisado.

A sessão iniciou-se mais tarde, devido ao atraso justificado, mas teve a duração previamente estabelecida de comum acordo com todo o grupo.

- No exercício de *quebra-gelo*, embora nós não tivéssemos especificado intencionalmente qual o tipo de cumprimento, fomos incentivando o grupo com boa disposição e dizendo “*Vá! ninguém pode ficar sem ser cumprimentado*”. Como esta dinâmica se manteve por mais tempo, verificamos que mesmo os utentes que estavam mais afastados e que nós normalmente não tínhamos detetado qualquer proximidade, deram as mãos mais que uma vez e até trocaram palavras.

- Nota: É de referir que o doente Sr. C. ao qual nos referimos na semana anterior por o facto de estar com os auscultadores, apareceu sem eles nesta sessão e veio sozinho, sendo dos primeiros a chegar. Sem nós fazermos referência a este facto, um outro doente disse logo do início da sessão: “*Olhe hoje o “C”. não trouxe os fones!*”. O Sr. C. não responde, no entanto aproveitamos para o elogiar e mudamos de assunto, dando continuidade à sessão.

- Houve muita participação de todos e notou-se maior descontração na maneira como os elementos intervinham, deram mais exemplos reais e puseram mais questões pessoais e pedidos de

esclarecimento. No momento da avaliação da sessão responderam às questões colocadas corretamente.

O utente que tinha como seu par o outro que faltou comprometeu-se a comunicar-lhe os aspetos importantes que ele reteve nesta sessão e por sua iniciativa também a transmitir-lhe o trabalho de casa. Pediu-nos também mais uma folha da *roda de alimentos* para entregar ao outro.

➤ **4ª Sessão** – *Importância de Aceitação da doença e Regras institucionais*

4ª Sessão:

Importância de Aceitação da doença e Regras institucionais

Objetivo geral:

- Transmitir conceitos básicos sobre a doença mental e sensibilizar para a importância do cumprimento das regras institucionais.
- Promover a reflexão em grupo e Influenciar a capacidade de aceitação da doença por cada elemento, em prol da sua recuperação e futura integração na comunidade.

Objetivos específicos:

Que os elementos do grupo sejam capazes de: - Refletir sobre a importância de reconhecimento da sua doença; - Expressar a necessidade de orientação e apoio no seu percurso reabilitativo; - Valorizar o apoio do grupo de utentes e técnicos na sua própria recuperação; - Identificar pelo menos três das principais regras institucionais que têm a cumprir.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores. Leitor de CDs, CDs e bola

Colaboração de uma Psicóloga do serviço: Dra. Luísa

Conteúdo programático:

- *Resumo da sessão anterior e espaço para exposição das reflexões semanais que levaram com trabalho de casa;*
- *Contextualização da doença mental no setting deste trabalho;*
- *Brainstorming sobre sinais e sintomas de doença mental;*
- *Exposição teórica sobre a doença mental;*
- *Valorização da autonomia, da interação em grupo e do reforço positivo ao outro;*
- *Sensibilização para o cumprimento das regras institucionais e adoção de medidas de segurança do próprio e de terceiros;*
- *Resumo da sessão com um jogo terapêutico (“Em que cada um terá que expressar que é doente mental ou tem uma doença”).*
- *Envio de “trabalho de Casa”*

Desenvolvimento:

- Houve um período de *quebra-gelo* com música dançante. Os utentes foram convidados a dançar

livremente ao ritmo depois de serem feitos pequenos exercícios de aquecimento. Na dança sem lhes ser pedido interagiram uns com os outros de uma forma agradável. Sempre dançando fizemos *comboio*, passamos no meio de uma *ponte humana* que foi criada, alguns entrelaçaram um dos braços e dançaram em conjunto. Terminamos com movimentos respiratórios suaves.

- Fizemos o resumo da sessão anterior, com a ajuda dos doentes sobre as temáticas a reter. Seguiu-se um breve momento onde o grupo falou sobre o *trabalho de casa* em que cada um teve oportunidade de partilhar com o grupo o que fez, como influenciou o seu parceiro a fazer e o que sentiu, assim como também qual a reflexão que fez sobre a sua alimentação e se comeu só unicamente a dieta que tem atribuída.

- Foi introduzido o tema desta sessão com a apresentação dos objetivos e feita a sua contextualização no setting deste trabalho, salientando em termos gerais, que deve existir o reconhecimento da doença para haver uma colaboração eficaz com o tratamento, e que a promoção da saúde só é possível com a colaboração do próprio e a sua participação.

- O conceito de doença mental foi passada em termos de reflexão e com as intervenções que cada elemento ia dizendo, com recurso ao papel de cenário e desenhando novamente o nosso “*boneco*” refletimos todos em conjunto sobre este *hipotético doente* que já estava lavado, vestido, bem alimentado, sem consumir tóxicos prejudiciais à saúde e que até fazia exercício físico mas que estava com **um problema**. Alguns dos doentes acharam muita piada e salientaram “*um grande problema*”. Assim chegamos todos em conjunto à conclusão que se este *hipotético doente* não tomasse consciência que tinha uma doença mental ele poderia voltar novamente a ter comportamentos desajustados e piorar “*voltando à estaca zero*”, citação de um deles.

- Um doente referiu – “*Mas... um doente mental é um anormal*”.

Esta frase foi devolvida ao grupo para reflexão e discussão. O grupo participou na discussão com ideias deferentes. A grande maioria dos utentes não se considerava doente mental, uns diziam que tinham uma doença mental mas não eram doentes mentais, outros diziam que eram doentes mentais mas não tinham uma doença mental, um dizia que não era doente mas estava em tratamento dos nervos. Um disse ter tido um cansaço cerebral e outro disse que acreditava no médico que uma vez lhe comunicou que ele não era doente mental mas tinha uma doença do cérebro. Um último frisou várias vezes que era bipolar mas não era doente mental.

Verificou-se, de uma maneira geral que todos tinham dificuldade em aceitar a sua doença uns por falta de conhecimento, outros por estereótipo e outros por negação.

- Tentamos explicar o conceito de normalidade de uma maneira simples e no sentido em que nós o entendemos como profissionais de saúde. Que não existem pessoas anormais, o que existem são Pessoas e que todas elas têm probabilidade de ficar doentes e com doenças diferentes, mas que no entanto já existem atitudes e comportamentos que podem ser considerados anormais e graves numa sociedade e até punidos, os quais podem ser evitados e prevenidos.

- Apresentamos uma breve exposição teórica sobre o que é a doença mental em termos gerais e perceptíveis, fácies de interiorizar. Falou-se do cérebro como um órgão frágil como os outros órgãos, como o coração p. ex. mas que inclui toda a mente ou seja o *comando central* - doença mental como uma doença da mente, do cérebro e das emoções. Foram também enumeradas alguns dos vários tipos de doença mental. Convidamos aqui também a psicóloga a participar.

- Pedimos ao grupo que cada um dissesse, qual a razão de estar internado neste hospital. A maior parte dos doentes referiram que foi o crime, ou o juiz que mandou e só dois disseram que foi por doença. Após estas respostas abrimos espaço também para a Psicóloga intervir no sentido de confrontar estas respostas (o que já tínhamos combinado previamente). Neste seguimento alguns dos doentes refletiram e depois reformularam as respostas.

De seguida foi feito um *Brainstorming* sobre sinais e sintomas de doença mental, os doentes participaram ativamente. Foram elogiados pelas suas ideias e incentivados a continuar a sua aprendizagem para detetar precocemente possíveis alterações, prevenir as recaídas e também ajudar quem está ao seu lado.

- Passamos entretanto para um momento de reflexão e consciencialização pedindo aos utentes para fazerem uma retrospectiva da sua experiencia como doentes, e partilharem com o grupo, quais os sinais e sintomas de doença mental que já tinham sentido ou ainda sentem.

Este momento começou por ser de silêncio. Como estava a ser evidente a dificuldade em falar, nós olhamos apenas para um deles que ainda mantém períodos de delírios frequentes, e este apressou-se a dizer - “*Eu não senti nada estou cá porque o juiz mandou*”. Nós não respondemos. Dirigimo-nos então a um outro utente que já conhecíamos melhor e dizendo: - “*Então o Sr. V. que até já foi meu doente no serviço de agudos, não quer partilhar connosco a sua experiência?*”. Este começou logo a falar e disse que uma vez pensava que todos nós, técnicos do serviço lhe queriam fazer mal, e que também se lembrava de ouvir vozes. Seguimos então em roda com a mesma pergunta e todos falaram em relação a pensamentos e comportamentos desadequados mas sobretudo referindo-se em tempos já passados (embora alguns deles já nos tivessem falado em entrevista individual que p. ex. por vezes “ouvem vozes”).

É de salientar que quando chegou a vez do utente que disse no início estar a mando do juiz, já não o voltou a referir e disse a rir. - “*As matrículas dos carros falavam comigo na rua e eu ria-me de tudo*”. Respondeu o outro apressadamente, - “*OH pá! Estavas a dizer que não eras doido mas afinal ainda és mais maluco que eu*”.

Terminamos este momento por elogiar esta partilha, relembando a interajuda do grupo e as regras estabelecidas. Sublinhamos que a crítica destrutiva não era bem-vinda e salientamos ainda o quando é importante saber ouvir e respeitar as diferenças do outro. Esta nossa intervenção deu origem a um pedido de desculpa por iniciativa do último doente que se tinha expressado.

- Entretanto apresentamos uma breve exposição teórica sobre vários sintomas da doença mental, onde salientamos também muitos dos comportamentos desadequados e mesmo agressivos e o quanto é

importante a ajuda do Outro porque muitas vezes não há consciência dos atos praticados.

- Fizemos também uma referência às normas do serviço e da instituição e alertamos para o dever de se cumprirmos em prol do respeito, da promoção da saúde, para mantermos os melhores cuidados possíveis e acima de tudo pela sua segurança e pela segurança de todos. Sublinhamos ainda objetivo de recuperação de saúde mental, de obter o direito à sua liberdade e regresso à comunidade de uma forma autónoma.

- Sintetizamos as ideias principais a reter nesta sessão e em forma de pedido que estas continuassem como reflexão durante a semana.

- Em forma de avaliação e reflexão sobre esta temática, terminamos com um jogo terapêutico.

“Jogo terapêutico”:

- *Utilizando uma bola que nós lançávamos diretamente para cada elemento e fazendo uma pergunta, e em que cada um tinha que responder rapidamente e voltar a lançar para nós. As respostas tinham que ser só Sim ou Não e rápidas e agarrando a bola. Nós só passávamos a bola ao seguinte quando tínhamos uma resposta satisfatória.*
- *O objetivo deste jogo era assumirem e expressarem que tinham uma doença mental, que estavam internados para ser tratados que necessitavam de ajuda e tinham o dever de colaborar com o tratamento.*
- *Caso fosse difícil assumir e expressar esta ideia, tinham direito a consequências em termos de sintomatologia e perda de direitos na sociedade.*
- *As perguntas eram curtas e rápidas, dentro do mesmo tema, feitas por outras palavras, por vezes repetidas ou reformuladas. Começava pelas perguntas: - É doente mental? Tem doença mental? Então o que está cá a fazer? Tem uma doença mental? Faz batota com a medicação? Quer ser tratado? Etc., ia variando as perguntas do meio para cada doente mas iniciávamos e terminávamos sempre com as mesmas perguntas que tínhamos começado.*

Demos por encerrada a sessão com “Trabalho de Casa” entregando uma folha A4, com o tema para poderem refletir durante a semana seguinte: ”Reflexão sobre a importância da aceitação da doença mental” e uma pergunta à qual tinham que responder, que era a seguinte: “- O que significa, para mim estar aqui doente?”

Quadro 8 - Desenvolvimento da 4ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 4ª Sessão:

Estiveram presentes 11 utentes porque um deles foi de fim-de-semana mas avisou previamente e expressou que tinha pena de não poder estar presente.

A sessão começou mais tarde 10 minutos por razões técnicas (não se encontrava a chave do pavilhão) e decorreu durante 1 hora. Prolongou-se no tempo previsto para as reflexões,

quando foi no momento de falarem sobre a sintomatologia que sentiram e também no jogo com a bola. No entanto mantiveram-se sempre com a atenção captável e demonstraram interesse.

No início da sessão entraram todos bem-dispostos e mais conservadores e expressaram curiosidade. Enquanto esperávamos à porta pela chave iam perguntando com expectativa o que íamos fazer hoje, mas no entanto a maioria sabia bem qual era o tema da sessão. Também houve três dos utentes em momentos diferentes que avisaram que o tal utente não estaria presente por ir de fim-de-semana.

Quanto ao resultado do trabalho de casa que tinham levado, todos tinham a folha guardada e referiram alguns aspetos para comprovarem que pensaram sobre os assuntos. Um deles referiu: – *“Eu nunca tinha reparado no prato mas agora vejo que estou gordo e é de comer bem. Os do meu lado também comem pouco e eu aproveito...?”*

Verificamos que o grupo ainda sentia dificuldade em assumir a sua condição de doente, mas demonstraram muito interesse em adquirirem conhecimentos. Interromperam e fizeram perguntas quando dos momentos de exposição teórica. Conseguiram assumir que já tinham apresentado sintomatologia de doença mental e expressar sentimentos. Interagiram uns com os outros e conseguiram refletir.

Demonstraram interesse até ao fim mesmo notando-se que este não era para eles um tema agradável. Os momentos de boa disposição ajudaram e prolongou-se o tempo desta sessão sem se notar que algum tivesse pressa em acabar.

Foi muito interessante quando no fim do jogo da bola terminamos dizendo *“muito obrigado pela vossa participação”* e *“agora já podem ir almoçar”*, todos os elementos do grupo levantaram-se e bateram palmas, sem nós nos apercebermos quem tinha começado. Ficamos emocionados... isto para nós foi uma surpresa que nos apanhou desprevenidos. De seguida a psicóloga e a educadora disseram logo *muito bem*.

➤ **5ª Sessão** – *Adesão terapêutica medicamentosa / Compromisso pessoal com o tratamento*

5ª Sessão

Adesão terapêutica medicamentosa / Compromisso pessoal com o tratamento

Objetivo geral:

- Transmitir informação geral sobre a doença mental (como uma doença que pode ser crónica), e sensibilizar para a importância de adesão à terapêutica medicamentosa.

- Promover a reflexão em grupo sobre a necessidade de aderir a todos os tratamentos.

Objetivos específicos:

Que nesta sessão os elementos do grupo sejam capazes de:

- Refletir sobre a importância de reconhecimento da sua doença; - Reconhecer a doença mental como uma possível doença crónica; - Expor as suas dúvidas sentimentos e receios; - Expressar a necessidade de orientação e apoio dos técnicos no seu percurso reabilitativo.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores. Leitor de CDs, CDs. Bola

Conteúdo programático:

- *Contextualização da doença mental no setting deste trabalho e na U. Forense.*
- *Resumo da sessão anterior e espaço para exposição das reflexões semanais que levaram como trabalho de casa (“o que significa estar aqui doente?”);*
- *Exposição teórica sobre a doença mental e sua desmistificação como mais uma das doenças do organismo, que pode ser doença crónica mas controlável.*
- *Sensibilização para e a importância de aderir a todo o tratamento e o cumprimento de regras na toma da terapêutica medicamentosa realçando as suas vantagens.*
- *Espaço de reflexão sobre sinais e sintomas de doença mental, dúvidas sobre efeitos secundários da medicação e consequências da não adesão à terapêutica medicamentosa.*
- *Valorização da autonomia, da interação em grupo e do reforço positivo ao outro;*
- *Síntese da sessão e um “jogo terapêutico” (identificação de consequências)*

Desenvolvimento:

- Iniciamos um *Quebra-gelo* com música e que permitiu que o grupo dançasse com entusiasmo. Fizemos também exercícios respiratórios com vocalização, em que começávamos por aumentar o tom da voz o alto que podíamos, utilizando o “A” e depois íamos dizendo esta vogal várias vezes diminuindo o som, o que os utentes tentavam repetir todos simultaneamente com o mesmo ritmo até fazer silêncio e respiração profunda.

- Começamos a exposição teórica fazendo uma síntese de todas as sessões anteriores, pelo que recorremos aos papéis de cenário já elaborados de modo a facilitar a memória. Enquanto ia-mos falando fazíamos perguntas e esperava-mos que fossem também os doentes a recordar e completassem as ideias.

- Depois da nossa exposição teórica apresentada em pé, afixemos junto aos desenhos expostos, mais um novo desenho previamente elaborado (um pouco mais perfeito, em resposta aos que brincavam). Apresentamos este desenho, em tom de brincadeira, dizendo que nos tínhamos esforçado muito, numa tentativa de ser a representação de todos os elementos do grupo, e sentamo-nos deixando espaço para observarem e refletirem. Num primeiro momento todos riram e fizeram rápidos comentários também em tom de brincadeira, mas quando nos sentamos fez-se silêncio total. Pensamos que, estavam a refletir sobre eles próprios e sobre a sua situação e não tiveram alternativa de evitar.

Depois um elemento quebrou o silêncio e disse “ *Vá lá que até estamos todos aprumadinhos!*” E outro

respondeu – “*Mas és doido pá...*”. E outro ainda muito pensativo disse – “*Há! Agora percebi aquele olho é do tribunal.*” Com esta frase introduzimos a contextualização da *Doença mental* no setting do serviço de psiquiatria forense, dando ênfase a que esta é também uma hipótese que os utentes têm de se tratarem no hospital e promover o seu autocuidado para regressar à comunidade e não voltar a ter recaídas.

- Pedimos o trabalho de casa. Todos tinham a folha e estava preenchida. (Houve alguns que no dia anterior ainda não tinham feito e estavam preocupados a perguntar se tinham que encher a folha). Então recebemos as folhas e pedimos autorização para ler as respostas em voz alta sem identificar quem o fez. Lê-mos todas as respostas e no final, sem comentários sobre o que estava escrito, só demos os parabéns e elogiamos o trabalho, transmitindo reforço positivo para continuarem com esta reflexão.

Pedimos autorização aos elementos para podermos juntar estas folhas dos trabalhos de casa ao processo clínico de cada um. É de ressaltar que aqui, aconteceu um assunto interessante, um dos elementos disse: “*Eu não me importo Dra. mas é que não me avisou e à minha folha falta-lhe um bocado. Então explique que não foi de propósito é que eu queria dar um nº de telefone ao “L” e precisei de um bocado. Só tinha essa no bolso. Está bem? Se não, não fica bem.*” A psicóloga adiantou-se a responder que não havia problema e que ela própria iria comunicar á equipa. Assim ficou combinado.

- Fizemos novamente um pequeno resumo teórico sobre *doença mental*, em que recordamos tudo o que foi dito mas incidimos mais no sentido da desmistificação da doença mental. Descrevemos em termos gerais várias das doenças mentais mas debruçamo-nos na *esquizofrenia*, sua sintomatologia variada, falando também da alteração de comportamentos que podem pôr em risco o próprio e terceiros. Esta informação foi transmitida com o diálogo entre todos e também através de respostas às perguntas que iam colocando. Tentamos no entanto transmitir uma mensagem positiva e otimista, equiparando esta doença a outras como a do coração por exemplo, que também é uma doença crónica, em que as pessoas podem ser autónomas e independentes e viver bem em sociedade mas, que no entanto é obrigatório terem acompanhamento, seguirem os tratamentos e tomarem a medicação prescrita.

- Referenciamos pequenos sinais e sintomas, que podem ser o início de uma recaída e para os quais o grupo deve estar alerta. Chamamos a atenção para a importância de falarem com os técnicos porque há aspetos que só *eles os sentem* e nós por vezes só os detetamos mais tarde. Reforçamos também a ideia do quanto é importante a promoção do autocuidado, assim como a interação e a ajuda ao outro, pois é por vezes quem está ao lado que deteta que o outro não está bem e deve comunicar aos técnicos ou convence-lo a comunicar não só em prol da saúde do outro mas também da segurança e bem-estar de todos.

- Seguiu-se um espaço para expressarem as suas ideias e sentimentos. Alguns falaram sobre eles próprios e outros falaram que já detetaram que colegas não estavam bem. Colocaram várias questões às quais procuramos responder, não nos esquecendo do reforço positivo.

- Fizemos síntese final com os aspetos mais importantes a reter e sublinhamos o facto de ser de grande importância a adesão a todos os tratamentos e à medicação. Apelamos à responsabilização individual,

como um dos aspetos que ajuda a que os outros acreditem em nós, como nesta enfermaria é o caso do tribunal que quer ter a certeza que não há risco de cometerem mais “erros”.

- Concluímos com três recomendações importantes que dissemos ser obrigatório reter: a) que não devem alterar a medicação ou abandonar por autorrecriação ou por opinião dos colegas; b) mesmo quando acham que não se sentem bem devem comunicar e seguir a opinião dos técnicos; c) Não esquecer que a esquizofrenia, assim como outras doenças, é uma doença crónica e que mesmo estando aparentemente bem e sem nenhum sintoma muitas vezes é necessário tomar medicação e ter sempre acompanhamento dos técnicos.

- Terminamos com um “*jogo terapêutico*”:

- *Utilizando também uma bola, que nós lançávamos diretamente para cada elemento, pedíamos a cada um, que antes de nos retornar a bola expressa-se o que tinha aprendido e sentia, porque era importante seguir a terapêutica e quais as consequências se a não tomasse, e pedíamos que repetissem as três últimas recomendações que tínhamos acabado de fazer.*

Encerramos a sessão com a entrega de mais um pedido de “*Trabalho de Casa*” em que o tema para refletir durante a semana que se seguia era toda a matéria exposta nesta sessão e entregamos também outra folha A₄, com a pretensão também de um comprometimento de cada um, em que tinham que responder à seguinte questão:

- *O que eu, doente mental internado na [REDACTED], penso fazer, de modo a contribuir para a minha recuperação?*

Quadro 9 - Desenvolvimento da 5ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 5ª Sessão

Nesta sessão entramos todos juntos para o ginásio e os utentes apressaram-se a colocar as cadeiras em círculo como de costume mas só três deles se sentaram, os restantes ficaram em pé e pedir música.

De uma maneira geral todos os elementos do grupo apresentavam um fâcies mais sorridente e menos tenso e dialogavam mais uns com os outros

Estiveram presentes, todos os utentes e participaram ativamente demonstrando interesse e entusiasmo.

Em resposta ao *Trabalho de Casa* que tinham levado na semana anterior, em que se propunha uma reflexão valorizando a importância de aceitação da doença mental,

sublinhamos um excerto, de uma das frases de cada resposta dos elementos do grupo à pergunta (- *“O que significa para mim estar aqui doente?”*) que são as seguintes:

- *“Significa ter a alma e o espírito preso, estou aqui com remorsos”;*
- *”... tratar o meu problema mental”;*
- *“... é para tratarmos o nosso problema mental pelo crime e sairmos daqui como uns homens”;*
- *“... antes tinha mais regalias e aqui tenho menos”;*
- *“... agora sinto que já estou a ficar bom, tenho saudades da liberdade e do meu trabalho”;*
- *“Significa dar mais continuação à minha saúde”;*
- *“... estou a ser medicado segundo as regras e normas;*
- *“... eu acho que é para fazer tempo e a medicar”;*
- *“Significa castigo, mas tenho que me tratar”;*
- *“Não gosto de estar no hospital mas em contrapartida acho que a Sra. enfermeira tem feito um trabalho excelente e eu aprendo”;*
- *“... não me sinto doente, mas já dei provas que estou a melhorar.”;*
- *“Frustração”.*

É importante referir que mesmo os elementos que mais dificuldades tinham em aceitar a doença mental não se recusaram a fazer o trabalho de casa e só um disse não ser doente.

Durante a sessão notou-se maior interação entre os elementos do grupo e maior atenção e respeito pelo que o outro dizia.

Também aceitaram muito bem o trabalho enviado para casa nesta sessão, pareciam já estar à espera.

Demos por terminada a sessão já com atraso mas os utentes só saíram 10 minutos depois, porque alguns ainda vieram fazer perguntas e os outros mostravam interesse também na resposta que era dada ao outro. Procuramos responder e prometemos também podermos tirar mais dúvidas na sessão seguinte e também na enfermaria ao longo da semana.

Nesta sessão também estive a psicóloga em resposta ao seu pedido porque disse ter gostado muito da anterior. No final desta sessão pediu também para assistir à próxima dizendo que ia fazer o possível para alterar as consultas que tinha nesse dia.

➤ **6ª Sessão** - *Resumo das sessões, conclusão e avaliação.*

6ª Sessão

Resumo das sessões, conclusão e avaliação

Objetivo geral:

- Sublinhar a importância do autocuidado como um aspeto fundamental no processo de tratamento, recuperação e futura integração deste grupo na comunidade, salientando os aspetos mais importantes das sessões a reter e a refletir;
- Obter a avaliação destas sessões por parte do grupo dos utentes.

Objetivos específicos: Que nesta sessão os elementos do grupo sejam capazes de:

- Refletir sobre a importância de reconhecimento da sua doença mental, e valorizar adesão ao tratamento;
- Expressar de forma oral e escrita a sua opinião sobre estas sessões quanto à forma como decorreram e aprendizagens obtidas ou reflexões proporcionadas.

Metodologia: Método expositivo, método interrogativo e ativo.

Recursos: Papel de cenário e marcadores.

Conteúdo programático:

- *Resumo das temáticas abordadas nas sessões anteriores, salientando os pontos mais importantes para recordar e refletir.*
- *Espaço para que o grupo possa expor os seus sentimentos e dúvidas ainda presentes, expressando a necessidade de orientação e apoio dos técnicos de saúde no seu percurso reabilitativo;*
- *Espaço para exposição das reflexões semanais que levaram como trabalho de casa (“Reflexão e comprometimento. O que eu doente mental internado na [REDACTED], penso fazer, de modo a contribuir para a minha recuperação?”);*
- *Obter a opinião oral do grupo sobre como decorreram estas sessões, aprendizagens obtidas ou reflexões proporcionadas;*
- *Discurso de encerramento das sessões com agradecimentos, reforço positivo valorização da autonomia, interação de grupo e da responsabilização de cada.*
- *Solicitação ao grupo para resposta de um questionário de avaliação.*

Desenvolvimento:

No início de sessão surgiu-nos com um pequeno problema, a sala grande do ginásio tinha sido ocupada por uma reunião de emergência e nós tivemos que reunir numa sala ao lado mais pequena.

Quando estávamos à procura de tomadas para ligar o leitor de CDs, deparamo-nos que não havia nenhuma. Sugerimos então, como quebra-gelo, que podíamos cantar e eles aceitaram o desafio. Os doentes escolheram as canções que cantamos todos juntos e que começavam com as seguintes letras: 1ª- “Não, não sou o único a olhar o céu...” e “; 2ª – “São os loucos de Lisboa que nos fazem levitar, a terra vira ao contrário e os rios correm para o mar...”

Cantamos e depois pedimos a quem escolheu as músicas que nos falassem porque fizeram estas

escolhas, como se sentiram, e perguntamos ao grupo se eles partilhavam a mesma opinião. Registamos, de entre outras, uma resposta onde um deles disse que com estas músicas ele sentia que não estava sozinho porque também havia no mundo muitas pessoas com problemas (no entanto a este elemento já tínhamos ouvido dizer varias vezes na enfermaria que ele não era doente).

Apresentamos um grande resumo geral desde o início das sessões, sublinhando os aspetos principais em cada uma, com recurso às imagens efetuadas e à colaboração de todos que iam dizendo o que lembravam e também respondendo a perguntas. Houve espaço de reflexão e dúvidas que foi bastante interativo. Reforçamos a importância do autocuidado como um dos contributos básicos para a progressão do processo reabilitativo de cada um, futura integração comunitária e melhoria em saúde e bem-estar geral.

Solicitamos que nos entregassem o *trabalho de casa* com a resposta à pergunta (*O que eu, doente mental internado, penso fazer, de modo a contribuir para a minha recuperação?*), e seguindo a mesma metodologia que no anterior, lemos as respostas sem as identificar. Depois de um momento de silêncio perguntamos se alguém queria partilhar o que tinha refletido ou fazer algum comentário e a ideia mais comentada pela maioria foi a necessidade de tentar fazer o que tinham aprendido.

- Recorremos ao papel de cenário e pedimos novamente aos doentes (com tinham feito no inicio da 1ª sessão) para eles se expressarem sobre o autocuidado e ao contrário da 1ª sessão em que só tinham escrito poucas palavras no canto esquerdo, agora fizeram questão de preencher o espaço.

- Efetuamos uma pequena síntese final deste projeto valorizando a autonomia, o autocuidado, as relações interpessoais e o respeito pelo outro. Sublinhamos o empenho de todos na concretização deste projeto.

- Pedimos ao grupo para que avaliassem estas sessões em dois momentos. Primeiro fazendo uma avaliação oral, expressando a sua opinião e depois responderam por escrito a um questionário que apresentei.

- Encerramos as sessões com agradecimento e reforço positivo ao grupo, elogiando a forma como todos estiveram e colaboraram.

Quadro 10 - Desenvolvimento da 6ª sessão de Psicoeducação

Avaliação da 6ª Sessão

A sessão teve a duração de 60 Min com e os utentes participaram ativamente e com muito entusiasmo. Também se notou uma enorme cumplicidade e interação entre eles.

Faltou um utente que tinha ido de fim-de-semana, que respondeu ao questionário posteriormente, e que demonstrou que teve muita pena de ter faltado. Quando da resposta ao questionário ainda nos perguntou o que ensinamos de novo, pelo que nos sentimos obrigados de lhe fazer o resumo. Também entregou o trabalho de casa que tinha dobrado no bolso, pedindo desculpar por não o ter enviado por um colega.

Ao apresentarmos o resumo de todas as sessões verificou-se uma enorme participação de todos os elementos do grupo, havendo momentos em que, assim que passávamos à sessão seguinte eles começavam logo a falar. Todos queriam falar e pelo que houve necessidade de ordenar as intervenções.

Notou-se que todos fizeram o *trabalho de casa* com agrado e ninguém se esqueceu de trazer a folha para entregar.

Apresentamos de seguida as frases que achamos mais significativas de cada uma das respostas à perguntado TPC (O *que eu, doente mental internado na* [REDACTED] *penso fazer, de modo a contribuir para a minha recuperação?*), que são as seguintes:

- “... tomar os medicamentos”;
- “... portar-me bem”
- “... tomar sempre os medicamentos, seguir os conselhos dos médicos e enfermeiros, e falar com a assistente social se for preciso”;
- “... tomar medicação e ter bom comportamento”;
- “... tomar continuamente a minha medicação e participar na inserção social”;
- “...contribuir a trabalhar e fazer o que é certo”;
- “... contribuir para a minha recuperação em conjunto com os colegas”;
- “... fazer a terapêutica conforme medicarem”;
- “... tomar a medicação e dar-me bem com os outros”;
- “Tomar a medicação assumir a doença e seguir a roda dos alimentos”;
- Não me sinto doente mas vou fazer o tratamento”;
- “... cumprir com a medicação, descompensar é a ultima coisa que eu quero”.

É de referir que estas folhas com as respostas à pergunta ficaram nos respetivos processos clínicos, com a autorização de todos os elementos do grupo, como uma forma escrita de comprometimento com eles próprios e a equipa e com um objetivo de continuidade.

Quando se pediu a cada utente para colocarem a sua opinião no papel de parede sobre a sua noção de autocuidado, todos colaboraram por iniciativa própria, não apresentando nenhuma relutância em se levantarem e, ao contrário da 1ª sessão em que só alguns tinham escrito poucas palavras no canto esquerdo, agora todos fizeram questão de preencher o espaço do papel de cenário. A Imagem do 2º Brainstorming sobre o autocuidado é apresentada em anexo (**Anexo - I**)

6.4. - AVALIAÇÃO DO PROJETO

Após termos terminado a execução das atividades propostas procedemos à avaliação da intervenção de todo o projeto. Vários autores referem o facto de a fase de avaliação do projeto ser de grande importância. A avaliação é um processo dinâmico e contínuo e que implica a capacidade de análise e reflexão⁷⁴. De facto nós sentimos e pudemos comprovar que a avaliação tem que estar sempre presente, pois é na avaliação intermédia onde o enfermeiro tem que ter capacidade para a gestão e resolução de problemas.

O processo de avaliação de um trabalho deixa-nos sempre em frente a um dilema, como aconteceu aqui, devido ao tempo de intervenção ser muito curto, os resultados não são facilmente visíveis. Neste caso os resultados estão muito ligados à adesão dos utentes a este projeto, ao interesse em participar e à relação interpessoal que se estabeleceu entre o grupo. O mais importante não foi a quantidade de informação que tentamos transmitir mas sim a maneira como transmitimos essa informação e o ambiente terapêutico em que foi transmitida.

Ao longo da implementação, tivemos necessidade de fazer uma avaliação contínua e ir reajustando os conteúdos e a intervenção relacional de modo a introduzir mudanças e moldando as nossas atitudes à solicitação e estágio em que se encontravam os doentes. A utilização de vários mediadores foi muito importante como meio de avaliação.

Neste caso a psicoeducação teve uma continuidade para além das sessões, através da reflexão com os trabalhos de casa e também o acompanhamento que nós íamos fazendo na enfermaria.

Este trabalho foi sempre acompanhado por outros técnicos, os quais podem corroborar com a nossa exposição. Estiveram presentes o Enfermeiro Orientador (também enfermeiro chefe até à fase da intervenção), a Educadora e algumas vezes uma Psicóloga, os quais deram feedback positivo no final das sessões.

⁷⁴ Castro, et.al. (1993)

Por mudanças de chefia e de organização do serviço, em que passou a estar apenas um enfermeiro escalado, não foi possível contar com a presença deles nestas sessões. Os enfermeiros foram convidados para estarem presentes ou participarem com algum contributo que achassem fundamental em dias de folga, mas só dois aceitaram. No entanto não puderam estar presentes, um por alteração de escala e outro por razões pessoais. Também houve substituição do psiquiatra assistente do serviço já no início do período da implementação do projeto o que inviabilizou a presença destes nas sessões embora tivessem expressado vontade em participar.

Em todas as reuniões multidisciplinares semanais, nas quais nós estivemos sempre presentes, foi referenciado o nosso trabalho, ou por perguntas umas de curiosidade e outras de apoio, ou porque os utentes foram falar dos temas e reflexões em consultas médicas e com outros técnicos, e também porque era referenciado que alguns dos utentes falavam entre si nos corredores sobre os temas e sobre o *trabalho de casa*, e ainda porque nas reuniões comunitárias os utentes falavam sobre a nossa maneira de atuar de um forma positiva, sobre o que aprendiam e que não sentiam passar o tempo.

Também utentes do serviço não pertencentes a este grupo vieram-nos expressar a vontade de participar e procurar as razões porque não foram incluídos.

Pensamos ter atingido todos os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Conseguimos manter o grupo até ao fim e garantindo o interesse constante de todos, promover a coesão de grupo com momentos bem-dispostos, transmitindo informação e esperança. Sem dúvida que o grupo ficou sensibilizado e conseguiu refletir sobre a importância do seu autocuidado.

De modo a validar este processo avaliativo do projeto que foi implementado, além dos comentários que nos iam fazendo continuamente tanto os utentes como os técnicos de saúde assim como a avaliação final das sessões e a avaliação oral dos utentes aplicamos ainda dois questionários avaliativos, sendo um deles aplicado ao grupo de utentes participantes e outro ao grupo de enfermeiros.

Instrumentos de avaliação:

a. Avaliação final das sessões

Muitos dos aspetos avaliativos foram feitos na fase do desenvolvimento da intervenção e já foram abordados estando descritos nas respetivas avaliações parciais.

Cumprimos na íntegra o plano que traçamos, tanto em termos de tempos assim como nos conteúdos transmitidos.

b. Avaliação oral dos utentes em relação a este projeto

No final das sessões foi dado um tempo para cada elemento do grupo expressar oralmente sobre o que achou ou sentiu em relação a este projeto. De uma maneira geral, todos disseram terem gostado muito de estar nas sessões e que valeu a pena, sentiram-se bem, divertiram-se e aprenderam.

Apresentamos no quadro seguinte algumas das frases de cada uma das respostas que foram referidas por cada um dos utentes quando expressaram oralmente as suas opiniões, as quais tomamos nota na última sessão.

- *“Gostei muito de cá estar e tenho pena de não continuar... Foi muito interessante... não pensei que fosse assim...”;*
- *“ Eu também pensei que isto era doutra maneira... mas a Sra. ensina bem ”*
- *“ Eu gostei de tudo mas só acho que para a próxima a Sra. faça as reuniões no serviço porque isto é longe... e quando vier a chuva a gente molha-se ”*
- *“Acho que sintetizou muito bem todos os pontos ... eu já sabia tudo mas houve coisas que eu aprendi. Está de parabéns”*
- *“ Sim senhora a Sra. fez uma coisa muito bem-feita ... eu gostei e aprendi muita coisa que não sabia. O seu chefe devia cá vir ver e dar-lhe boa nota.*
- *“ Eu gostei... a Dra. é boa professora... quando vamos fazer mais, não é? ”*
- *“ gostei muito mas eu acho que ainda temos que conversar mais, ... porque eu sou bipolar mas eu acho que não sou doente mental... ”*
- *“... vou fazer as coisas bem... e tomar a medicação ... gostei. Valeu a pena vir. ”*
- *“ Eu gostei de cá estar. Eu sei que tenho que fazer a medicação ...Mas Dra., será que eu vou ter que fazer sempre as injeções? ”*
- *“ Gostei de tudo e não tenho mais nada a dizer. Tenho que fazer os comprimidos e as regras senão fico cá para toda a vida”. A Sra. como professora tem a avaliação máxima... ”*
- *“E eu dava-lhe excelente. A Sra. porque é que não foi para médica ou para juiz? Eu gostei ... agora já percebi isso do autocuidado e vou tomar os comprimidos. A Sra. podia ir lá para ao pé de nós”.*
- *Por último, o doente que não esteve presente na sessão respondeu no bar na semana seguinte. “ Já sei que correu tudo bem...disseram-se que foi muito giro. Eu gostei de tudo para próxima quero estar sempre. Há! Depois não se esqueça de pedir para me abrirem o banheiro à tarde porque eu às vezes fico transpirado.”*

Quadro 11 - Excertos das opiniões avaliativas do grupo expressas oralmente

c. Questionário aplicado aos utentes

No final da última sessão aplicamos um questionário a cada elemento do grupo, com oito perguntas para serem respondidas só com “Sim” ou “Não”. E um espaço para poderem escrever os “Aspetos Positivos”, “Aspetos Negativos” e ainda “Sugestões”.

As perguntas eram as seguintes:

- 1- Os conteúdos abordados foram de encontro às suas necessidades sentidas?
- 2 - Estas sessões permitiram-lhe refletir sobre as temáticas apresentadas?
- 3- Participar nestas sessões trouxe-lhe vantagem em termos de conhecimentos
- 4 - Foi agradável participar em grupo?
- 5- A organização das sessões pareceu-lhe adequada?
- 6 - A orientadora das sessões teve sempre uma atitude correta?
- 7 - Foi agradável para si participar nestas sessões?
- 8 - Caso as sessões continuassem gostava de continuar a participar?

O questionário de avaliação das sessões que apresentamos ao grupo de utentes, é apresentado neste trabalho em apêndice (**Apêndice V**)

Análise das respostas

- Questionários respondidos – 100%;
- Perguntas respondidas – 100%
- Em 7 das perguntas houve 100% de respostas “Sim”
- Em relação à pergunta N°8 (*Caso as sessões continuassem gostava de continuar a participar?*), só 1 doente respondeu “Não” - em que acrescentou “ só para outros assuntos neste já estava tudo dito”.



Gráfico2 - Respostas obtidas nos questionários de avaliação aos utentes

- Nos “Aspetos positivos”,

Foram referidos por 50% dos elementos do grupo. Obtivemos assim seis respostas, que são as seguintes:

- *“Aprendemos tudo com o corpo, higiene e saúde, e valeu pelo convívio ”.*
- *“Os conhecimentos de algumas coisas que não conhecíamos. Dou-lhe os meus parabéns”.*
- *“Foi um trabalho positivo no ponto da terapêutica”;*
- *“Relembrou o que devemos fazer diariamente. Demais não faz mal a ninguém”;*
- *“Sistematização e clareza na exposição”;*
- *“Pensava que o meu autocuidado era vaidade, mas faz parte da minha saúde”;*
- *“Nada a dizer. Foi tudo ótimo e estive tudo bem-disposto”.*

-Nos **“Aspetos negativos”**, zero respostas

- Nas **“Sugestões”**, só quatro utentes escreveram as seguintes sugestões:

- *“Recomenda-se “*
- *“ Abaixo o internamento prolongado”*
- *“Distribuir panfletos com a síntese”*
- *“Ser no serviço por causa da chuva”*
- *“Falarmos de outras coisas também”*

d. Questionário aplicado aos Enfermeiros do Serviço

No final deste projeto foi aplicado um questionário aos enfermeiros do serviço, no sentido de poderem dar o seu contributo sobre o impacto que este projeto teve na enfermaria assim como sobre a nossa intervenção

O questionário é constituído por quatro grupos de perguntas (**A, B, C, D, E**) e um espaço para poderem escrever os ***“Aspetos Positivos”***, ***“Aspetos Negativos”*** e ainda ***“Sugestões”***. Nos grupos A, B, C, D, peço que respondam a cada item, colocando uma *“cruz”* na coluna do número que esteja de acordo com a sua opinião. Sendo que:

-
- 1- Mau (corresponde a uma pontuação mais baixa, o mínimo),
 - 2- Insuficiente
 - 3- Suficiente
 - 4- Bom
 - 5- Muito Bom (corresponde à ponderação mais elevada, o máximo);

E no grupo **E**, peço que respondam, colocando uma “*cruz*” na coluna do número que esteja de acordo com a sua opinião. *Nº1-Sim* e *Nº2-Não* e com espaço para comentarem a resposta.

Apresentamos em apêndice o questionário de avaliação aplicado aos enfermeiros do serviço (**Apêndice VI**).

Análise das respostas :

Nº de Enfermeiros - 9;

Questionários preenchidos - 8

- No que se refere ao Grupo A- (Conteúdos das sessões), em que era perguntado a opinião sobre:
 - a) *Como considera o método que foi utilizado para trabalhar as necessidades de autocuidado dos utentes;*
 - b) *- Avalie o grau de consonância entre os temas abordados e as necessidades de autocuidado por si detetadas*
 - c) *Avalie se os conteúdos das sessões permitiram novos conhecimentos ao grupo*
 - d) *Avalie se as temáticas abordadas permitiram um processo de reflexão aos doentes do grupo*
 - e) *- Avalie a pertinência das sessões efetuadas para o projeto reabilitativo do grupo de utentes,*

Verificou-se que as respostas foram classificadas maioritariamente de *Bom* nas quatro primeiras alíneas e com *Muito Bom* na alínea que se refere à pertinência das sessões efetuadas para o projeto reabilitativo dos utentes.

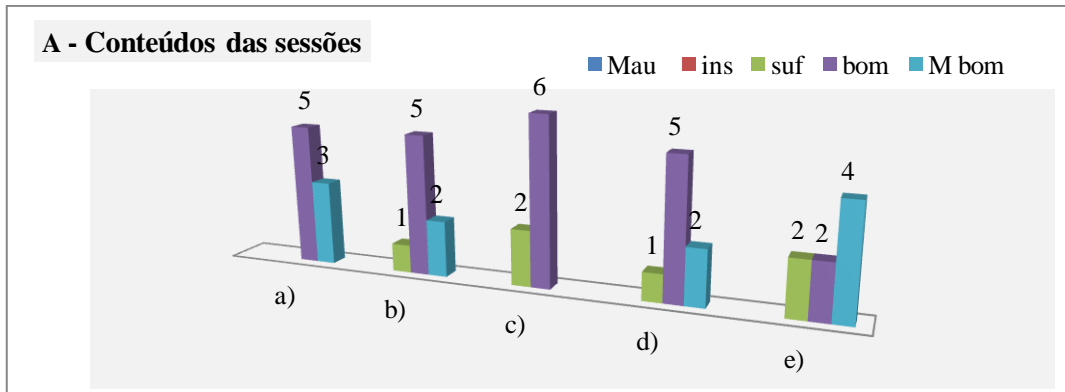


Gráfico 3- Respostas obtidas ao Grupo A do Questionário apresentado aos enfermeiros

➤ No que se refere ao Grupo B- (Organização das Sessões), em que era pedida a opinião sobre as seguintes alíneas:

- a) *Classifique quanto à divulgação das sessões,*
- b) *Classifique quanto ao local onde se realizaram as sessões,*
- c) *Avalie quanto ao horário em que decorreram as sessões,*
- d) *Avalie quanto ao período de duração das sessões,*
- e) *Avalie quanto ao facto de a intervenção ser em grupo.*

Verificou-se que as respostas foram classificadas maioritariamente entre o *Bom* e o *Muito Bom*.

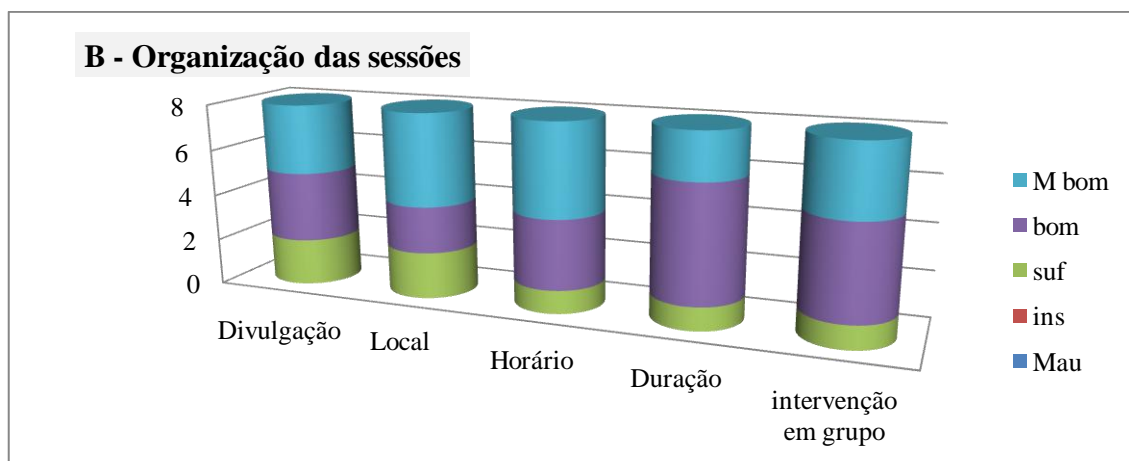


Gráfico 4 - Respostas obtidas ao Grupo B do Questionário apresentado aos enfermeiros

➤ No que se refere ao Grupo C- (Grupo de Doentes), em que era pedida a opinião sobre as seguintes alíneas:

- a) *Classifique como percebeu o interesse destes utentes na participação do grupo de psicoeducação*
- b) *Classifique quanto a mudanças de comportamento destes utentes, observadas por si com o decorrer das sessões*
- c) *Classifique quanto a à motivação do grupo para colaborar no seu projeto terapêutico*
- d) *- Avalie a relação estabelecida por este grupo,*

A maioria dos enfermeiros classificou de *Bom* quer o interesse dos utentes em participarem nas sessões como mudanças de comportamento verificadas e maioritariamente de *Muito Bom* em relação à motivação verificada no grupo e a relação estabelecida entre os elementos do grupo.

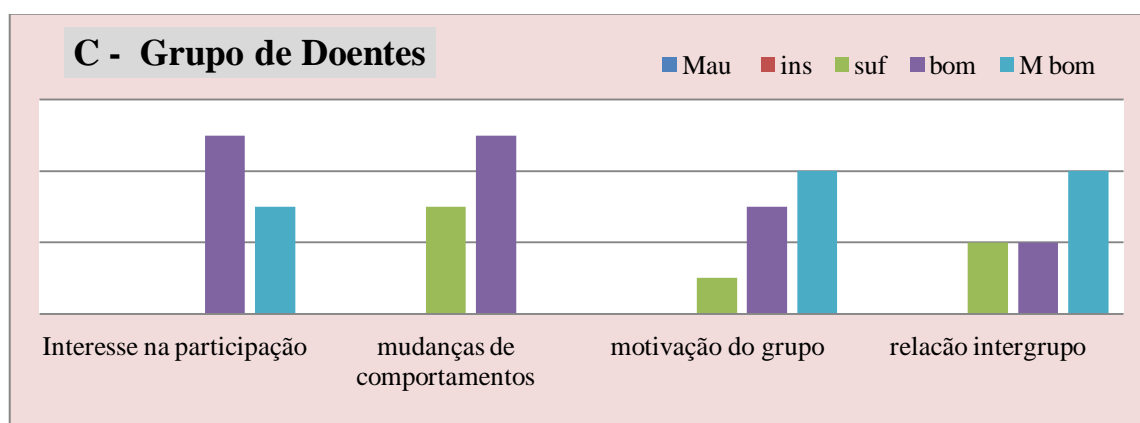


Gráfico 5 - Respostas obtidas ao Grupo C do Questionário apresentado aos enfermeiros

- Em relação ao Grupo D - (Formador /Terapeuta), em que era pedida a opinião aos enfermeiros para classificarem a nossa atuação relativamente aos seguintes parâmetros:
- a) *Classifique quanto ao interesse demonstrado pela melhoria dos cuidados prestados nesta enfermaria*
 - b) *Avalie se demonstrou interesse em participar com a equipa no sentido da promoção do autocuidado dos doentes em prol do seu processo reabilitativo*
 - c) *Avalie se motivou a participação do grupo de utentes*
 - d) *Classifique como foi a relação estabelecida com os utentes*
 - e) *Avalie quanto ao respeito e interação estabelecida com a equipa*

Os enfermeiros, na sua maioria, classificaram de *Muito Bom* a nossa intervenção no que diz respeito ao interesse em colaborar com a equipa, à relação estabelecida com os utentes

e equipa assim como a capacidade que demonstramos em motivar o grupo. Quanto à opinião sobre o interesse demonstrado por nós em relação à melhoria dos cuidados as opiniões dividiram-se entre o *Bom* e o *Muito Bom*.

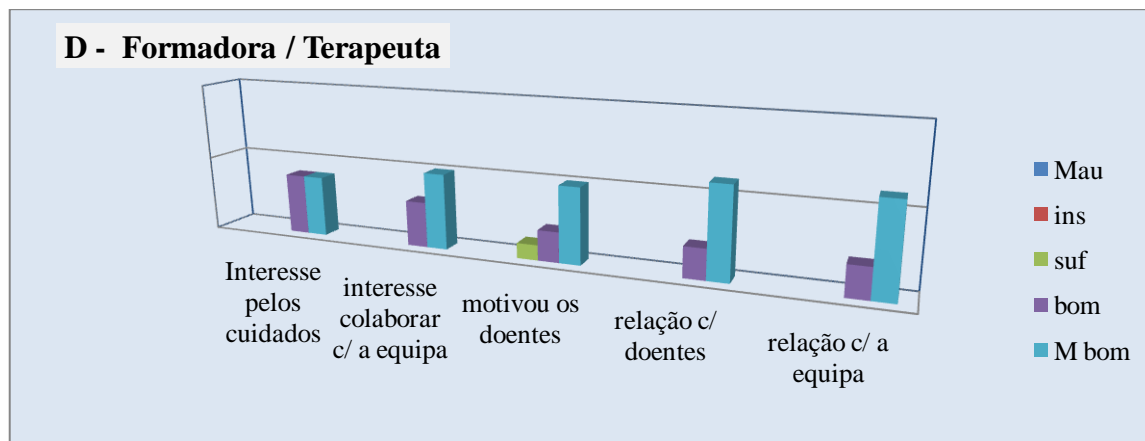


Gráfico 6 - Respostas obtidas ao Grupo D do Questionário apresentado aos enfermeiros

- Em relação ao Grupo E (Avaliação Global), quando se pedia uma avaliação geral, em que a pergunta era se consideravam ter havido benefícios na UIPF com a aplicação deste projeto, a totalidade dos enfermeiros respondeu que *Sim*.

Nesta resposta 3 elementos não comentaram e 5 elementos deixaram os seguintes comentários para justificarem o *Sim*:

- “Porque houve recetividade e interesse dos doentes nas sessões, procurando tirar benefícios em termos de aprendizagem.”;
- “Positivo, levantou problemas e sua respetiva solução, permitindo uma melhor prestação de cuidados”;
- “Os doentes mostraram interesse com as sessões e compreenderam a sua amplitude”;
- “Houve motivação por parte do grupo de doentes envolvidos e houve uma boa relação com a orientadora do projeto, daí a haver uma boa adesão”;
- “Efetivamente os doentes estão mais conscientes da necessidade de melhor autocuidado de higiene e vestir”.

Nos **aspetos Positivos**, 4 elementos comentaram o seguinte:

- “Ajudou a ter outra perspetiva no serviço”
- “A enfermeira é muito dedicada, parabéns”;

-
- “*Motivação dos doentes para participar nas sessões. As sessões foram um momento de atividade e formação dos doentes em contexto de preparação para a alta*”;
 - “*Foi mais uma valia para os doentes e para o serviço*”

Nos **aspectos Negativos**, 1 comentário:

- “*Não ter sido possível, os enfermeiros participarem nas sessões*”.

Sugestões – Sem sugestões

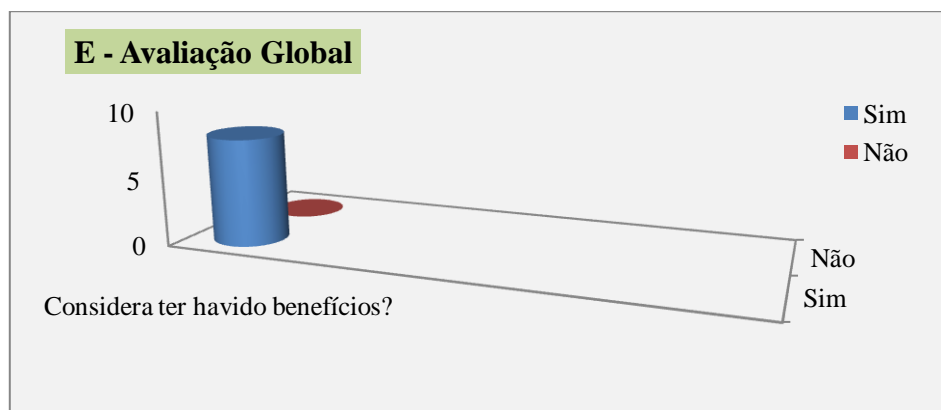


Gráfico 7- Respostas obtidas na Avaliação Global dos enfermeiros PIS

e . Parecer oral, da equipa multidisciplinar

Apresentamos, no quadro seguinte, os comentários avaliativos quais nós tomamos notas, que 13 elementos da equipa multidisciplinar do serviço (psiquiatras, psicólogos, médico de medicina interna, terapeuta ocupacional, assistente social, educadora, farmacêutica, enfermeiro coordenador) fizeram na reunião de equipa após a nossa *Apresentação Teórica* no final deste projeto.

Comentários da Equipa Multidisciplinar ao PIS:

1)- “*Eu achei que a apresentação do seu trabalho estava muito bem organizada embora um pouco nervosa no início, mas a parte que eu achei mais importante foi a sua exposição oral. Os aspetos que eu acho mais importantes, são os que não estão aí escritos, mas que referiu quando dos pormenores da abordagem que fez em situações pontuais aos doentes...*”

2)- “*os doentes vinham-me falar das sessões nas consultas e eu senti através deles o quanto estava a ser importante. Acho que esta é uma forma muito boa de trabalhar e tenho pena que isto não se possa*

fazer mais vezes... Ainda , para mais temos aqui a evidencia que resultou muito bem...também gostei muito da apresentação e penso que foi importante ser feita ...”

3)- *“ A Sra. Enfermeira está de parabéns. Vê-se que teve muito trabalho para organizar isto. Eu senti que estava tudo muito bem organizado. E resultou muito bem ... os doentes foram-me falando. Tiro-lhe o chapéu...”*

4)- *“ Eu acompanhei sempre a Enf^a. e acho que fez um trabalho muito bom. Eu gostei muito da apresentação mas, acho que não se consegue aqui transmitir muito bem tudo quanto se passou lá. Teve pena que não se tivesse gravado...”*

5)- *“... Notou-se que esta atividade tinha aspetos positivos e estava a ter impacto no serviço porque os doentes vinham e falavam sobre os assuntos... até o JF, que nunca quer fazer nada, estava preocupado que tinha que fazer o trabalho de casa...”*

6)- *“ Eu achei muito interessante e tenho pena que não se possa dar continuidade a um trabalho destes... tenho pena de sermos tão poucos., acho que isto é que vale a pena. Vê-se que a Sra. já tem muita experiencia nisto... Mas isto dá muito trabalho...”*

7)- *“ o que aqui eu acho que foi mais significativo, foi a quebra de isolamento... aqui os doentes são muito individualistas. Eu já fui a um passeio com alguns e normalmente vai cada um para seu lado...Só pelo trabalho em grupo eu acha que já valeu a pena.”*

8)- *“ Eu gostei muito da sua apresentação, mas para fazer aqui inveja confesso que gostei mais de assisti às sessões. Notei que teve uma enorme capacidade de trabalhar os afetos e a relação em grupo e demonstrou muita segurança no que estava a fazer.”*

9) *“Eu acho que promoveu não só o autocuidado, mas embora parecendo que fez pouco, já fez muita coisa., promoveu também o combate a este autismo dos doentes através do contacto e da relação que eu acho o mais importante.”*

10)- *“... a Sra. Enf^a. convidou-me e agora ainda fiquei com mais pena de não ter estado presente. Acho que fui eu quem perdeu muito...”*

11)- *“Parece-me que tudo já foi dito mas obrigado mais uma vez pela sua apresentação.*

12) *“A Sra. Enf^a. fez um trabalho excelente nesta enfermaria e a forma como os doentes colaboraram foi mérito seu. Ficou aqui bem explícito e sente-se que este trabalho teve um grande impacto na enfermaria. Sem dúvida que está aqui também presente grande exigência e orientação da escola e pode fazer-lhe chegar os parabéns”*

13)-*Deixo aqui ainda a sugestão à Sra. Enf^a. Chefe e à restante equipa para pensarmos de que modo se pode continuar a trabalhar este grupo, e sugeria fazer um follow-up posteriormente.*

Quadro 12 - Avaliação oral expressa pela equipa multidisciplinar em relação ao PIS

Conclusão dos resultados da Avaliação

Mediante a descrição de todos os resultados avaliativos obtidos e dos instrumentos de avaliação apresentados, resta-nos concluir que o trabalho desenvolvido foi francamente positivo. Contudo, uma vez que os comportamentos de autocuidado e a sua manutenção apenas poderão ser avaliados *a posteriori*, fica por conhecer o impacto destas intervenções na evolução do processo reabilitativo destas pessoas.

6.5. DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Com a convicção de que o conhecimento não pode ficar refém de uma só pessoa e que o seu detentor o deve submeter ao olhar dos outros para que este seja enriquecido e disponibiliza-lo em função do bem comum, nós propusemo-nos em fazer a divulgação deste projeto em prol da melhoria dos cuidados e da promoção da saúde.

Com o objetivo também de haver continuidade do trabalho por nós desempenhado nesta unidade de saúde, decidimos apresentar todo este projeto na sua globalidade a toda a equipa na enfermaria. Assim este projeto foi apresentado em Sessão Clínica de Formação para toda a equipa multidisciplinar.

Fizemos numa comunicação oral com a ajuda dos meios audiovisuais recordando todo o nosso percurso nesta enfermaria e apresentando o PIS. Podemos também refletir todos em conjunto sobre o que foi feito ou não, refletir sobre os resultados que obtivemos e estratégias de intervenção, aperfeiçoar intervenções futuras e perspetivar uma melhoria do autocuidado dos doentes desta unidade favorecendo a sua reabilitação psicossocial e futura integração na comunidade com a maior autonomia possível.

Apresentamos a divulgação da apresentação da Sessão Clínica de Formação em apêndice (**Apêndice VII**) e apenas as primeiras imagens da Apresentação da Sessão Clínica de Formação em, **Apêndice VIII**

A sessão decorreu no dia combinado e em prolongamento da reunião de equipa semanal, o mesmo que acontece em todas as outras apresentações. A sala estava cheia, estiveram todos os elementos da equipa multidisciplinar, incluindo internos de psiquiatria, exceto quatro enfermeiros. Estiveram também presentes duas farmacêuticas e quatro alunos de enfermagem do curso de base e um médico de medicina interna.

A sessão começou depois da reunião de equipa que teve início às 11h, pelo que quando terminamos já eram 14,30h, no entanto mesmo com fome ninguém arredou pé. Verificou-se bastante interesse por parte do grupo assistente. Os comentários foram muito positivos, tanto da apresentação em si como do trabalho desenvolvido no serviço. Apercebemo-nos que os técnicos estiveram muito atentos a todos os pormenores através dos utentes.

Havendo o reconhecimento e mérito do nosso trabalho e do projeto efetuado, por parte de toda a equipa, esta apresentação teórica também ficou acessível a toda a equipa, juntamente com outras sessões clínicas já apresentadas por médicos, psicólogas e internos de psiquiatria para serem brevemente publicadas em futura *Revista Forense*.

Esperamos também novas oportunidades de podermos divulgar este trabalho em outros meios de informação de modo a ficar disponível a mais profissionais de saúde, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem e servir de reflexão e debate de modo a ser um meio favorável e influenciar a produção de conhecimento científico e profissional.

PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Após a descrição do projeto de intervenção propomo-nos analisar como decorreu o nosso processo de aprendizagem no que diz respeito à obtenção de competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Temos presente que esta é uma formação científica de carácter profissionalizante, em que nos é exigido conhecimentos profundos num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde em que temos que demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e um conjunto de competências clínicas especializadas na área da saúde mental e psiquiatria.⁷⁵

Pretendemos assim construir um documento integrador de conhecimentos desenvolvidos e aprendizagens efetuadas neste nosso percurso formativo que traduzam de uma maneira clara e precisa a aplicação das competências comuns de enfermeira especialista, sob o ponto de vista da responsabilidade profissional ética, legal e à gestão da qualidade dos cuidados ligados à prática profissional, a implementação de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e que evidenciem a nossa aquisição de competências acrescidas para obtermos o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que de acordo com o Artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março é conferido a quem demonstre:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão*
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*

⁷⁵ Departamento de Enfermagem da ESS do IPS – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do trabalho de Mestrado*. Set. 2011

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”⁷⁶

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a finalidade dos cuidados de enfermagem é a ajuda ao Ser Humano para manter, melhorar ou recuperar a saúde e contribuir, de modo tão rápido quanto possível, para que este adquira o máximo de capacidade funcional e qualidade de vida. De acordo com o EOE “*O Título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.*”⁷⁷

Um Enfermeiro Especialista tem que ser detentor de profundos conhecimentos no domínio específico de enfermagem, tem que demonstrar alto nível de pensamento crítico para uma tomada de decisão adequada no campo de uma intervenção específica, e tem que ter ainda em conta respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Também de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESM “*No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...)*”⁷⁸, tendo sempre como objetivos evitar que aconteça agravamento da situação ou a desinserção social da

⁷⁶ Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de Março

⁷⁷ DECRETO-LEI nº104/98, Artigo 7º, nº 3 – EOE

⁷⁸ ORDEM DOS ENFERMEIROS – RCEEESM (2010:5)

peessoa doente, contribuir para a recuperação e promover a qualidade de vida do doente e consequentemente da família.

O enfermeiro especialista em saúde mental ao cuidar, tem que realizar intervenções autónomas e interdependentes, compreendendo e efetivando competências no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico e psicoeducacional o que requer um elevado grau de conhecimento, experiência e capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, que lhe permitam prevenir e tratar a pessoa com doença mental, promover a saúde mental e intervir na recuperação e reabilitação psicossocial *Daquele* que sofre.

Acresce-nos ainda o CMESMP qual nos confere competências diferenciadas para intervir na área da saúde mental e psiquiatria através das experiencias e vivencias pessoais, de conhecimentos teórico-práticos adquiridos e que são suportados na evidencia científica. Este nosso percurso permitiu-nos refletir sobre as práticas efetuadas como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria e adquirir conhecimentos teóricos alicerçados na investigação de modo a podermos melhorar a qualidade dos cuidados prestados na nossa área de intervenção.

Assim, refletindo sobre as nossas aprendizagens, apresentamos de seguida as competências em quadro tendo em conta as unidades de competência e depois a nossa apreciação com a distribuição das atividades que desenvolvemos neste projeto de modo podermos obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

7. COMPETÊNCIAS DE MESTRE \ ANÁLISE

Competência 1

➤ *Demonstra Competências Clínicas Específicas na Conceção, Gestão e Supervisão Clínica de Cuidados de enfermagem*

a) *Realiza avaliações exaustivas do das famílias e das comunidades, em situações complexas,*

- b) *Sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;*
- c) *Diagnostica e gere problemas e condições de saúde;*
- d) *Prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada;*
- e) *Inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;*
- f) *Referencia e recebe a referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;*
- g) *Avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.*

Apreciação:

- ✓ Fizemos uma boa integração e adaptação no serviço forense, o que nos permitiu conhecer bem a dinâmica e os objetivos deste, identificar as necessidades de cuidados em saúde mental desta população e programar um projeto de intervenção em serviço, de modo a prevenir maiores perturbações mentais nestes indivíduos e promover a saúde.
- ✓ Recolhemos informação pertinente sobre o estado de saúde mental dos clientes do serviço forense. Fazemos pesquisa em processos clínicos e judiciais, através da interação com os clientes e equipa multidisciplinar assim com pelo contacto com a família;
- ✓ Avaliamos a história de vida dos clientes e da dinâmica familiar e as suas repercussões ao nível da saúde mental; Detetamos os factores sociais promotores ou protetores da saúde mental dos doentes do foro forense; Detetamos capacidades internas dos indivíduos e factores externos que poderiam ajudar na recuperação dos doentes;
- ✓ Atendemos e orientamos alguns familiares, tento sempre presente o ensino dentro do objetivo terapêutico. Participamos em reuniões programadas e nos ensinos, acolhendo, tirando dúvidas e apoiando;
- ✓ Observamos o trabalho de intervenção da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar do serviço e usamos o pensamento reflexivo e crítico;
- ✓ De acordo com a perspectiva de assistir o doente na otimização da saúde, preocupamo-nos em fazer uma intervenção dirigida para as capacidades e recursos

internos dos doentes de modo a recuperarem e manterem a sua autonomia, funcionalidade e futura integração social e comunitária, tão fundamental após um período de “*cumprimento de medida de segurança*” a que estão sujeitos os doentes desta unidade forense;

- ✓ Cooperamos com a equipa nos cuidados de enfermagem a prestar na enfermaria, tentando influenciar positivamente na recuperação da saúde e na obtenção da capacidade funcional dos doentes;
- ✓ Atendemos às necessidades dos utentes tendo em conta a privacidade, confidencialidade, valores individuais, sua dignidade e sem emitir qualquer juízo de valor; Procuramos minimizar o impacto que a saúde mental tem na qualidade de vida do doente e no seu bem-estar, não esquecendo o seu grau de funcionalidade e autonomia;
- ✓ Planeamos atividades no sentido de dar resposta às necessidades de autocuidado dos doentes que foram detetadas na fase de (diagnóstico de situação), dando assim continuidade ao PIS em que a área em estudo foi o autocuidado dos utentes numa perspectiva reabilitativa com o objetivo de promover o envolvimento destes no seu próprio tratamento para uma possível recuperação e posteriormente aumentar a possibilidade de reintegração na sociedade;
- ✓ Ajudamos na implementação de programas de promoção da saúde através do ensino e promoção do autocuidado;
- ✓ Coordenamos e implementamos o projeto de intervenção planeado, adotando medidas de segurança e gestão e prevenção do risco;
- ✓ A intervenção que efetuamos teve como objetivo assistir e ajudar um grupo de doentes da área forense a melhorarem e recuperarem a sua saúde, autonomia e bem-estar. Executamos um projeto planeado, onde fizemos sensibilização aos utentes para a importância de se responsabilizarem pelo seu autocuidado em prol da promoção da saúde, adesão ao tratamento e prevenção da recaída. Procuramos durante a nossa intervenção envolver os doentes como elementos participativos e ativos.

Competência 2

➤ ***Realiza Desenvolvimento Autónomo de Conhecimentos e Competências ao Longo da vida e em Complemento às Adquiridas***

- a) *Identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal e profissional;*
- b) *Valoriza a autoformação como componente essencial do desenvolvimento*

Apreciação:

- ✓ Ao longo de todo o nosso percurso profissional a procura pela aquisição de conhecimentos tem sido uma constante. Para cuidar do outro, além de *saber ser* e *saber-estar* é necessário o *saber-saber* pelo que temos procurado conhecimentos dentro da nossa área de atuação de modo a podermos aprimorar os cuidados prestados, atuando com segurança e em prol da qualidade. Tendo presente o Código Deontológico do Enfermeiro, de forma a contribuir para a excelência do exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.”* (Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 88º, alínea C)
- ✓ Tanto no curso de Especialização em Saúde mental e Psiquiatria como no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica preocupamo-nos sempre com a formação, ou seja em adquirirmos o maior número de aportes teóricos possíveis através da permanência e participação nas aulas teóricas, pesquisa bibliográfica, reflexão dos conteúdos com troca de opiniões e debate com os colegas e contributos fornecidos pelos orientadores nos diversos estágios. Através da formação contínua procuramos aprendizagens significativas que nos permitissem melhorar o nosso conhecimento pessoal, o que nos proporcionou o desenvolvimento das nossas capacidades cognitivas, práticas e humanas;

-
- ✓ Este curso permitiu-nos desenvolver as capacidades de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mobilizar competências já adquiridas, fazer a identificação de problemas e determinar estratégias de atuação de uma forma fundamentada. O autoconhecimento leva a uma tomada de decisão mais consciente pois ao conhecermos melhor todas as nossas fragilidades podemos adquirir mais capacidades e resiliência e potencializarmos a nossa atuação. Assim pensamos gerir atualmente de uma forma adequada aos fenómenos de transferência e contratransferência;

 - ✓ Durante toda a nossa intervenção clínica, não descuramos os nossos valores pessoais, e tentamos sempre respeitar os valores do Outro de quem cuidamos e com quem trabalhamos. Quando da nossa presença nos estágios, tivemos sempre em atenção os aportes teóricos apreendidos no curso para validar a nossa atuação. Esforçamo-nos por sermos cuidadosos em todas as intervenções, quer na relação com a equipa multidisciplinar, quer no estabelecimento de uma relação terapêutica com os doentes procurando dar respostas adequadas às necessidades detetadas e não fazer juízos de valor. Com um espírito crítico e reflexivo procuramos ter um comportamento adequado e uma atitude ética e responsável.

 - ✓ A possibilidade de atuação especializada com supervisão de elementos mais creditados e reflexão crítica sobre as práticas durante os estágios, permitiu-nos o desenvolvimento de conhecimentos. Ao implementarmos o nosso projeto de intervenção em serviço, tivemos possibilidade de pôr em prática os nossos conhecimentos sobre intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais, psicoeducativas;

 - ✓ Os contributos teóricos obtidos, a prática clínica e uma reflexão crítica permitiram-nos desenvolver o nosso processo de autoconhecimento que nos permitiu desenvolver enquanto pessoa e profissional. Pensamos ter tido a consciência dos nossos limites e ter feito boa gestão destes. Tivemos consciência dos nossos sentimentos, das próprias reações físicas e emocionais e de ter dado respostas adequadas a nível de comportamento e atitudes durante todo o processo terapêutico;

Competência 3

➤ *Integra Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar de forma Proactiva*

- a) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;*
- b) Conhece os conceitos, fundamentos, teorias e fatos relacionados com as Ciências de Enfermagem e as suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;*
- c) Serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;*
- d) Faz gestão de caso quando aplicável;*
- e) Trabalha em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e\ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.*

Apreciação:

- ✓ Os contributos tanto do CPLEESMP como CMESP permitiram-nos integrar conhecimentos fundamentados nas teorias das ciências de enfermagem e validados pela evidência científica. Permitiram-nos ainda adquirir maiores capacidades de compreensão para resolvermos problemas mais complexos na nossa área de atuação que é a saúde mental e psiquiatria;
- ✓ O trabalho multidisciplinar é sempre um trabalho mais rico porque ele próprio se complementa e completa com os saberes mais abrangentes, olhares e experiências diferentes e modos de atuação específicos, podendo também ser otimizadas as competências profissionais de cada elemento. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros “*o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional.*” OE (2001:9);
- ✓ O projeto de intervenção que coordenamos obedeceu à metodologia de projeto e foi apresentado inicialmente à equipa multidisciplinar. Durante a sua implementação foi sendo discutido também nas reuniões semanais multidisciplinares e foi sendo ajustado mediante a crítica positiva e a nossa reflexão mas sem no entanto

abdicarmos da sua gestão integral. Introduzimos assim também um aspeto inovador no serviço que foi a possibilidade de aprendizagem e reflexão no grupo clínico multidisciplinar, e a oportunidade de mudança pela possibilidade de os doentes poderem ter mais participação e envolvimento no seu projeto terapêutico, o que no nosso entender é uma mais-valia no especto reabilitativo destes;

- ✓ Na nossa intervenção esteve sempre presente uma perspectiva reabilitativa como o combate ao “*peso da institucionalização*”, ao “*peso da medida de segurança*” imposta pelo tribunal e ao estigma social a que estes utentes estão sujeitos. Sensibilizamos a equipa e salientamos a importância da manutenção da autonomia, funcionalidade, incentivo para a mobilização de recursos internos, reforço positivo e o estabelecimento de relações interpessoais entre os doentes do grupo e também com os técnicos;
- ✓ Pensamos que neste serviço o gestor de caso iria permitir um conhecimento mais profundo do doente, família e meio comunitário, o facilitaria a articulação com o poder judicial e recursos comunitários e que se iria traduzir em ganhos em saúde. Esta nossa opinião ficou expressa em reunião multidisciplinar na enfermaria forense.

Competência 4

➤ ***Age no Desenvolvimento da Tomada de Decisão e Raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos***

- a) *Seleciona os meios e as estratégias mais adequadas à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada*
- b) *Avalia os resultados, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico*

Apreciação:

- ✓ O enfermeiro na sua intervenção autónoma tem que identificar as necessidades dos cuidados de enfermagem da pessoa ou grupo e quando da sua intervenção deverá

agir após uma tomada de decisão segura e consciente, validada pelo saber. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro assume os resultados de investigação na prática.

- ✓ No desenvolvimento do PIS a gestão dos cuidados e a tomada de decisão esteve sempre presente para podermos fazer uma atuação direcionada às necessidades individuais e ajustada ao grupo. Segundo Nunes (2006)⁷⁹, a tomada de decisão implica um processo reflexivo sobre a prática e um saber sobre o modo de agir sendo que, é a reflexão sobre a prática, a monitorização das intervenções e a avaliação dos resultados que irão validar a nossa atuação como relevante para a melhoria dos cuidados traduzindo-se em ganhos em saúde. Esta autora refere-se também às diferenças entre os conceitos de tomada de decisão e julgamento dizendo que a decisão é uma escolha entre todas as alternativas e o julgamento é a validação das alternativas.

Competência 5

➤ ***Inicia, Contribui e\ou Sustenta Investigação para Promover a Prática de Enfermagem Baseada na Evidência***

- a) *Analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase dos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;*
- b) *Usa capacidade de investigação apropriada para melhorar e fazer evoluir a prática.*

Apreciação:

- ✓ Com a elaboração e a aplicação do PIS conseguimos efetivar a metodologia de investigação. Fizemos a identificação de um problema e uma intervenção dirigida mobilizando conhecimentos e contributos da evidência científica com o objetivo de

⁷⁹ NUNES, Lucília – *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem II*. Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2006.

lhe dar resposta. Seguimos a metodologia de projeto que foi sustentada pelos contributos teóricos apreendidos e de peritos da área;

- ✓ O projeto efetuado teve como finalidade melhorar os cuidados de enfermagem efetuados aos utentes da psiquiatria forense. A nossa intervenção dirigiu-se a um grupo de utentes selecionados que correspondeu a mais de um terço dos utentes do serviço, onde pudemos concluir que várias necessidades de autocuidado são sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo a promoção do autocuidado um contributo importante do ponto de vista reabilitativo para os utentes internados no serviço forense.

Pensamos ter contribuído com este trabalho para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes internados no serviço forense, para a promoção da saúde mental e psiquiatria e esperamos também que este sirva de análise e reflexão sobre os cuidados e seja ainda um contributo positivo para novos projetos e conseqüentemente para a qualidade na saúde da nossa população.

Competência 6

- *Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde, em geral e em enfermagem, em particular*

Apreciação:

- ✓ A nossa experiência profissional já longa quer na gestão ou na ajuda da gestão dos cuidados, trouxe alguma facilidade como meio de transmissão de informação e formação aos pares assim como na divulgação do projeto. O fato de termos já o curso de formação de formadores e sido responsáveis pela formação em serviço durante um triénio também foi uma mais-valia;
Também os aportes teóricos deste curso, permitiram-nos adquirir competências e trouxeram-nos segurança na transmissão de informação e formação aos pares.

-
- ✓ O projeto de intervenção assim como os resultados obtidos foram apresentados à equipa multidisciplinar em sessão formativa. O relatório do projeto ficou proposto para revista forense que ainda está em projeto;
 - ✓ A publicação de um artigo científico, na perspectiva de ser aceite o projeto de artigo deste trabalho, irá ser também um contributo para a formação em enfermagem.

O Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) foi um meio que nos ajudou a traçar melhor os nossos objetivos para enriquecer conhecimentos e por em prática as competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e adquirir também competências que nos permitam obter o perfil para o grau de mestre em saúde mental e psiquiátrica.

Durante a intervenção clínica tivemos oportunidade de observar um vasto campo de atuação profissional, experienciar diferentes áreas de intervenção e contactar com vários enfermeiros especialistas, cada um com saberes diversificados e métodos de atuação diferentes o que tornou a nossa aprendizagem mais refletida, rica e consistente.

Elaboramos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) utilizando a metodologia de projeto e indo de encontro às necessidades diagnosticadas nos utentes e a uma problemática do serviço. Mobilizamos conhecimentos e tivemos oportunidade de intervir onde prestamos cuidados no âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo e socio- terapêutico de modo a promovermos a reabilitação psicossocial e a promoção da saúde destes utentes.

No decorrer da nossa aprendizagem clínica e intervenção, estabelecemos com os utentes uma relação de proximidade, confiança, respeito pela sua pessoa e suas vivências, respeitando ainda a sua capacidade de decisão no compromisso terapêutico.

Pensamos ter feito um refletido processo de autoconhecimento que nos permitiu evoluir pessoal e profissionalmente.

Acreditamos ter conseguido fazer a diferença positiva com uma intervenção terapêutica eficaz em prol da melhoria dos cuidados prestados aos doentes e ter obtido maior capacidade para ajudar, de uma forma especializada no futuro, a Pessoa e/ou grupo a manter, recuperar e promovendo a sua saúde mental.

8. REFLEXÃO FINAL

Este trabalho representa mais uma página que foi escrita sobre nosso percurso formativo e que é de enorme relevância tanto a nível profissional como pessoal, sendo ainda a síntese da preparação para uma longa caminhada como Enfermeira, mais recentemente Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e num futuro próximo com o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a elaboração deste trabalho tivemos que fazer um longo caminho de aprendizagem, articulando entre vários saberes e práticas diferentes em contexto clínico. A frequência neste curso ajudou-nos a questionar sobre a prática profissional e a refletirmos sobre os cuidados de enfermagem prestados em saúde mental e psiquiatria. Durante a nossa atividade profissional temos sido confrontados com situações complexas pelo que se torna premente sermos capazes de reconhecer e de mobilizar capacidades de tomada de decisão coerentes e lógicas assentes em princípios e valores consistentes, mas também com responsabilidade e conhecimentos teóricos sólidos. Este pensamento serviu de base de apoio para efetivarmos este curso.

A saúde mental é transversal a todos os problemas na saúde global e tem grande impacto na nossa sociedade porque além do sofrimento individual e familiar, a disfunção familiar e a incapacidade produtiva na sociedade elevam os custos económicos. O desenvolvimento social é rigoroso em relação à saúde, equilíbrio, autonomia e qualidade de vida dos seus indivíduos, e conseqüentemente tem aumentado também o grau de exigência em relação à qualidade dos cuidados prestados por nós enfermeiros.

Assim torna-se fundamental aprender, integrar e mobilizar conhecimentos, para melhorar a qualidade dos cuidados na assistência aos indivíduos que estão em situação frágil de saúde e com muitas vulnerabilidades. Os conhecimentos teóricos têm de ser conjugados com a capacidade de fazer e a atitude que se deverá ter com a Pessoa que cuidamos, tendo sempre

presente a diferença, a individualidade de cada um e a contextualização envolvente assim como a especificidade das necessidades individuais.

Pensamos ter conseguido demonstrar estes pressupostos através do desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço.

O processo de reflexão neste percurso foi sempre indispensável pois permitiu-nos níveis progressivos de desenvolvimento. Uma atitude reflexiva, aumento da capacidade de tomada de decisão e gestão de problemas mais complexos assim como uma intervenção eficaz baseada na investigação, deixa-nos mais capacitados para podermos intervir com segurança e qualidade. É sem dúvida perante esta perspectiva que pensamos ter enorme importância o contributo teórico deste curso, e que além de podermos melhorar na prática a nossa intervenção temos também a oportunidade de colaborar com a formação dos nossos pares e contribuir para a produção de conhecimento científico.

A temática *reabilitação psicossocial*, que foi tema fundamental no projeto de intervenção que executamos, é bastante frequente tanto como entidade teórica como na prática e fundamental no combate à exclusão social. Hoje considera-se prioritário que as pessoas com doença mental recuperem rapidamente e adquiram um papel produtivo. No relatório da proposta para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007:47), o objetivo do processo de reabilitação, *“numa perspectiva holística, consiste em proporcionar uma resposta às necessidades globais da pessoa, quer no aspeto físico e psicológico, como familiar, profissional, educacional, económico e cultural, de modo a favorecer o máximo de autonomia e integração social.”*

Como é do conhecimento teórico-prático de todos os profissionais de saúde mental e descrito na maioria dos trabalhos teóricos, tanto as perturbações mentais graves como os internamentos prolongados dão origem à diminuição das capacidades funcionais, cognitivas, de relacionamento, de adaptação social e desempenho profissional. As pessoas com doença mental, devido à sua vulnerabilidade psicológica, encontram-se em situação de desvantagem social e muitas vezes confrontam-se com os seus direitos e liberdades fundamentais comprometidos, sendo frequente terem que enfrentar o estigma e a discriminação da sociedade. No nosso ponto de vista, perante esta realidade, torna-se uma

prioridade que os cuidados de enfermagem deem respostas oportunas, nomeadamente na prontidão de diagnóstico, intervenção precoce e reabilitação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a finalidade dos cuidados de enfermagem é a ajuda ao Ser Humano para manter, melhorar ou recuperar a saúde e contribuir, de modo tão rápido quanto possível, para que este adquira o máximo de capacidade funcional e qualidade de vida. De acordo com o Estatuto “*O Título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.*”⁸⁰

Um Enfermeiro Especialista tem que ser detentor de profundos conhecimentos no domínio específico de enfermagem, tem que demonstrar alto nível de pensamento crítico para uma tomada de decisão adequada no campo de uma intervenção específica, e tem que ter ainda em conta respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Também de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESM “*No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família*”.⁸¹

Acresce ainda que o enfermeiro especialista em saúde mental ao cuidar, tem que realizar intervenções autónomas e interdependentes, compreendendo e efetivando competências no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico e psicoeducacional que lhe permitam prevenir e tratar a pessoa com doença mental, promover a saúde mental e intervir na recuperação e reabilitação psicossocial *Daquele* que sofre.

Como enfermeira especialista e candidata ao grau de mestre em saúde mental e psiquiátrica, no decorrer da nossa atuação consideramos ter demonstrado competências científicas e relacionais atuando de uma forma segura na tomada de decisão e baseada na evidência científica. Conseguimos desenvolver um clima de confiança e respeito por quem

⁸⁰ DECRETO-LEI n°104/98, Artigo 7º, n° 3 – EOE

⁸¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS – RCEEESM (2010:5)

cuidamos, o que permitiu que o doente exterioriza-se os seus sentimentos permitindo a efetivação da relação terapêutica.

Uma intervenção eficaz nos cuidados de enfermagem é exigente e deve ser ajustada à complexidade das necessidades em cada momento mas com continuidade pelo que exige uma enorme formação, investigação e reflexão dos enfermeiros.

Como enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria a luta pelo combate à degradação das pessoas, devido à cronicidade da doença e à institucionalização prolongada, tem sido uma constante na nossa atividade profissional. Sempre com uma perspectiva reabilitativa, temos procurado arranjar estratégias de intervenção no sentido de conseguirmos que os utentes adquiram o máximo de autonomia e que adquiram e mantenham a melhor qualidade de vida possível.

Durante a organização e sobretudo na implementação do PIS, experienciamos emoções fortes e vivências muito significativas para nosso desenvolvimento pessoal. Aprendemos, partilhamos e deixamos crescer uma boa relação interpessoal, o que influenciou positivamente a nossa atuação assim como o desenvolvimento de competências para aprimorarmos os cuidados de enfermagem no nosso futuro profissional.

Pensamos ter conseguido prestar cuidados especializados ao grupo de utentes do serviço forense e conseguimos ultrapassar também o peso das questões tão debatidas nesta área que são as do *pensamento clínico* e *pensamento jurídico* assim com a entidade *perigosidade* associada à *inimputabilidade*, pois conseguimos direcionar a nossa intervenção para o grupo de pessoas, considerando-os em primeiro lugar como doentes que necessitam de tratamento e recuperação para regressarem ao meio familiar, social e produtivo e trabalhando o mais precocemente possível para prevenir recaídas.

A metodologia de investigação utilizada no nosso trabalho foi quanto a nós inovadora. Utilizamos a metodologia de projeto o que implicou uma ação participada. Foi bastante trabalhosa mas muito completa e que no nosso ponto de vista permitiu encontrar soluções para responder à problemática identificada, sendo um elemento facilitador e fundamental para conseguirmos desenvolver com os utentes um intervenção adequada.

Tivemos algumas limitações que dificultaram a fase de planeamento de intervenção do PIS, que foi o fato de termos feito uma pesquisa bastante exaustiva mas no entanto não

encontramos intervenções similares onde nos pudéssemos basear ou que fossem ponto de partida para novas abordagens terapêuticas e que nos permitissem comparar resultados.

A avaliação do PIS foi feita continuamente e os resultados estão associados à enorme participação e envolvimento do grupo no projeto. Embora as mudanças após a intervenção fossem pequenas elas foram muito significativas e algumas nós pensamos mesmo que são duradouras. Depois de detetarmos determinadas necessidades de autocuidado no grupo, conseguimos também demonstrar que elas são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este projeto trouxe ganhos significativos em várias vertentes, para nós que enriquecemos no aspeto relacional e profissional, para a equipa multidisciplinar do serviço com novas reflexões sobre os cuidados e para o grupo de utentes que pensamos ter conseguido perceber o quanto é importante o autocuidado e o seu envolvimento no processo terapêutico e reabilitativo

Esperamos ainda que o nosso projeto de intervenção seja objeto de reflexão e base para outros projetos que possam beneficiar os doentes e a qualidade dos cuidados prestados e que possa enriquecer o conhecimento científico em enfermagem.

Este curso é também um contributo para a nossa autoformação sendo apenas o início de um processo contínuo. Pretendemos prolongar esta reflexão durante a nossa atividade profissional com a pretensão que daqui advenham benefícios para os cuidados de enfermagem especializados que nós almejamos prestar na nossa instituição onde trabalhamos e conseqüentemente para a satisfação dos utentes e a melhoria da saúde mental das populações.

Termino com o pensamento de Benjamin Mayes, sobre a importância dos objetivos dos sonhos,

“Temos que perceber que a tragédia na vida não reside em não alcançar o objetivo, a tragédia na vida é não ter um objetivo para alcançar; não é uma calamidade morrer sem se cumprirem os sonhos, mas é uma calamidade não sonhar.”⁸²

⁸² Citado por ORNELAS (1999)

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4.ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN:972-796-020-0;
- AFONSO, Pedro – *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. 1ª Edição, Cascais: Editora Principia, 2010. ISBN:978-8131-63-8.;
- ALMEIDA, Fernando – *Psicose, esquizofrénica e criminalidade. Psiquiatria Psicologia & Justiça. Nº1. SPPPJ:Nov.2007, pp 5-34;*
- BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA, 1995, ISBN:972-44-0898-1;
- BOTELHO, José R. – *O trabalho de projecto na prática do enfermeiro*. Revista Enfermagem em Foco. SEP. Ano VI (23), Lisboa: 1999,
- BICHO, Leandro; BAPTISTA, Susana – “ *Modelo de Porter e Análise SWOT – Estratégias de Negócio*”, 2006. Acedido em: [http://prof.santana-e-silva.pt/gestao de empreendimentos/trabalhos alunos/word/Modelo%20de%20Porter%20e%20An%20C3%A1lise%20SWOT_DOC.pdf](http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresendimentos/trabalhos_alunos/word/Modelo%20de%20Porter%20e%20An%20C3%A1lise%20SWOT_DOC.pdf), dia 17/02/2011;
- BRITO, Mª Luísa – *Intervenções psicoeducativas para famílias de Pessoas com Esquizofrenia*. In *Revista Portuguesa de Enfermagem nº 5*, Coimbra: 2005;
- CABALLO, V.E.; BUELA-CASAL, G.; - *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos 2*. Madrid: Siglo XXI, 1996
- CAMINHA, R.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. - - *Psicoterapias Cognitivo Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO Graça – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Edições Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-22-4;
- CASTRO, L. Barbosa; RICARDO, M. M. Calvet – *Educação hoje. Gerir o trabalho de Projeto. Um manual para Professores e Formadores*. 3ª Edição, Lisboa: Texto Editora, 1993. ISBN: 972-47-0396-7;

-
- CARPENITO, Lynda Juall – *Manual de diagnósticos de Enfermagem*. 9ªed.Porto Alegre: Artemed, 2003, , ISBN: 85-363-0188-0;
- CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica -Os fundamentos existencial - humanistas da relação de ajuda*. Volume 1, 1ª ed. Loures: Lusodidata, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5;
- COELHO, Carlos S. M; PALHA, António J. P. - *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-227-0.
- COLOM, F; VIETA, E. - *Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação*. Revista Brasileira de Psiquiatria, Nº 26 (supl. 3), 47-50. 2004;
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - Livro Verde, *Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas, COM (2005) 484, Outubro de 2005;
- COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE MENTAL – *Reestruturação e Desenvolvimento Dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Ação 2007-2016*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. 2007;
- CORDO, Margarida – *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003;
- CORRIGAN W. Patrick et al- *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Division of Guilford Publications, New York: 2008;
- DIAS CORDEIRO, J. - *Psiquiatria Forense*. 2ªed, Lisboa: Edição da Fundação Caloust Gulbenkian, 2008, pp. 41-341. ISBN 978-972-31-1003-6;
- DIAS CORDEIRO, J. - *A Saúde Mental e a Vida - pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: 1ª ed. Edições Salamandra, 1987;
- DIÁRIO DA REPÚBLICA — Decreto-Lei nº 74/2006. DR. I SÉRIE-A N. 60 de 24 de Março de 2006, pág. 224
- DECRETO-LEI nº400/82 - *Código Penal*. DR I Série, nº221 (1982-09-23);

-
- DECRETO-LEI nº161/96 – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*. DR I Série A, nº205 (1996-09-04), com Alterações introduzidas Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro;
 - DECRETO-LEI nº104/98 – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (1998-04-21),
 - LEI Nº 36/98 - *Lei de Saúde Mental*. Diário da República. D.R. Série -A, Nº 169, (24-7-1998), p. 3544.
 - ESTANQUEIRO, António – *Saber Lidar com as Pessoas, Princípios da Comunicação Interpessoal*. 4ª Edição, Lisboa: Editora Presença, 1992;
 - FACHADA, M. Odete – *Psicologia das relações interpessoais*. 1º e 2º Volumes, 2ª Edição, Lisboa: Edições Rumo, 1998;
 - FAZENDA, ISABEL - *Saúde Mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania - Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência*. Lisboa, 2006. ISBN 972-9301-99-9.
 - FERNANDES, Eugénia M.; SENRA, Joana; FEIXAS, Guillem. – *Psicoterapia Construtivista: Um Modelo Centrado em Dilemas*. 3ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições, 2009. ISBN 978-989-95522-7-2 pp. 6, 19, 21;
 - FERREIRA, Catarina – *Papel do enfermeiro na reabilitação psiquiátrica*. In Revista Sinais Vitais Nº67. Julho 2006;
 - FONSECA, José – *Psicoterapia da relação*, S.Paulo: Editora Águra - 2ªedição, 1999;
 - FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.ISBN: 978-989-8075-18-5;
 - GEORGE, B. Júlia – *Teorias de Enfermagem*. 4ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, pp 83-101;
 - GODINHO M. – *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 4ª Edição. 2009. ISBN: 978-972-31-0939-9;
 - GOLDSCHMIDT, A. - “*Análise SWOT na captação de recursos – avaliação de oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos*”, 2006. Acedido em <http://integracao.fgvsp.br/ano6/06/financiadores.htm> , dia 08/03/2011;
 - GONÇALVES, Elsa et al – *Formação como Estratégia de Promover a Reflexão na Acção e a Acção Reflectida* – In: *Pensar Enfermagem*, Vol. 1, nº 2, 1º semestre de 1998;

-
- GONÇALVES, Miguel M. – *Terapia Centrada nas Soluções*. 1ªed. Braga: Psiquilibrios Edições, 2008. ISBN 978-989-95522-2-7. pp. 19, 40, 41;
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; at. All – *Intervenções Familiares na Esquizofrenia. Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Artigo de Revisão. *Acta Med Port* 2006; 19: 1-8. [Consult. 2011-04-24]. Disponível em [www: < http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf);
- HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8;
- HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusodidata, 2001. ISBN: 972-8383-20-7;
- HESBEEN, Walter – *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-43-6;
- HOEMAN, Shirley - *Enfermagem de Reabilitação*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2000. Pp.743-764. ISBN: 972-8383-13-4
- HONORÉ, Bernard – *A saúde em Projecto*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-31-2;
- HONORÉ, Bernard – *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004;
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES.- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE\ICNP), Versão Beta 2*. Trad. Adelaide Madeira [et All.], Lisboa: Edição da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN: 972-98149-5-3.
- JOSSO, Marie-Cristine – *Experiências de vida e Formação*. Lisboa: Educa Formação, 2002. pp. 34-42;
- JARA, José Manuel - *Razão Reencontrada: Psiquiatria sem estigma*. Coimbra: Quarteto editor. 2002;
- JARA, José Manuel- *Causas da Psiquiatria Questões de Saúde Mental*. Lisboa: Caminho 2006;
- JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. - *Intervenções psicossociais no transtorno bipolar*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, (2), 91-9. 2004;
- LEITE, Elvira, MALPIQUE, Manuela; Santos Milice Ribeiro – *Trabalho de projecto. Aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento 2001. ISBN: 972-36-0216-4;

-
- LEFF J.; WARNER R. - *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Lisboa: Almedina. 2008. ISBN 978-972-40-3556-7;
- LIBERMAN, R. P.; DRAKE, R.F.; TSANG, H.W. – *Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation*. In *Psychiatric Services*. 2001, pp. 1331-1342;
- MARLATT, G. [et al.] – *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ArtMed Editora, 1999. ISBN 85-7307-591-0 p.190;
- MALKANI, Vikas – *Tudo o que sempre quis saber sobre Auto-motivação*. Águeda: Paulus Editora, 2004. ISBN 972-30-1098-4;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. ISBN 972-675-109-8 Vol. I – Prioridades.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008, pp. 1395 -1409
- NUNES, Lucília – *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem II*. Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEESM)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Sobre A Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores. Direção Geral de Saúde, 2002. ISBN 972-675-082-2.
- ORNELAS, José – *Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Editado por José Ornelas, Conferência Internacional, Lisboa: 1999;
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. 1ª Edição, Lisboa: Artes Gráficas, Lda., 1992. ISBN 0-433-24902-1;
- POLIT Denise; BECK, Cheryl – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Artmed. 7ª Edição. ISBN: 978-85- 363-2545-3.

-
- PHANEUF, Margot - *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: 2001. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-78-3 ;
 - PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: 2005, Lusociência. ISBN: 972-838-84-33-78-3;
 - OREM, Dorothea E.– *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis (USA): Mosby. 2001;
 - RUMMEL-KLUGE, C., et. All. - *Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland*. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-775. 2006;
 - RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília - *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. In *Revista Percursos* nº 15 janeiro - março 2010. ISSN 1646-5067.
 - SADOCK, B. & SADOCK, V.– *Compendio de Psiquiatria, Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9.ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.
 - SEQUEIRA, Carlos; SÀ, Luís – *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Outubro 2010. ISBN: 978-989-96144-2-0;
 - STUART, Gail; LARAIA, Michele – *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática*. 6ª ed, Porto Alegre: Artemed Editora, 2001. pp: 274-299 e 678-780;
 - TIMBY, K. Barbara – *Conceitos e Habilidades, Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 6ª Edição, Porto Alegre: Artemed Editora, 2001;
 - TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e teoria de enfermagem)*. Trad. Ana Rita Albuquerque. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, pp.211-235
 - TOWNSEND, C. Mary. – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-61-5;
 - WALSCH, Neale Donald – *As Relações Pessoais*. Editorial Pergaminho, 1ª Edição, Lisboa 2003;
 - WATSON, Jean - *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. 1ª Ed. Lusociência, Loures: 2002. ISBN: 972-8383-37-1;
 - YALOM, Irvin D. – *Psicoterapia de Grupo Teoria e Prática*. 5ª Edição. Artmed Editora. SA: São Paulo, 2008.