



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Reforçar a Autonomia da Pessoa com Experiência de
Doença Mental: Contributos do Enfermeiro
Especialista**

Joana Maria Pereira da Silva Matias



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Reforçar a Autonomia da Pessoa com Experiência de
Doença Mental: Contributos do Enfermeiro
Especialista**

Joana Maria Pereira da Silva Matias

Orientador: Professora Doutora Luísa Maria d'Espiney

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradeço

Aos meus pais por me apoiarem em todos os momentos...sempre! Ao meu filho, por toda a compreensão demonstrada nos momentos que não pude estar presente. Ao meu marido e restante família pela complacência...

Aos Professores orientadores da escola, pela disponibilidade, compreensão e ajuda concedidos...

Aos Enfermeiros orientadores dos locais de estágio, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de conhecimento...

À Enfermeira-Chefe do meu serviço pelo apoio e disponibilidade de horário durante este percurso...

Aos meus colegas pela compreensão e apoio demonstrados...

Aos utentes pela partilha das suas vivências, o que me possibilitou este percurso para me tornar Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria...

A todos o meu Muito Obrigada!

**“A maior ladra da autonomia
é a própria doença”
(Eric Cassel, 2009)**

RESUMO

A Pessoa com experiência de doença mental sofre uma redução parcial ou total na sua capacidade para desempenhar as atividades de vida diária no contexto familiar, profissional e social, pelo que se considerou pertinente trabalhar o reforço da autonomia, enquanto capacidade da pessoa decidir e escolher por si própria, numa perspetiva de *recovery*, numa abordagem centrada na valorização das potencialidades da pessoa, com vista ao processo de recuperação.

Os objetivos foram: reforçar a autonomia das pessoas com experiência de doença mental, compreender de que forma contribuem os enfermeiros para reforçar esta autonomia e tomar consciência do desenvolvimento de uma relação terapêutica com os indivíduos.

As questões de partida foram: quais são os desafios que as pessoas com experiência de doença mental enfrentam durante o processo de *recovery* e quais os resultados produzidos decorrentes da intervenção do EESMP?

Realizei dois ensinamentos clínicos na área metropolitana de Lisboa, em dois campos distintos: no contexto comunitário, vocacionado para a recuperação e promoção da autonomia da pessoa, de setembro a novembro de 2019 e no contexto de internamento, direcionado para o tratamento da doença na fase aguda, de novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Metodologia: recorri à abordagem etnográfica, utilizando a entrevista, a observação direta e participante, análise de documentos escritos, escuta ativa e conversas informais como técnica de recolha de informação dos utentes a frequentar as instituições de saúde no período decorrente dos ensinamentos clínicos.

Desenvolvi dois programas de atividades psicoeducativas estruturadas, com sete sessões no contexto comunitário e três sessões no contexto de internamento, com vista à promoção e reforço da autonomia destas pessoas.

Resultados: considerando a prestação de cuidados, a observação dos comportamentos, a interação com os indivíduos, ou seja, com base no processo de cuidar destas pessoas, resultante de um trabalho de equipa multidisciplinar que é desenvolvido diariamente nos serviços, os quais integrei, pode-se constatar que houve um reforço da autonomia, autoconfiança, reconquista da motivação, esperança, que se revelaram como essenciais ao processo de *recovery*. Neste contexto adquiri ainda competências, que me permitiram dar início a um processo na área do reforço

da autonomia da pessoa com experiência mental, que não está concluído, e no qual pretendo continuar a trabalhar.

Palavras Chave: *Recovery*, *Empowerment*, Autonomia, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pessoa com experiência de doença mental

ABSTRACT

The person with experience of mental illness suffers a partial or total reduction in his ability to perform activities of daily living in the family, professional and social context, and it was therefore considered appropriate to work on strengthening autonomy, as the person's ability to decide and choose for himself, from a *recovery* perspective, an approach focused on valuing the person's potential, with a view to the *recovery* process.

The objectives were: to strengthen the autonomy of people with mental illness experience, to understand how nurses contribute to strengthen this autonomy and to become aware of the development of a therapeutic relationship with individuals.

The starting questions were: What are the challenges that people with mental illness experience face during the *recovery* process and what are the results produced from the EESMP intervention?

I taught two clinical courses in the metropolitan area of Lisbon, in two different fields: in the community context, aimed at recovering and promoting the person's autonomy, from September to November 2019 and in the context of hospitalization, directed to the treatment of the disease in the acute phase, from November 2019 to February 2020.

Methodology: I used the ethnographic approach, using the interview, direct and participant observation, analysis of written documents, active listening and informal conversations as a tech in the period resulting from clinical teaching.

I developed two programs of structured psychoeducational activities, with seven sessions in the community context and three sessions in the context of hospitalization, with a view to promoting and strengthening the autonomy of these people.

Results: considering the provision of care, the observation of behaviors, the interaction with individuals, that is, based on the process of caring for these people, resulting from a multidisciplinary team work that is developed daily in the services, which I integrated, it can be seen that there has been a strengthening of autonomy, self-confidence, regaining motivation, hope, which have proved to be essential to the process of *recovery*. In this context I have also acquired skills, which have enabled me to initiate a process in the area of strengthening the autonomy of the person with mental experience, which is not completed, and on which I intend to continue working.

Keywords: *Recovery, Empowerment, Personal Autonomy, Mental Health and Psychiatric Nursing, Mental Illness*

Lista de Abreviaturas / Siglas

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EU – União Europeia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RP – Relatório Primavera

WHO – World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. Pessoa com experiência de doença mental e o processo de reconstrução de si	15
1.2. Autonomia da Pessoa no seu processo de <i>recovery</i>	17
1.3. Processo de <i>recovery</i> da Pessoa com experiência de doença mental	19
1.4. Suporte dos profissionais de saúde.....	21
1.5. Intervenções psicoeducativas.....	24
2. REFORÇAR A AUTONOMIA DA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL	27
2.1. Trabalhar com a Pessoa com experiência de doença mental em Contexto Comunitário	28
2.1.1. Caraterização do serviço	28
2.1.2. Projeto de Intervenção	30
2.1.3. Caraterização das Pessoas com experiência de doença mental	31
2.1.4. Descrição das Atividades	35
2.2. Trabalhar com a Pessoa com experiência de doença mental em Contexto de Internamento de psiquiatria de adultos.....	45
2.2.1. Caraterização do serviço	45
2.2.2. Projeto de Intervenção	47
2.2.3. Caraterização das Pessoas com experiência de doença mental	48
2.2.4. Sessões Psicoeducativas	49
3. CONTRIBUTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIRIA.....	54
4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS.....	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS.....	60
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

ANEXOS E APÊNDICES

Anexos

Anexo I - Escala de *Recovery*

Apêndices

Apêndice I - Avaliação Sociodemográfica da população no Contexto da Comunidade

Apêndice II - Sessão 1 (Contexto da Comunidade)

Apêndice III - Sessão 2 (Contexto da Comunidade)

Apêndice IV - Sessão 3 (Contexto da Comunidade)

Apêndice V - Sessão 4 (Contexto da Comunidade)

Apêndice VI - Sessão 5 (Contexto da Comunidade)

Apêndice VII - Sessão 7 (Contexto da Comunidade)

Apêndice VIII - Avaliação Sociodemográfica da população no Contexto de Internamento

Apêndice IX - Sessão 1 (Contexto de Internamento)

Apêndice X - Sessão 2 (Contexto de Internamento)

Apêndice XI - Sessão 3 (Contexto de Internamento)

Índice de Figuras

Figuras

Figura 1 – Ganhos em saúde para o utente - Mudanças identificadas entre o 1º e 2º momentos avaliativos.....	42
Figura 2 - Ganhos em saúde para o utente no domínio das emoções - Mudanças identificadas entre o 1º e o último momento avaliativo.....	43
Figura 3 – Ganhos em saúde para o utente na dimensão comunicacional.....	43

Índice de Tabelas

Tabelas

Tabela 1 – Tabela de comparação dos dois tipos de abordagem à Pessoa com experiência de doença mental: a tradicional e a de <i>recovery</i>	20
---	----

INTRODUÇÃO

É globalmente reconhecido que as doenças mentais têm uma elevada prevalência e incapacidade associada a altos custos a nível individual e social (Antunes, Frasquilho e Azeredo-Lopes, 2018). O Relatório Primavera (2019, p.90) reforça a mensagem, ao afirmar que “Os transtornos mentais são altamente prevalentes na Europa e têm um impacto muito significativo na vida dos indivíduos, na sociedade e na economia, representando 22% da carga de incapacidade da EU (...)”. Referindo-se a Portugal, o documento (RP, 2019) menciona que as doenças mentais representam 23,8% de todas as doenças, dos anos vividos com incapacidade.

As pessoas com experiência de doença mental sofrem particularmente de determinados sintomas, mais frequentemente: delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados, embotamento afetivo, avolia, que lhes causa sofrimento e prejuízo funcional em muitas áreas importantes da vida destas, como pessoal, profissional e social (American Psychiatric Association, 2013). Nesta sequência, estes indivíduos são frequentemente estigmatizados, o que os leva ao isolamento social, dificulta a sua inserção na sociedade, diminui a sua autoestima e a sua valorização de si, o que dificulta o seu processo de autonomia.

Contudo, há que lembrar que as pessoas com experiência de doença mental, têm os mesmos direitos que as outras pessoas, poderão é por períodos, decorrentes da sua condição clínica, ter a sua capacidade de julgar e agir livremente comprometida, o que pode restringir a sua liberdade e autonomia. Assim, surge a necessidade de os preparar para a sua relação com a sociedade em que se inserem. Face a isto, a minha escolha sobre o tema da autonomia surgiu com a necessidade de compreender como é manter a autonomia quando se experiencia a doença mental, como a doença mental a longo prazo afeta a autonomia na vida destas pessoas no presente e como os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica com estas pessoas e como contribuem para o reforço da autonomia das mesmas, permitindo-lhes superar os impactos negativos causados pela doença.

Para tal, abordei o conceito de autonomia, na perspetiva do *recovery*, que defende que o indivíduo embarca num processo profundamente pessoal, possibilitando a concretização dos seus objetivos de vida, estabilidade emocional e qualidade de vida. Segundo Marsh (1999), trata-se de um processo pessoal que implica ir para além da doença, desenvolvendo um novo significado e um novo

propósito para a vida pessoal. Para Deegan, este conceito “(...) tem as suas raízes no simples facto de que as pessoas a quem foi diagnosticada uma doença mental passaram a ser vistas como seres humanos” (Monteiro e Matias, 2007, p. 112). O conceito de *recovery* é um modelo holístico baseado numa abordagem centrada na pessoa assente em duas premissas: (1) é possível recuperar de uma condição de doença mental e (2) a recuperação mais efetiva é centrada no utente.

Enquanto enfermeira, porque não tenho experiência nesta área, pretendi desenvolver competências de acordo com os objetivos referidos, que se enquadram com as do EESMP nomeadamente: o autoconhecimento; assistir a pessoa na optimização da saúde mental; ajudá-la a recuperar a saúde mental; prestar cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais à pessoa, por forma a melhorar a saúde, perante os referidos objetivos. Realizei dois estágios, sendo o primeiro no contexto comunitário (setembro a novembro de 2019) e o segundo no contexto de internamento (novembro de 2019 a fevereiro de 2020).

Para a realização deste trabalho, elegi a abordagem etnográfica inscrita no paradigma qualitativo, que me permitiu compreender a vivência das pessoas com experiência de doença mental, pedindo-lhes para descreverem as suas experiências, os seus problemas, as estratégias que usam, os conhecimentos que têm sobre a situação e pareceu-me uma abordagem importante na medida em que me permitiu enraizar as intervenções a desenvolver na relevância e perspetiva dos utentes, e assim, garantir que as suas vozes eram o ponto de partida da ação. Nessa sequência, recorri à observação participante, à interação com os diferentes elementos do serviço, com os utentes, com as famílias, desenvolvi a escuta ativa, registei as conversas informais e conduzi processos de entrevista formal, que não foram gravadas, e que escrevi posteriormente. Esta escrita permitiu-me a imersão nas palavras dos participantes em forma de narrativa, bem como, dos registos de cada observação. Fui assim organizando a informação e explorando o conjunto de dados recolhidos. Para suportar a bibliografia, foram consultadas as bases de dados CINHALL e MEDLINE.

O presente relatório está estruturado em duas partes, na primeira parte abordo os fundamentos teóricos relacionados com a caracterização da pessoa com experiência de doença mental, o conceito de autonomia numa perspetiva de *recovery*, e por fim o impacto dos EESMP no suporte e na relação que desenvolvem com as pessoas com experiência de doença mental. Segue-se a descrição do percurso nos dois contextos, as minhas intervenções, as aprendizagens e as minhas dificuldades, que iniciei no contexto comunitário e em seguida no contexto de internamento.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Pessoa com experiência de doença mental e o processo de reconstrução de si

A doença mental é um problema mundial que afeta um número significativo de pessoas. Epidemiologicamente, a doença mental afeta um quinto dos portugueses. Em relação à Europa, Portugal ocupa uma posição cimeira no que respeita às doenças psiquiátricas (DGS, 2017), as quais “(...) Representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ónus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos.” (WHO, 2001, p. 1).

As pessoas com experiência de doença mental sofrem habitualmente de uma perda progressiva a nível afetivo, relações sociais e por vezes défices cognitivos, que comprometem a sua qualidade de vida. Neste sentido, a sua experiência é de grande sofrimento, pois a pessoa acaba por vivenciar sentimentos de baixa autoestima, desvalorização, desmotivação, falta de esperança, deixando de desempenhar o seu papel social e de participar nas decisões, levando assim à perda dos seus objetivos de vida.

Contudo, de acordo com a evidência científica, está estabelecido que as pessoas têm um potencial de recuperação que permanece inexplorado. Como tal, as pessoas com experiência de doença mental requerem um processo de reabilitação com foco na recuperação de competências do ponto de vista individual e social e no desenvolvimento de suportes sociais adaptados aos vários níveis de autonomia (DGS, 2017).

De acordo com o PNS (2015), é fundamental promover a capacitação dos indivíduos, através de ações de literacia, com vista à aquisição de autonomia e de responsabilização pelo seu próprio processo de saúde. Para esta entidade (PNS, 2015), a capacitação dos indivíduos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como, dos custos que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

Na relação estabelecida com a pessoa com experiência de doença mental, observei que tendencialmente a pessoa centra-se nela própria, valorizando as necessidades básicas (fisiológicas e de segurança) renegando para segundo plano as necessidades psicológicas, sociais, estima e de realização pessoal. O ser

desaparece e cede lugar ao objeto, neste caso a doença. Como salientado por Cassel (2009), essa forma de viver a vida, estende-se no tempo e torna-a dependente dos outros, neste caso dos profissionais de saúde. A fragilidade, vulnerabilidade e a incapacidade de cuidar de si própria controlam a sua existência.

Toda esta situação decorre dos sintomas que podem incluir, perturbações do apetite e do sono, sentimentos de inutilidade, incapacidade, desinteresse, apatia, tristeza, alucinações, delírios, pensamento desorganizado, alterações dos afetos e das emoções, e que simultaneamente reduzem as suas capacidades de funcionamento físico, cognitivo, emocional e social, anulam a razão e o discernimento, isolam-na do mundo, comprometem a sua independência, limitam a sua capacidade de agir autonomamente e geram o estigma, que impede a integração social e a vida plena em sociedade (Rocha, Hara e Paprocki, 2015).

Para Almeida, Campos e Gonçalves (2009) “A estigmatização e a discriminação estão entre os maiores obstáculos à intervenção / apoio nas doenças mentais (...) As pessoas com doença mental tornam-se facilmente vítimas da sua doença, os seus direitos humanos são frequentemente violados e são discriminadas.” (p.27).

Para além da condição médica que demarca o definido socialmente como ‘normal’ e ‘anormal’, o senso comum, reforça essa noção subjetiva de ‘anormalidade’ nas doenças mentais, ao categorizar o seu portador como um indivíduo diferente, com comportamentos estranhos dos demais que constituem o grupo social. Tudo isso decorrente das representações coletivas sobre a doença mental.

O estigma baseado no preconceito gera a discriminação com efeitos negativos na vida daqueles que dele são vítimas (Weber e Juruena, 2017). Corrigan e Watson (2002), defendem que o estigma e a discriminação associados à doença mental conduzem ao sofrimento e à pobreza, deixando a pessoa totalmente despida dos seus direitos de cidadania.

Estudos revelam que o isolamento social e as dificuldades vividas pelos utentes na procura e obtenção de emprego, são resultantes do estigma social, que causa baixa-autoestima, frustração, ansiedade e sensação de impotência (Lam, Tsang e Corrigan, 2010).

Todo esse processo reduz as opções destas pessoas nos mais variados campos, criando o sentimento de desempoderamento, o que as torna mais fragilizadas e com a perceção de que não são mais do que sobreviventes no palco da vida. Fazendo a analogia com o mendigo, Oliveira (2013, p.15) afirmava: “Um mendigo pode ter a vida garantida pelas esmolas e pela caridade dos semelhantes,

mas isso não quer dizer que tenha uma vida digna, porque, mesmo que disso não se dê conta é diariamente discriminado, humilhado, rebaixado pelos demais. Ele está puramente a sobreviver.”

Dado o impacto negativo da doença na vida destas pessoas, arrastando para o isolamento aqueles que dela padecem, é fundamental o envolvimento do profissional de saúde no projeto terapêutico do utente. Este necessita de ser acompanhado, de se sentir compreendido e aceite. Nestes casos é preciso criar laços de confiança que sustentem a relação e reforcem a parceria entre o utente e o profissional de saúde, neste caso particular, o enfermeiro. Para Corrigan e Watson (2002), as estratégias de combate e redução do estigma na doença mental passa por: suporte comunitário, direitos humanos e direitos civis, educação e proximidade.

1.2. Autonomia da Pessoa no seu processo de *recovery*

No contexto dos cuidados de saúde, a preocupação com a autonomia teve a sua génese em 1979, aquando da publicação do livro ‘Princípios da Ética’ da autoria de Beauchamp e Childress que a definiram como uma qualidade dos seres humanos que lhes permitia autogovernarem-se, decidirem por si próprios e fazerem as suas escolhas pessoais. O princípio ético que lhe está subjacente é o princípio do respeito pela autonomia de cada pessoa (CEIC, s.d).

Este conceito remete-nos para a autodeterminação e liberdade dos direitos fundamentais nas sociedades democráticas. Para Dutra, Bossato e Oliveira (2017), a autonomia é um conceito que define a liberdade da pessoa em agir livremente, fazendo as suas próprias escolhas numa base racional. No entanto, a sua definição é variável dependendo da perspetiva teórica ou filosófica que a concebe. No caso da doença mental, autores defendem que a autonomia é “mediada”, que corresponde a uma forma adotada pelos profissionais de saúde para ajudar as pessoas em sofrimento psíquico a fazer as suas escolhas livremente, sem o ónus da doença que as afeta. O trabalho do enfermeiro é ajudar o indivíduo a tomar decisões de acordo com as suas próprias regras e preferências, a tornar-se um cidadão autónomo. Ou seja, o novo paradigma de cuidados a estas pessoas está direcionado para ações cujo objetivo último, é a sua autonomia.

A DGS (2002) sublinha que a autonomia é a capacidade de a pessoa agir de acordo com as próprias regras e preferências, controlar e lidar com as situações que lhe são impostas e tomar decisões autónomas e conscientes sobre a sua vida.

Significa identicamente ser responsável pelas ações que se pratica respeitando a autonomia do outro. Pode-se então dizer, que o respeito pela autonomia da pessoa com experiência de doença mental é um valor central no suporte a esse grupo alvo.

A literatura mostra-nos que a incapacidade de tomar uma decisão não é uma característica única dos utentes com doença mental. De acordo com Cohen e Cohen (1984) o psiquiatra atende uma reduzida proporção de pessoas com doenças mentais, que devido ao agravamento da sua condição não têm capacidade para decidir. Contudo, muitas das pessoas nessa condição são capazes de autocuidar-se e têm capacidade para decidir quando estabilizados. Esse viés clínico gera a percepção de que as pessoas com doenças mentais não têm insight, logo, não são capazes de tomar decisões, ou de agir autonomamente.

Falloon, Held, Roncone, Coverdale e Laidlaw (1998), referem que a autonomia do ponto de vista filosófico significa ser capaz de decidir, ser responsável pelos seus atos, consciente das suas intenções quando age e confiança no julgamento que faz sobre a sua ação. No campo da psiquiatria esta autonomia tem de ser contextualizada na situação da pessoa e nas suas dificuldades, a incapacidade de decidir ou agir autonomamente é decorrente da presença da doença, de sintomas que interferem com as atividades de vida diária; limitações funcionais que afetam as habilidades sociais do indivíduo no campo laboral (não consegue trabalhar), social (problemas de relação com a família, cônjuge, amigos), educação; alterações cognitivas e dependência dos cuidados de saúde.

Isto cria barreiras internas e externas que podem atuar como obstáculos temporários, impedindo a pessoa doente de decidir por si própria temporariamente, enquanto durar o episódio de agudização da doença, devido à presença de sintomas que afetam a cognição. Esta limitação de liberdade de escolha e de autogovernar-se tem impactos negativos para o próprio, como desemprego, pobreza, estigmatização, isolamento. Esse ciclo terá de ser quebrado, através da compreensão das potencialidades destas pessoas para que estas consigam conquistar o máximo de autonomia possível, que favorece o seu bem-estar.

1.3. Processo de *recovery* da Pessoa com experiência de doença mental

Segundo O'Brien, Fahmy e Singh (2009), a literatura evidencia que a diminuição da capacidade de decidir e agir autonomamente no grupo de pessoas com doenças mentais associadas ao estigma e discriminação resultam em elevadas taxas de não adesão ao tratamento, e que, cerca de 40% tende a abandonar prematuramente o tratamento e 25% não tem seguimento regular.

Estes fatores dificultam o processo de *recovery* (Stiles, Boothroyd, Dhont, Beiler e Green, 2009).

Mais uma vez, as consequências para o próprio estão no cerne do problema, nomeadamente, baixa autoestima, desmotivação, falta de esperança, não participação nas decisões importantes e inexistência de objetivos com significado para o próprio (O'Brien et al., 2009).

No passado era aceite que as pessoas com doença mental não pudessem ter uma 'vida normal' e que a autonomia era uma realidade remota (Corrigan e Ralph, 2005). Contudo, o modelo de *recovery* marcou uma revolução importante no paradigma da saúde mental através de mensagens de esperança e de confiança.

Para Deegan (1988) o processo de *recovery* refere-se à experiência vivenciada pela própria pessoa à medida que aceita e supera o desafio da doença, aceitando as suas limitações e descobrindo o que pode ser ou fazer, partindo de três pressupostos: esperança, vontade própria e responsabilidade pelas suas ações. Ou seja, é a construção de um sentido pessoal para cada situação que permite à pessoa tomar decisões em consonância com essa mesma perspetiva, isto é, tornar-se autónoma.

Este modelo enquadra-se no pressuposto de que é a pessoa que vive a experiência de doença, quem melhor sabe o que é bom para si própria e não o cuidador, neste caso, o enfermeiro, como regularmente ocorre nas instituições de saúde. Uma extensa literatura mostra os resultados do *recovery*, nos utentes estudados nas diferentes dimensões que os constituem, funcional, psíquica e social (Harding, Brooks, Ashinkaga, Strauss e Breier, 1987; Harding e Zahniser, 1994; DeSisto, Harding, McCormick, Ashinkaga, Brooks, 1995, entre outros), no entanto, o modelo biomédico parece subsistir nos serviços de psiquiatria, direcionado para a eliminação dos sintomas e recuperação da funcionalidade, visando o regresso à

‘normalidade’ (Slade, 2009a). Na tabela 1, encontra-se o resumo dos dois tipos de abordagem, tradicional e *recovery* descritos pelo autor.

Tabela 1 – Resumo dos modelos de *recovery* descritos por Slade (2009)

Abordagem tradicional	Abordagem <i>recovery</i>
Valores e Poder	
(Aparentemente) livre de juízos de valor	Centrado no valor
Responsabilidade é dos profissionais	Responsabilidade é da pessoa
Orientado para o controlo	Orientado para as escolhas
Exercício do poder	A pessoa é quem tem o poder
Conceitos Básicos	
Científico	Humanístico
Psicopatologia	Experiência distressante
Diagnóstico	Significado pessoal
Tratamento	Crescimento e descoberta
Objetivos do serviço	
Anti doença	Pró-saúde
Trazer sob controlo	Autocontrolo
Compliance	Escolha
Regressar ao normal	Transformação

Fonte: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649> Slade (2009b)

O primeiro ponto a notar, é que, a abordagem tradicional não contempla a pessoa doente no seu todo, mas apenas a doença. Em segundo lugar, à luz dos conhecimentos atuais sabemos que o processo de doença e de recuperação é uma experiência individual, como também descrito por Anthony (1993, p. 527):

“recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.”

O processo de *recovery* na saúde mental enfatiza a esperança, o compromisso com a vida e o empoderamento sobre a doença. Para Stotland, Mattson e Bergeson

(2008) *recovery* é sobretudo, uma experiência vivida, que envolve, mover-se através de, em última análise, para além da doença.

Axer (2012), descreve um conjunto de estratégias no suporte às pessoas que vivem o processo de *recovery* visando a sua autonomia, nomeadamente, o treino de competências sociais. Para o autor (Axer, 2012), a implementação destas estratégias ajuda a aumentar a autoconfiança, através do ensino, role-play, feedback construtivo e prática das competências adquiridas no contexto natural. Refere que este método, provou aumentar a autonomia dos utentes e reduzir a dose da medicação.

Complementarmente a estas estratégias, o suporte dos profissionais de saúde acompanha o utente ao longo da jornada em direção a maiores níveis de autonomia. O autor (Axer, 2012) sublinha que outras estratégias incluem: gestão da doença; gestão dos efeitos secundários da medicação; gestão do stress; educação do utente e seus familiares para aumentar a compreensão da doença e apoio aos utentes no acesso a oportunidades de trabalho nas suas comunidades.

No quadro do processo de *recovery*, o enfermeiro assume uma posição única de ajuda aos utentes e familiares a contextualizar a sua experiência de saúde-doença e a viver o seu processo de *recovery*. Essa ajuda, pode consistir em escutar o utente, ajudá-lo nos problemas de saúde que o afeta, entre outros (Camann, 2010).

1.4. Suporte dos profissionais de saúde

As pessoas são admitidas nos serviços de saúde mental por uma diversidade de motivos, como a incapacidade para lidar com o *stress* ou porque constituem um risco para si próprios e para os outros. Deste modo, a questão que se coloca é como ajudar pessoas tão diferentes a viver uma crise pessoal?

O modelo biomédico revelou-se insuficiente, e cedo os profissionais de saúde se aperceberam que o mais importante era compreender o que as pessoas estavam a experienciar, ou seja, partir das suas experiências de vida e desenvolver um modelo holístico centrado no utente.

A este respeito escreveu Peplau (1985/1988 citada por Barker e Buchanan-Barker (2008, p.7)):

“if nursing is ever going to become the holistic, person-centered activity that it believes it is already, then it must reject the notion of packaging people and their care according to medical diagnostic criteria.”

Acrescentando que as doenças não são o foco dos enfermeiros, mas a relação das pessoas com a sua doença e com a sua saúde. O enfermeiro deverá ajudar a pessoa a compreender as suas dificuldades e a necessidade de ajuda independentemente de ter um diagnóstico.

O cuidar da pessoa com experiência de doença mental, implica novas práticas e a construção de um novo olhar, na medida em que os estudos mostram o sofrimento psíquico provocado por essa condição. Enquanto estudante e enfermeira, acredito que o bem-estar físico e psíquico daqueles que cuidamos é uma prioridade, e que é necessário educar a sociedade que tende a categorizar as pessoas e a segregar aqueles que considera diferentes dos demais.

Para responder a este nível de intervenção, trabalhar em parceria com a pessoa é um desafio, na medida em que, é necessário levar o outro a cooperar, respeitando os seus desejos, valores, crenças e o seu projeto de vida. O pretendido é chegar a um objetivo comum: fazer com que a pessoa se readapte à nova realidade e ganhe a máxima independência na realização das atividades de vida diárias. Nesta parceria sobressai a entreaajuda e a convicção de que todos podem ir mais longe (Toftthagen, Talseth e Fagerstrom, 2014).

De acordo com Kohn, Blumenthal e Campbell (2013), a autodeterminação das pessoas com experiência de doença mental não se restringe às oportunidades e capacidade de exercício dos direitos, estende-se ao suporte dos profissionais de saúde, a que têm direito.

Na ótica de Townsend (2011, p. 79) “(...) Os profissionais de cuidados de saúde devem assegurar-se de que o respeito pela autonomia do indivíduo não é ignorado a favor do que qualquer outra pessoa possa entender como o melhor para o cliente.”

Neste contexto, Taylor et al. (2016) realça que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de respeitar e potenciar a autonomia e a autodeterminação de todas as pessoas a quem prestam cuidados, pois o *recovery* destas pessoas baseia-se fortemente nas suas próprias escolhas.

Capacitar o indivíduo para, consiste em trabalhar com a pessoa as suas potencialidades através de uma abordagem compreensiva, suporte social, vocacional, educacional ajustada às suas singularidades e situação de modo personalizado (Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride e Bagby, 2012).

Gottlieb (2016), descreve bem o papel do enfermeiro nesta área, ao sublinhar que, o seu maior contributo é reforçar as potencialidades e capacidades das pessoas com experiência de doença mental para permitir a sua maior expressão. Para isso é

necessário que acompanhe de perto a pessoa doente, monitorizando a sua evolução, construindo mecanismos de permanente feedback e mobilizando estratégias de incentivo e de suporte. O seu foco não é apenas a sua ação, mas também os resultados que produz (Barker, 2001).

A importância da relação terapêutica no reforço do self

O processo de *recovery*, assume que os enfermeiros devem estar próximos daqueles de quem cuidam, para que juntos possam explorar a experiência de saúde/doença, o que facilita também a relação enfermeiro/doente como descrito por Peplau (1988). A sua teoria assenta na enfermagem psicodinâmica, ressaltando que do ponto de vista profissional, os enfermeiros têm a obrigação e a necessidade de usar a sua maior capacidade para compreender o seu próprio comportamento, para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas e para aplicar os princípios das relações humanas para os problemas que surgem em todos os níveis da sua experiência.

Esta linha de ação, está em harmonia com a definição dos cuidados de enfermagem, no que respeita à relação terapêutica promovida no contexto do exercício profissional do enfermeiro “(...) Caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...)” (OE, 2003, p. 4). Foi algo que procurei ao longo dos ensinamentos clínicos, estabelecer uma relação terapêutica com o outro e assegurar-me da qualidade desta, permitindo-me também, tomar consciência dos meus modos de ser e estar nessa relação.

No contexto dessa relação, os EESMP devem escutar a história de cada pessoa, respeitosamente, entender e valorizar. Essa ação resulta na aceitação do enfermeiro pela pessoa, bem como, receber e aceitar os cuidados de que necessita, para começar a avançar em direção à recuperação (Barker et al., 2008).

1.5. Intervenções psicoeducativas

A psicoeducação surgiu em 1970 e Authier (1977) definiu-a como uma intervenção psicoterapêutica, cujo foco é a satisfação dos objetivos desejados pelos utentes. De acordo com o mesmo autor (Authier, 1977), a psicoeducação contribui para a estabilização da doença mental, através de mudanças comportamentais, emocionais e sociais, na medida em que as pessoas são ensinadas a ajudarem-se a si próprias, promovendo a sua autonomia. Estas intervenções, designam-se educativas, na medida em que, visam o ensino dos utentes acerca do seu tratamento psicoterapêutico, através de estratégias de encorajamento, fortalecimento da adaptação e da comunicação, para os consciencializar e preparar para lidarem com as mudanças (Bhattacharjee et al (2011) citados por Lemes e Ondere Neto, 2017).

Também para Stuart e Laraia (2001), a psicoeducação é considerada uma abordagem que visa o processo de reabilitação, através do ensino ao utente /família de fatos importantes acerca da doença mental e formas de lidar com a mesma, para uma maior qualidade de vida. Ainda de acordo com os mesmos autores (Stuart e Laraia. 2001), os utentes “(...) Começam a esperar que o ensino sobre a saúde seja uma parte dos cuidados de saúde que recebem.” (p.286).

Com base na evidência científica, os EESMP “(...) São agentes privilegiados na conceção, implementação e avaliação de programas de promoção de competências (...)” (Loureiro, 2013, p.1). Assim, um aumento do espectro de serviços especializados prestados por enfermeiros, incluindo intervenções psicoeducativas para a promoção da saúde é fundamental, para um cuidado de qualidade e maior satisfação dos utentes do serviço (Cusack, Killoury e Nugent, 2017).

Para reforçar esta ideia, Melo-Dias, Rosa e Pinto (2014) referem que “As atividades de enfermagem devem ser entendidas como intervenções cujo âmbito requer uma relação e interação social, num formato potenciador dos cuidados e obrigatoriamente integradas na mesma planificação sistémica e sistemática, com o mesmo foco global de atenção, visando a satisfação das necessidades, mais especificamente nos aspetos que abordam a decisão, a ação e a interação com o cliente, procurando a máxima adaptação funcional através dos processos de aprendizagem cognitiva, comportamental e afetiva” (p. 17).

Como é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o processo de intervenção terapêutica baseia-se na relação interpessoal que é construída entre o enfermeiro e o

utente, baseada na confiança e ajuda, possibilitando o desenvolvimento, a construção e o crescimento em parceria de razões para as necessidades identificadas (Regulamento nº515/2018).

Nas sessões de psicoeducação, o terapeuta utiliza métodos que enfatizam as experiências de ensino nas sessões, usando situações da vida do utente para ilustrar os conceitos. O terapeuta dá explicações breves e acompanha-as com questões que visam promover o envolvimento do utente no processo de aprendizagem, podendo inclusivamente usar diversas ferramentas para auxiliar a promoção da psicoeducação (Wright, Basco e Thase, 2008).

As vantagens das intervenções psicoterapêuticas, referem-se ao fato das mesmas ampliarem o espectro de informações aos utentes, para que estes obtenham uma compreensão global da sua doença e podem ser utilizadas em diversos ambientes (Cole & Lacefield (1982), citados por Lemes e Ondere Neto, 2017).

Apesar da inexistência de um modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, é unânime que assumindo-se como uma intervenção autónoma de enfermagem parta da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2014).

Atendendo ao estabelecido no projeto de estágio e posteriormente delineado com os enfermeiros orientadores, considere fundamental e de extrema importância o ensino e o treino das pessoas com experiência de doença mental, no âmbito das capacidades físicas, intelectuais, emocionais e sociais, imprescindíveis à sua autonomia. Pois a capacitação da pessoa com experiência de doença mental, vai permitir que esta obtenha uma maior emancipação acerca dos processos de decisão, bem como o autocontrolo e responsabilidade da sua própria vida, promovendo o desenvolvimento da autoconsciência, *recovery* e desenvolvimento pessoal (Ornelas, 2002).

Com base na escuta ativa, nas conversas informais, na observação dos comportamentos dos utentes, mas também das sugestões dos enfermeiros orientadores, fui identificando necessidades de formação e os temas das sessões psicoeducativas foram surgindo, e após pesquisas na literatura, foram sendo planeadas e desenvolvidas.

Foram realizadas sessões de biblioterapia e cinematerapia, que para Cajão, Morais e Gonçalves (2018) "(...) São meios psicoterapêuticos que fomentam a interação social, potenciando as relações de grupo como arma terapêutica e

permitindo a utilização da criatividade, imaginação, projeção e introjeção como mecanismos de mudança” (p.1).

A adesão terapêutica foi outro dos temas abordado em ambos os contextos, uma vez que o reconhecimento e aceitação da doença por parte do próprio utente, faz toda a diferença. De acordo com Cardoso, Byrne e Xavier (2016), uma forma de os utentes terem adesão ao tratamento é perceberem os benefícios que têm com isso, e para tal é fundamental “(...) Que o tratamento vá ao encontro das necessidades dos doentes, haja um envolvimento pleno e cooperante da parte da família, e a relação profissional-doente seja positiva e o menos assimétrica possível” (p.210).

Na experiência de doença mental, o EESMP surge enquanto terapeuta / formador, ao promover o desenvolvimento de competências sociais, que permitam ao indivíduo, uma maior adaptação ao seu contexto de vida (Loureiro, 2013). Assim o tema da assertividade surgiu enquanto competência social, na qual, o indivíduo exprime espontaneamente os seus interesses próprios, desejos, preocupações e crenças de forma a vê-los entendidos de forma respeitosa (Ames, 2008).

Verifiquei que alguns utentes apresentavam algum nível de ansiedade, pelo que foi realizada uma sessão de relaxamento por sugestão da enfermeira orientadora.

Foi realizada também uma sessão em ambos os contextos relacionada com a arteterapia que é um método facilitador do *recovery* da pessoa com experiência de doença mental, na medida em possibilita o aumento do autocontrolo, a autoconsciência, o desenvolvimento de estratégias de coping, a capacidade de lidar com a vida quotidiana, permitindo um maior bem-estar, uma maior autodeterminação e a redução dos sintomas associados à doença mental, chegando mesmo a ser considerada como intermediária para uma transformação pessoal (Bone, 2018; Blomdahl, Wijk, Guregard e Rusner, 2018).

A pessoa deve ser entendida, enquanto um ser individual, que possui vivências próprias, e que deve ser auxiliado no encaminhamento e reconhecimento dos seus direitos, para resolução dos seus problemas. Desta forma, com a realização das sessões psicoeducativas, pretendi promover a consciência crítica dos utentes, de forma construtiva, criando oportunidades para que se sentissem com maiores competências, mais independentes e autoconfiantes relativamente às suas capacidades para irem ao encontro da resolução das suas necessidades.

2. REFORÇAR A AUTONOMIA DA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

Para desenvolver este projeto realizei dois ensinamentos clínicos, que decorreram em dois contextos diferentes, o contexto comunitário e o contexto de internamento hospitalar. E propus-me assim, avançar nesta estrada, focar a minha atenção neste grupo populacional, refletir sobre o processo saúde-doença na doença mental e aplicar os recursos e instrumentos aprendidos no desenvolvimento de intervenções que promovam a autonomia dos utentes, nos locais onde realizei os ensinamentos clínicos.

A questão da capacitação para a autonomia da pessoa que experiencia a doença mental guiou a minha intervenção nos dois locais de ensino clínico, sendo o meu principal objetivo de estágio. Para tal efeito tracei como objetivos específicos, a avaliação do funcionamento psicossocial da pessoa com experiência de doença mental e a identificação das suas experiências de *recovery*.

Ambos os contextos de aprendizagem apresentam características diferentes, porquanto, um dos locais recebe utentes ambulatoriais, Unidade de Saúde Mental Comunitária e, o outro é uma Unidade de Internamento de Psiquiatria.

Os dois espaços estão localizados na área metropolitana de Lisboa e, ambos estão vocacionados para cuidar de pessoas com experiência de doença mental.

No contato com os utentes, centrei-me no desenvolvimento de estratégias de capacitação para a autonomia, através do estabelecimento de parcerias com a pessoa que experiencia a doença mental.

Procurei transformar as dificuldades em oportunidades de aprendizagem e de crescimento pessoal, devolver à pessoa a esperança e a confiança, bem como, envolvê-la no seu processo de *recovery*. Para tal, organizei dois programas de intervenção estruturada, com base na teoria do *recovery*. Um programa com sete sessões no contexto comunitário, que procurei conceber de acordo com as necessidades dos utentes e outro programa com três sessões no contexto de internamento, que foram sugeridas pelo enfermeiro orientador, tendo em conta o grupo de participantes.

No contexto das competências do EESMP e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, definidos pela OE (2015), as minhas intervenções centraram-se no bem-estar e autocuidado, readaptação

funcional e a adaptação ao processo de doença, não negligenciando, contudo, todos os outros cuidados especializados da competência do EESMP.

2.1. Trabalhar com a Pessoa com experiência de doença mental em Contexto Comunitário

2.1.1. Caracterização do serviço

A unidade de saúde mental comunitária funciona em regime de internamento parcial (no qual os utentes comparecem diariamente no serviço das 09h às 16h, de segunda a sexta-feira) e está direcionada para utentes em reabilitação psicossocial, que necessitam de acompanhamento diário.

São admitidos utentes em fase de recuperação de um episódio agudo, após internamento. Recebe ainda utentes oriundos da consulta externa, ambulatório e da urgência com difícil controlo ou resistência ao tratamento.

Relativamente ao tratamento, consiste na implementação de um plano terapêutico, individualizado e na prevenção de episódios de agudização da doença.

No que respeita ao *staff*, a unidade engloba duas equipas multidisciplinares, constituídas por duas enfermeiras, uma EESMP, três médicos psiquiatras / outros médicos a realizar o internato, dois psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social e uma terapeuta (responsável pela atividade de dançaterapia).

Os utentes que frequentam esta unidade encontram-se distribuídos pelas duas equipas, sendo que cada grupo não deve ultrapassar os doze utentes, e a cada um, é atribuído um técnico de referência, que fica responsável por ajudar o doente a resolver necessidades específicas, tais como, procura de emprego, reuniões familiares individuais, ou a resolução de outras situações particulares.

As patologias mais comuns, são a esquizofrenia, a perturbação bipolar, síndrome depressiva e perturbações da personalidade.

Neste sentido, é desenvolvido com os utentes um plano terapêutico semanal, que prevê um conjunto de atividades estruturadas com diferentes profissionais (enfermagem, psicologia e terapia ocupacional), com base na psicoeducação, promoção da adesão ao regime terapêutico e treino de competências, com o objetivo de o utente estabelecer um projeto de vida, com vista à promoção da sua autonomia.

Engloba ainda momentos de socialização entre os utentes e de partilha de experiências entre eles.

As atividades existentes são:

- Reunião comunitária às segundas-feiras. Participam todos os utentes e determinados profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e médicos). O objetivo é promover a expressão de sentimentos por parte dos utentes através do reforço positivo.
- Relaxamento de Jacobson que se realiza duas vezes por semana, integrando ambos os grupos.
- Preparação da terapêutica que ocorre às terças-feiras, na qual os utentes juntamente com a respetiva enfermeira preparam a sua própria caixa de medicação semanal. O objetivo desta atividade é supervisionar a autonomia dos utentes na preparação da terapêutica instituída e o esclarecimento de dúvidas acerca das indicações e efeitos secundários. As caixas ficam armazenadas no gabinete de enfermagem. e todos os dias, após a chegada à unidade, os utentes dirigem-se ao local onde é efetuada a toma assistida da medicação. Esta é a única toma assistida do dia, pois após a toma da manhã, cada utente é responsabilizado pelas tomas seguintes.
- Reunião de equipa, que envolve toda a equipa multidisciplinar e ocorre semanalmente. Aqui é discutido e acordado o plano terapêutico e o projeto de vida para cada utente. Esta reunião ocorre no intervalo das atividades dos utentes, que nestes momentos permanecem nos espaços de socialização.
- Sessões de psicologia.
- Dançaterapia.
- Terapia ocupacional.

Quinzenalmente, às quartas-feiras tem lugar o grupo das famílias onde podem participar apenas as famílias dos utentes atuais, ou que frequentaram o espaço no passado. Os utentes não participam nestas reuniões.

Este grupo é moderado pela EESMP e pela psicóloga e visa permitir aos familiares a partilha de vivências, emoções e sentimentos, bem como a discussão e explicação dos sinais e sintomas da doença e estratégias facilitadoras da resolução de problemas.

Este serviço inicia-se diariamente com a chegada dos utentes e profissionais ao mesmo. Os utentes dirigem-se à sala de enfermagem, onde os espera a enfermeira, que lhes entrega a terapêutica para o dia (que os utentes gerem de forma autónoma), sendo que a primeira toma da medicação é realizada de imediato e na sua presença. Em seguida, dirigem-se à sala onde decorre a atividade (com duração de cerca de uma hora e meia), tendo entre cada uma, um intervalo de cerca de quinze minutos. Por volta das 12h, a enfermeira distribui as senhas de refeição aos utentes, que se dirigem ao refeitório da instituição.

Findo o horário da refeição, os utentes regressam ao serviço para mais atividades, após as quais, regressam aos seus domicílios.

2.1.2. Projeto de Intervenção

O meu plano de intervenção neste campo foi a realização de um programa de sete sessões estruturadas que decorreram duas vezes por semana, com a duração de uma hora, com vista ao reforço da autonomia enquanto processo de *recovery* dos utentes que frequentavam aquele espaço, incidindo nas suas vivências e experiências individuais e nos significados atribuídos às trajetórias de vida de modo a compreender e interpretar o mundo destas pessoas e que contou com uma média de sete participantes.

A implementação deste programa levou-me a congeminar sobre a importância da esperança, da ampliação de competências, da escolha e da participação das pessoas portadoras de doença mental para que possam viver plenamente em sociedade.

Após um período de integração que decorreu nas primeiras duas semanas de ensino clínico e no qual a equipa se mostrou recetiva à minha presença e interessada em acompanhar o meu projeto de desenvolvimento profissional, solicitei a colaboração da minha orientadora (EESMP) para a concretização dos meus objetivos de estágio, bem como, a colaboração de toda a equipa de saúde.

Durante este período integrei-me nas atividades aí desenvolvidas, contatei informalmente com os diversos elementos que integram as equipas e tive acesso aos processos clínicos dos utentes. Foi um período de familiarização entre a mim e a enfermeira orientadora, a equipa e os utentes, que me deu acesso à problemática, e na qual me centrei em seguida, compreender a pessoa com experiência de doença

mental e procurar a melhor forma de intervir. Esse processo foi desenvolvido em parceria com a enfermeira orientadora e neste período tive acesso aos utentes.

Acompanhei a enfermeira que estava mais ligada ao designado grupo II, que era composto por sete utentes. Contudo estes grupos não são completamente fixos, pois variam com as admissões ou as altas dos utentes.

O estudo foi sendo progressivamente construído à medida que me aproximava do objeto de estudo. Esta fase, foi primeiramente marcada pela observação participante. Aqui procurei participar em todas as atividades (exceto nas sessões de psicologia, terapia ocupacional e dançaterapia por não ser autorizada pelos respetivos técnicos).

No sentido de obter uma melhor compreensão do fenómeno, responder às minhas inquietações e refletir criticamente sobre a situação, aproximei-me do grupo de utentes nos momentos informais, durante os intervalos e acompanhando-os nas suas idas ao refeitório, partilhando mais uma vez os seus espaços, no sentido de captar os significados atribuídos pelos sujeitos ao seu processo de adoecer e de equacionar estratégias de promoção da autonomia na ótica do *recovery*. E este percurso de participação com as pessoas permitiu a construção de uma relação de proximidade, o que facilitou o trabalho de grupo com as mesmas.

Através da observação direta, fui estudando as características diferenciadoras e comuns e delineando as intervenções em conformidade com o observado.

Houve necessidade de desenhar o perfil dos participantes e deste modo recolher dados sociodemográficos que me permitiram caracterizar o grupo (apêndice I).

2.1.3. Caracterização das Pessoas com experiência de doença mental

O grupo dos sete participantes, era constituído por uma utente do sexo feminino e seis utentes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 54 anos, maioritariamente desempregados, sendo que apenas três estavam empregados.

O tempo de internamento no serviço varia de acordo com o caso de cada utente e a sua evolução, sendo a média de 80 dias. Dois dos utentes tinham entrado no serviço no início do meu estágio, outro utente estava há cerca de três semanas e os restantes há mais de um mês. Um dos utentes já tinha estado anteriormente internado no serviço há cerca de dois anos e um outro utente encontrava-se em regime de internamento compulsivo. Todos os utentes aderiam ao programa do serviço, apenas

um chegava frequentemente atrasado e outro, pedia sistematicamente à Enfermeira (referindo perturbações gastrointestinais) para sair mais cedo das atividades.

Na minha apreciação, verifiquei também que cinco utentes apresentavam roupa adequada à estação do ano e à instituição, contudo demonstravam baixa auto estima e pouca valorização de si e dos seus cuidados (sempre o mesmo vestuário, barba mal cuidada, unhas sujas, cheiro a urina) e dois utentes apresentavam vestuário desadequado (sujo, rasgado, t-shirt e chinelos (no Inverno)).

A informação recolhida mostrou-me uma população heterogénea, mas que partilha aspetos comuns no que respeita ao processo de doença.

A má adesão à terapêutica é uma dificuldade comum aos sete participantes.

Através da minha observação, verifiquei alguma diversidade na avaliação da sua condição clínica, identificando-se três utentes com humor ansioso, dois com humor deprimido e dois com humor neutro.

A avaliação permitiu ainda identificar em dois dos utentes alterações da senso-perceção, nomeadamente, um verbalizava alucinações acústico-verbais, “Ouço vozes” (E1), e o outro, ideação persecutória, “(...) Vou na rua e olho para as pessoas e penso que estão a falar mal de mim...” (E4).

Os restantes utentes não apresentavam quaisquer alterações a este nível.

Construir das relações

O estar de alguns dos utentes, introvertidos, cabisbaixos e o silêncio à sua volta, fez-me sentir ansiosa e sem saber como agir, sentindo a necessidade de ter alguém que mediasse as relações entre ambas as partes. Procurei a ajuda da orientadora que me tranquilizou.

A realização das entrevistas revelou-se-me desafiadora na medida em que a aproximação ao grupo foi vivida com alguma insegurança. Para ultrapassar essa dificuldade, assumi a posição de observadora participante. Vi aqui uma oportunidade de aproximação ao grupo de utentes e o acesso às suas histórias, através das narrativas. A estratégia adotada foi permanecer nos espaços ocupados pelos utentes, que se reuniam nos intervalos, como na sala de espera, nos espaços comuns e ainda acompanhando-os ao refeitório.

Ao longo de duas semanas, vi o meu objetivo concretizado, o acesso informal aos utentes, conseguido via estabelecimento de uma relação terapêutica com o grupo, tinha sido aceite. No tempo, as relações foram-se adensando e subitamente vi-me a

fazer parte das suas vidas, partilhando as suas experiências. A minha presença regular nos espaços partilhados pelos utentes e a observação direta de determinados aspetos do grupo constituíram assim uma técnica importante de acesso às fontes (utentes) e às suas narrativas.

A primeira dificuldade tinha sido superada, mas outra ocupou o seu lugar. A narração das histórias de vida sem um encadeamento lógico, mas antes, consistindo de verbalizações espontâneas de acontecimentos de vida, não me permitiam compreender o todo, o que gerou a necessidade de socorrer-me de um instrumento que servisse de guião na condução da informação recebida. Utilizei para o efeito a Escala de *Recovery* (Ras) (anexo I), que me ajudou a direccionar a informação. Os tópicos foram estruturados da seguinte forma:

- Gostaria que me falasse acerca do motivo do seu internamento...
- Para mim viver com esta doença é...
- Os meus desejos /objetivos de vida para o futuro são...
- Para que isso aconteça estou disposto(a) a...
- Ajude-me a terminar a seguinte frase “Para mim ser feliz é...”

Nesta altura, era já um elemento do grupo e as pessoas naturalmente expressavam-se. No entanto, algumas vezes face ao sofrimento expresso através da linguagem não verbal (inquietação, olhar fugaz, períodos de silêncio) senti-me impotente sem saber o que dizer, mas com a certeza de que teria de adotar algumas estratégias terapêuticas que ajudassem aquelas pessoas.

Estratégias adotadas:

- **Tranquilizar.** Como sublinhado por Chalifour (2008, p. 293): “(...) Uma presença física tranquilizadora do interveniente pode expressar-se através de um rosto acolhedor, um tom de voz pausado, um olhar direto, gestos harmoniosos, um débito verbal moderado, uma pele bem oxigenada, pelo calor das mãos, um toque doce ou seguro”.
- **Encorajar** foi outra das estratégias seleccionadas, que passa por “(...) Apoiar o cliente no seu modo de assumir a sua doença manifestando-lhe uma compreensão empática relativamente ao que vive. Este acolhimento tem como efeito validar o que ele sente e quebrar a sensação de solidão frequente numa tal experiência” (Chalifour, 2008, p. 293).

- A **observação** sobretudo da linguagem não-verbal e a escuta ativa permitiram-me identificar as necessidades do grupo de utentes. Considerando que “(...) Escutar consiste primeiramente em captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo conceptual e afetivo e, em seguida, em manifestar a sua compreensão ao cliente através do seu modo de intervir junto dele (...).” (Chalifour, 2008, p. 150).
- **Narrativas etnográficas** sendo uma técnica que facilita a aproximação aos mundos individuais da experiência (Flick, 2004), possibilitou-me o acesso e o aprofundamento das experiências subjetivas dos diferentes utentes que integravam o grupo.

Fiz um levantamento geral de elementos passíveis de análise construindo o primeiro esboço da grelha de análise e, após uma segunda leitura fui ajustando a informação. O material organizado foi por sua vez, sistematizado de forma encadeada e posteriormente discutido com a Enfermeira orientadora.

Foi deste modo possível captar os significados atribuídos pelos participantes ao processo doença/bem-estar.

Os dados evidenciaram estados psicológicos negativos que comprometiam o tratamento e a socialização. Transpondo os sentimentos relatados nas vozes discursivas para os diagnósticos de enfermagem foram identificados os seguintes diagnósticos: Humor comprometido; Adesão ao regime terapêutico ineficaz; Ansiedade; *Coping* ineficaz e Socialização comprometida.

Questionando e refletindo sobre os discursos manifestados nas narrativas, sobre os comportamentos observados e expressões corporais evidenciadas, fui delineando um conjunto de intervenções enquadradas nos sete elementos do *recovery*. Embora a análise das narrativas, dos registos de campo e das histórias clínicas revelassem aspetos comuns, as intervenções tiveram como foco a singularidade de cada um dos participantes.

2.1.4. Descrição das Atividades

Foram delineadas sete sessões de grupo com a duração de três semanas e tendo em vista a promoção da consciência de si, promoção da esperança, gestão da crise, gestão de sintomas, capacitar, relações pessoais, relaxamento e procura de sentido. Seguidamente passo a descrever cada uma das sessões.

A Viagem

A primeira sessão denominou-se 'A Viagem' (apêndice II). O objetivo foi levar os participantes a sentirem-se confiantes face a uma nova oportunidade para recuperarem. Foi passado o filme 'O lado bom da vida'.

Trata-se de um filme que retrata a vida de um homem com diversos problemas e desafios. Pat Solano (personagem principal) é portador de uma doença bipolar e após o internamento numa clínica, regressa a casa e tem pela frente o desafio de reconstruir a sua vida, estando determinado em recuperar o que perdeu (o emprego e o casamento).

O filme mostra os dramas vividos pelas personagens: Pat, pai de Pat e Tiffany.

A história vivenciada pelos personagens permite-nos refletir acerca de aspetos que envolvem as pessoas portadoras de transtornos mentais, no caso do filme, a bipolaridade e o transtorno obsessivo compulsivo. Destaca o processo de luta e a procura de reconstrução de vida de Pat com a ajuda de Tiffany e da dançaterapia, que a própria usa para lidar com os seus problemas e rotinas. Ou seja, a mensagem que o filme nos dá é que mesmo no meio de um turbilhão de problemas as personagens conseguiram encontrar na dança e no suporte mútuo a esperança de reconstrução das suas vidas.

Deste modo, pretendi através da visualização do filme que os utentes encontrassem com a minha ajuda, a esperança e a crença de que era possível avançar em direção ao 'lado bom da vida'.

Os sete utentes participaram na sessão e após a visualização do filme referiram ter apreciado a história narrada. Um dos participantes por exemplo, verbalizou que o filme retratava exatamente como ele se sentia face à vida, "Um caos a aguardar que eu encontre um rumo" (E3).

Na avaliação da sessão pelo grupo (através da aplicação de um questionário) todos teceram comentários positivos sobre o filme. No final, foi promovido um debate

em torno do mesmo. Inicialmente os participantes estavam pouco participativos, contudo assim que um dos utentes (E5) iniciou a sua partilha, os restantes participaram em concordância e deram origem à interação, onde partilharam as suas emoções, os seus medos e os seus desejos futuros. Segundo os utentes o filme fez emergir estados psicológicos positivos tais como, esperança, felicidade, vontade de ser feliz, segurança, saudade e amor.

Para um dos utentes, o filme transportou-o para os seus tempos de adolescência, caracterizado pela liberdade e despreocupação: “Faz-me lembrar a minha adolescência, não tinha medo de nada nem de ninguém” (E5).

Um outro utente afirmou que o filme lhe concedeu a possibilidade de sonhar que poderia ser feliz: “Fez-me sonhar... ainda posso ser feliz” (E6).

Outro dos utentes avançou que o filme mostrou que todos somos vulneráveis e que a linha que nos separa é ténue: “Mostra que também somos pessoas como as outras” (E2).

A identificação dos utentes com as personagens suscitou uma interação em grupo e gerou uma atitude otimista e um sentimento de esperança.

Rumo à Segurança

A segunda atividade “Rumo à Segurança” (apêndice III), teve por objetivo promover a adesão ao tratamento farmacológico, capacitar os utentes para a gestão da crise, monitorização de sintomas, apoio à recuperação e promoção de saúde e bem-estar. Nesta sessão participaram seis utentes.

A atividade consistiu na apresentação de um PowerPoint (método expositivo) onde foram abordados aspetos relacionados com a adesão terapêutica, nomeadamente: definição, prevalência, principais características da adesão, gestão da crise e o que fazer numa situação de crise (a quem recorrer).

Sabendo que a maioria das pessoas com experiência de doença mental tem acesso limitado à informação e aos recursos necessários para autogovernarem-se nas várias esferas da vida, revelou-se importante promover o sentido de *empowerment* dos utentes e a participação ativa nas diferentes dimensões das suas vidas, especialmente, na sua recuperação.

Como recomendado no plano de ação de saúde mental para 2013-2020 (DGS, 2017), os profissionais de saúde devem apelar ao envolvimento do doente na gestão da sua doença.

Por sua vez, os programas de gestão da doença têm como objetivos melhorar a participação da pessoa em atividades que promovam a saúde tais como, monitorizar e gerir sintomas e sinais da doença, gerir o impacto da doença na funcionalidade, promover decisões informadas, melhorar a adesão à terapêutica e melhorar a colaboração com os profissionais de saúde na escolha da melhor possibilidade de tratamento, isto é, promover o conceito de doente ativo.

O objetivo foi capacitar os utentes para a transição de um papel de recetor de cuidados (papel passivo) para um papel ativo. Foi também importante que os utentes tivessem conhecimento dos recursos existentes na comunidade e como os utilizar.

No final da sessão, a maioria dos participantes quiseram intervir e partilharam no grupo que se identificaram com os sinais de recaída apresentados, consequentes da não adesão à terapêutica, que justificaram com os efeitos secundários da medicação farmacológica e atribuíram ainda ao facto de nesses períodos se sentiram melhor. Contudo, reconheceram a importância da adesão à terapêutica e consideraram que foi uma atividade de grande importância porque demonstrou a preocupação e disponibilidade dos profissionais pelos utentes, aspeto muito positivo como expresso em alguns discursos: “Apesar de já saber que isso é verdade, é sempre bom lembrar, ajuda-nos a manter na realidade” (E7); “Eu gostei muito, devia haver mais atividades como esta, percebe-se que se interessam por nós” (E6).

Compreender a Doença

A terceira sessão/atividade “Compreender a Doença” abordou questões relacionadas com os diagnósticos. Porquê esta atividade?

Aumentar a consciência da situação de cada um, favorece o processo de autonomização. Abrir espaço para o debate sobre os sintomas e dificuldades entre as pessoas contribui para reforçar a ideia de que não estão sós, e expande o seu conhecimento sobre a doença, ajudando-os a localizarem-se. Por outras palavras, foi-me solicitado pelo grupo de utentes que abordasse a esquizofrenia. O seu interesse por esta matéria resultou de experiências anteriores com outros grupos de enfermeiros, os quais em sessões anteriores haviam abordado a doença bipolar e a ansiedade, que captara a sua atenção.

Sete utentes participaram na atividade, dois dos quais tinham o diagnóstico de esquizofrenia.

Recorri ao método expositivo (apresentação de um PowerPoint) apresentando conteúdos relacionados com o diagnóstico de esquizofrenia: definição, prevalência, sintomas, opções de tratamento e estilos de vida saudáveis (apêndice IV).

No final da sessão surgiram dúvidas entre os participantes decorrentes da comparação entre os conteúdos apresentados e os sintomas e/ou sinais de doença apresentados pelos próprios. Isto é, um dos participantes com o diagnóstico de doença bipolar colocou em causa o diagnóstico médico porquanto considerar que alguns dos sintomas manifestados na esquizofrenia faziam parte do seu reportório de sintomas. Um outro utente questionou a duração da terapêutica injetável aplicada no tratamento da doença. Os dois foram esclarecidos e tranquilizados. Foi explicado ao primeiro utente que muitas doenças têm sinais e sintomas similares, como o que acontece por exemplo, na esquizofrenia e na doença bipolar, ou seja, em ambas as condições clínicas podem ocorrer delírios e alucinações. O segundo participante foi identicamente esclarecido. Todos afirmaram que a realização da atividade foi positiva.

Aprender a gerir a doença

A quarta atividade com o tema “Sei como agir” (apêndice V), pretendia que os participantes, desenvolvessem autoconfiança. Recorri ao role-play visando o desenvolvimento de competências sociais, em particular, o treino da assertividade na resolução de problemas.

Foram apresentadas três situações e solicitado quatro voluntários entre o público-alvo (utentes do grupo I e do grupo II) para a interpretação dos diferentes papéis.

Dos nove participantes presentes, três do grupo I e seis do grupo II, voluntariaram-se três utentes do grupo I e um utente do grupo II. Houve ainda a participação de duas estudantes do 4.º ano de licenciatura de enfermagem que se encontravam a realizar o ensino clínico no serviço, bem como, a colaboração da enfermeira tutora. Três dos utentes voluntários fizeram parte do role play e o quarto teve por função controlar o tempo.

A assertividade é considerada uma das competências basilares no contexto das competências sociais, o que me levou a privilegiar o treino de assertividade, dando assim possibilidade ao grupo de desenvolver essa competência, enfrentar situações inesperadas e resolver problemas.

Na perspetiva de Spence (2003) o maior desafio de um programa de treino de competências sociais é a pessoa extrapolar para o mundo real o comportamento apreendido no contexto porque para além das dificuldades em generalizar os comportamentos aprendidos a sua manutenção ao longo do tempo não é identicamente fácil.

A habilidade a desenvolver incidiu na argumentação das situações apresentadas. Os restantes utentes avaliaram as respostas oferecidas pelos voluntários. Promovi também o feedback corretivo, isto é, foi dada informação a cada um dos voluntários que participaram no role-play sobre o seu comportamento tendo por base os critérios pré-estabelecidos, exemplificando cada um dos comportamentos.

Entre os comentadores das respostas dadas pelos voluntários, observou-se comportamentos não assertivos, o que gerou algum conflito entre os elementos do grupo devido às diferenças de opinião quanto aos comportamentos dos voluntários. Houve momentos de alguma hiperfonia com necessidade de intervenção da minha parte e da enfermeira tutora, seguindo-se o regresso à normalidade. Cada um dos participantes aguardou que o outro terminasse a sua intervenção para expressar o seu ponto de vista.

No final da atividade houve referência por parte dos participantes à utilidade da sessão considerando-a muito “Útil” (E1); “Interativa” (E7), com “Temas muito bons” (E5) e “Para a próxima, quando me pedirem alguma coisa, já vou falar de outra maneira” (E2).

Fazendo um balanço da sessão considerei que trabalhar o treino de assertividade em grupo facilitou o envolvimento de todos e a interação foi positiva, ou seja, houve proximidade entre todos os utentes.

Refletir sobre o modo como comunicamos

A quinta atividade “Como Comunico” (apêndice VI) completou a atividade anterior. Os temas versados foram: assertividade e estilos de comunicação.

Procurei aumentar os níveis de literacia dos utentes sobre o uso da comunicação assertiva e simultaneamente esclarecer as dúvidas que ficaram da sessão anterior.

Integraram esta atividade sete participantes. O método selecionado foi o método expositivo devido à necessidade de definir conceitos: assertividade, comunicação e abordar os estilos de comunicação.

Foram exemplificados os vários estilos de comunicação para uma melhor compreensão por parte dos participantes. No final da sessão houve um debate entre os presentes a partir de uma questão lançada por mim, nomeadamente:

- Imaginemos que trabalha por turnos e que neste momento encontra-se a fazer o turno da tarde e tem uma atividade programada para quando sair. Próximo da hora da saída, o seu chefe liga-lhe e informa-o que tem de seguir o turno porque o seu colega vai faltar. Como reagia?

Foi solicitado ao grupo que comentassem o estilo de comunicação presente na questão enunciada.

No que concerne à assertividade, foi entregue ao grupo um questionário de avaliação do comportamento assertivo. As respostas eram anónimas. Teve por objetivo avaliar como autopercecionam os doentes os seus comportamentos neste domínio.

De acordo com os participantes a sessão trouxe ganhos pessoais na medida em que futuramente os ajudaria na relação com os outros como expresso nas palavras de um dos utentes: “Fazem falta aulas como estas, para mim que ando à procura de emprego, preciso muito, por exemplo, se me chamarem à entrevista, eu fico sem saber como dizer o que quero” (E3).

Para um outro participante foi importante assistir à sessão porque: “Já aprendi uma coisa nova hoje e que desconhecia mesmo, que são os estilos de comunicação” (E6).

A sessão revelou-se uma boa estratégia de promoção da saúde mental e de comportamentos saudáveis na medida em que consegui ajudar os utentes a identificar situações em que a utilização da comunicação assertiva é benéfica na promoção de interações sociais saudáveis e na redução da ansiedade nas relações sociais.

Aprender a relaxar

A sexta atividade “Aprender a relaxar” contemplou uma sessão de relaxamento.

Segundo a DGS (2016), a ansiedade é uma das perturbações mentais comuns ocupando o 6º lugar em Portugal. O mesmo documento (DGS, 2016) refere que no mundo existem cerca de 264 milhões de pessoas com distúrbios de ansiedade. No caso dos utentes verifiquei que a ansiedade é uma constante e com base nessa avaliação, considerei, o relaxamento uma técnica eficaz para reduzir os níveis de tensão.

Para Townsend (2009) “Os enfermeiros podem ajudar os doentes com perturbações de ansiedade a adquirir insight e a aumentar a própria consciência em relação à sua doença. A intervenção tem por finalidade: ajudar os doentes a aprender técnicas de diminuição dos níveis de ansiedade antes que intensifiquem e atinjam níveis incontrolláveis e alterar padrões de comportamento mal adaptativos através de estratégias de *coping* mais adaptativas” (p.612).

A leitura do guião, acompanhada de música foi a técnica utilizada como suporte ao relaxamento uma vez que promove a sensação de bem-estar e harmonização psíquica. Participaram na atividade sete participantes.

Inicialmente senti-me ansiosa. A voz trémula ao ler as duas primeiras frases do guião, denunciava o meu estado de ansiedade. Senti medo de não obter o resultado esperado. A minha voz parecia não ter a tonalidade desejável e tive dúvidas em relação à música. Perguntava-me se seria a mais apropriada para o feito pretendido. Contudo, no final da atividade senti-me tranquila e mais autoconfiante.

Após o término da sessão os utentes foram convidados a manifestarem os seus sentimentos face à experiência vivida. Os sete participantes fizeram uma avaliação positiva da atividade, solicitando à EESMP que utilizasse a mesma música em futuras sessões de relaxamento.

Conhecer-se

A sétima atividade (apêndice VII), intitulada “Conheço-me bem”, reuniu sete participantes.

Foi entregue a cada um dos utentes uma folha de papel contendo o desenho de um corpo humano dividido em duas partes, cada uma correspondendo à autoperceção do utente face a dois momentos: momento atual e futuro. Ou seja, a perceção de si face ao momento atual: como me vejo agora e face ao futuro: como me vejo após a alta. Através do desenho ou da escrita, os utentes descreviam os seus sentimentos em relação às frases propostas.

No final da sessão foi incentivada a partilha dos trabalhos entre os utentes, de forma voluntária. Todos concordaram com a sugestão e participaram na ação, lendo e explicando aos pares o significado de cada um dos desenhos.

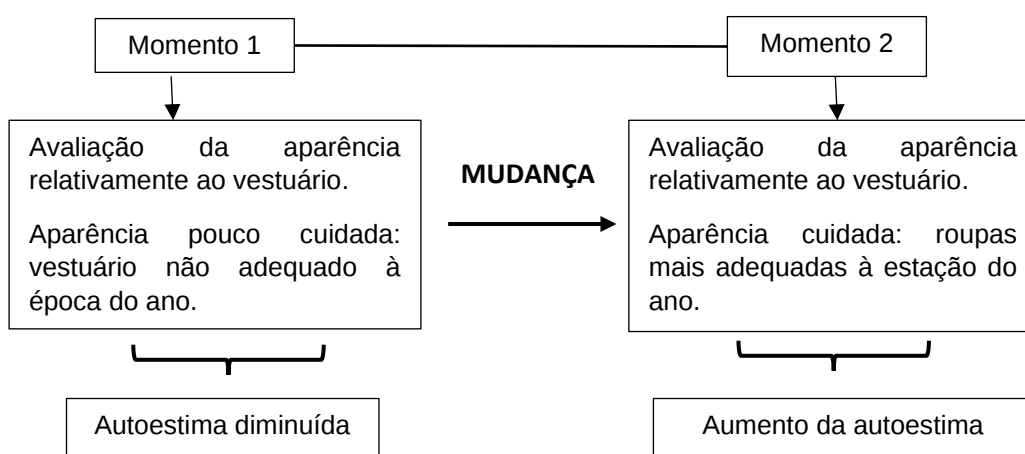
Aproveitei a sessão para promover nos utentes o sentimento de autoeficácia. As estratégias passaram por feedbacks positivos.

A atividade grupal permitiu que cada um dos participantes observasse os pares na realização da atividade, o que contribuiu para ganharem a percepção de que também seriam capazes de produzir os mesmos resultados. O envolvimento de todos no processo e o prazer com que realizaram a atividade bem como, o alcance dos resultados esperados criou no grupo bem-estar emocional e reduziu os estados emocionais negativos o que conseqüentemente, contribuiu para aumentar a sua eficácia pessoal.

Ao proporcionar este ambiente de partilha contribuiu para o relacionamento entre os elementos do grupo que por sua vez influenciou a sua percepção de autoeficácia.

No final das atividades programadas foi realizada a avaliação global, que é muito positiva, as expectativas foram de encontro ao que era esperado. Na qualidade de estudante e no contexto de um processo de aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, a interação com os utentes permitiu-me colher dados para a identificação de necessidades e desenhar intervenções centradas nestes. Os utentes maioritariamente não faltaram às sessões, mostraram-se interessados e participativos e manifestaram a sua satisfação com as mesmas destacando alguns benefícios, tais como, melhor compreensão da doença, maior interatividade com pessoas com problemas idênticos ou semelhantes e partilha de experiências e sentimentos, melhoria na adesão à terapêutica e progressos positivos na interação social. Ou seja, ocorreram mudanças. Apresento esquematicamente algumas das mudanças operadas no grupo-alvo, após as intervenções psicoeducativas realizadas.

Figura 1 – Ganhos em saúde para o utente:



Nota: comportamento observado em dois utentes (E1 e E3).

Nas conversas informais estabelecidas com os utentes após a intervenção, estão presentes os ganhos como expresso no testemunho de dois utentes:

“Pedi à minha mãe que me trouxesse roupa minha que estava em casa dela, é do mesmo género, tenho muitas iguais, mas estas sobreviveram aos ataques dos cigarros” (E1).

“Agora já me sinto muito melhor, mais calmo, mais seguro e até tenho vontade de arranjar um trabalho (...)” (E3).

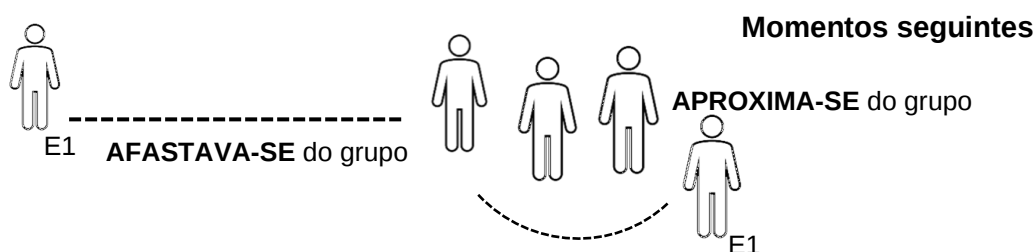
Figura 2 – Ganhos em saúde para o utente decorrentes da intervenção:

MUDANÇA NOS ESTADOS DE HUMOR



Figura 3 – Ganhos em saúde para o utente decorrentes da intervenção na dimensão comunicacional:

COMUNICAÇÃO: INTERAÇÃO COM OS OUTROS



Momento inicial

Inicialmente, E1, mantinha uma relação distanciada dos outros membros do grupo e uma conduta desajustada à situação. Por exemplo, interrompia o discurso e praticava flexões.

Nos momentos seguintes, foi alterando gradualmente a sua forma de estar com os outros, acabando por se aproximar. No final da atividade, encontrava-se completamente sintónico, concentrado nas tarefas e apresentando um discurso mais adequado.

Na minha relação com o grupo, também ocorreram mudanças. Primeiro era eu quem os procurava e insistia em acompanhá-los ao longo das suas jornadas na instituição, particularmente, nas duas primeiras semanas de contato. Nas semanas ulteriores, houve uma mudança e eram eles que me procuravam para contar as suas histórias, as experiências vividas fora da instituição bem como, os seus projetos futuros. Questionavam quando eu não ia e frequentemente aguardavam por mim (mesmo quando estava ocupada) para os acompanhar. Tinha ganho a sua confiança e aceitação.

Relativamente a este campo de ensino clínico considero que as intervenções desenvolvidas contribuíram a par com o restante trabalho da equipa para ganhos em saúde para os utentes, com destaque para a AUTONOMIA, que ilustro com dois casos de sucesso.

Ganhos em saúde para o utente: recuperação da autonomia

Nos dois casos apresentados pode-se observar o resultado produzido decorrente da intervenção: trabalhar a autonomia. Relembro que embora seja evidenciado o trabalho que desenvolvi com os utentes, não exclui o trabalho multidisciplinar e o resultado é incontestavelmente, o reflexo do trabalho em equipa.

O caso que apresento é de um utente com fobia em deslocar-se de autocarro e de uma utente com medo de conduzir sozinha.

Uma das estratégias adotadas foi a partilha em grupo dos receios que perturbavam estes dois utentes e que os impedia de ser autónomos. Foi promovida no grupo a partilha de experiências semelhantes e com a minha ajuda foram criadas alternativas para ultrapassarem a situação.

No segundo exemplo, a utente fazia-se sempre acompanhar pela mãe que ficava na sala de espera a aguardar que esta concluísse as atividades. Neste caso, uma das estratégias sugeridas foi a utente recorrer ao transporte público, explicando que essa opção (viajar sozinha) contribuiria para o restabelecimento da sua capacidade de autonomia e libertá-la da dependência da mãe e vice-versa. Foi também acordado

com a utente que após cada viagem, ser-lhe-ia concedido espaço para expressar os seus sentimentos, progressos e retrocessos caso viessem a ocorrer.

Paralelamente, nas reuniões de família, trabalhei com a mãe da utente a necessidade da autonomia da filha e abordei as estratégias definidas com a primeira (utente) na resolução do problema.

No final do ensino clínico, os utentes tinham ultrapassado os receios que os perturbavam e tinham ganho autonomia, ou seja, deslocavam-se autonomamente nos transportes públicos nas idas à instituição e no regresso a casa.

No ponto seguinte, passo a reportar a minha experiência enquanto discente de EESMP, no contexto hospitalar.

2.2. Trabalhar com a Pessoa com experiência de doença mental em Contexto de Internamento de psiquiatria de adultos

2.2.1. Caraterização do serviço

O serviço de internamento de psiquiatria, visa o tratamento de indivíduos adultos com experiência de doença mental moderada a grave nas fases agudas e subagudas.

Recebe utentes provenientes das consultas, do serviço de urgência ou transferidos de outros serviços da mesma instituição. Os internamentos poderão ocorrer de forma voluntária ou compulsiva.

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, que engloba: psiquiatras, enfermeiros (dos quais oito são EESMP) terapeuta ocupacional, assistente social, assistentes operacionais, dietista e psicóloga.

Tem capacidade para quinze camas divididas por cinco enfermarias, mais três macas extras se necessário. A lotação é de 18 doentes. A unidade é mista, ou seja, recebe homens e mulheres, os quais são divididos pelas enfermarias de acordo com o género.

O espaço dispõe ainda de uma sala de trabalho de enfermagem, um gabinete médico, um gabinete da enfermeira gestora, uma copa, uma sala de estar que funciona como sala multifuncional, ou seja, como refeitório para os utentes, espaço para a prática de atividades ocupacionais, sala de estar para as visitas nos respetivos horários. Dois WC para as mulheres, um WC para os homens, duas áreas de duche, uma sala de fumo e uma sala de desinfeção.

Para um funcionamento socialmente harmonioso entre todos os que ali coabitam existem algumas regras, entre as quais saliento, o uso de roupa própria pelo utente só é permitido mediante autorização médica; a família não pode trazer alimentos para os seus familiares; a utilização do telemóvel e a permissão para fumar é facultada no período entre as 09 horas e as 21 horas, sendo que, a utilização do telemóvel requer o consentimento do clínico responsável pelo utente.

As atividades terapêuticas existentes no serviço, são desenvolvidas pela terapeuta ocupacional, diariamente, entre as 10h e as 12h30 e compreendem:

- Estimulação de competências cognitivas;
- Grupo terapêutico;
- Reunião comunitária;
- Jogos diversos;
- Atividades expressivas;
- Atividade física;
- Sessões de relaxamento.

Ao longo do dia, os utentes podem realizar atividades livres, ver televisão, ouvir música, ou realizarem jogos: dominó e cartas, que se encontram disponíveis na sala multiusos.

Fora do horário das atividades desenvolvidas pela terapeuta ocupacional não são desenvolvidas outras atividades de grupo, uma vez que o serviço não dispõe de espaços físicos para o efeito. Como anteriormente mencionado, só existe a sala multifunções que é ocupada com várias atividades, inclusive com as visitas que diariamente visitam os seus familiares entre as 14 e as 19 horas.

Sendo um serviço de internamento e como todos os serviços de internamento hospitalares o funcionamento do serviço é marcado por rotinas próprias de cada um dos turnos, manhã, tarde e noite.

Assim sendo, no turno da manhã até ao período do almoço, são as higiene, a avaliação dos sinais vitais, as refeições e a administração/supervisão da toma da medicação. Seguem-se as atividades terapêuticas e a receção das visitas. Os turnos da tarde e da noite são comuns aos turnos das outras unidades de internamento, não havendo quaisquer sessões de terapia com os utentes.

2.2.2. Projeto de Intervenção

O início do ensino clínico correspondeu à minha fase de integração na unidade, no que respeita às suas dinâmicas e funcionamento. Considero que decorreu favoravelmente, tendo recebido o suporte da equipa multidisciplinar.

Na fase seguinte passei a participar nas atividades do serviço suportada pelo enfermeiro orientador e mais tarde autonomamente.

Para uma melhor compreensão do meu desempenho na unidade descrevo sucintamente as intervenções de enfermagem realizadas.

Acolhimento dos utentes na unidade que passava por executar as etapas do processo de enfermagem suportado pela linguagem CIPE.

Foram ainda, realizadas todas as outras atividades inerentes ao internamento, mas sendo atividades transversais a todos os internamentos independentemente do foro patológico que motiva a admissão do utente na instituição hospitalar, destaco somente as atividades específicas do EESMP.

Frequentei as reuniões multidisciplinares que estão relacionadas com a dinâmica institucional e onde eram apresentados casos clínicos, assisti a entrevistas e às discussões semanais das equipas nas quais estão presentes todos os elementos do departamento de psiquiatria, que se revelaram excelentes momentos de aprendizagem em particular no campo de avaliação do estado mental do utente.

Um aspeto intrínseco a este período a salientar é a dimensão emocional. Se por um lado sentia-me confortável porque estava familiarizada com o contexto hospitalar, por outro lado, afloravam as emoções decorrentes da experiência que estava a viver. Dois dos sentimentos experimentados foram o desânimo e a tristeza ao constatar as consequências da doença mental na pessoa.

A minha primeira perceção foi de que a existência anterior daquelas pessoas dissipara-se ou seja, quem eram deixara de existir e o seu lugar fora ocupado por pessoas vulneráveis e excluídas. A questão da dignidade humana não parecia estar presente. Esse facto poderia dever-se à insegurança, falta de recursos e ao estigma social. Ao olhar estas pessoas, pareceu-me que estavam privadas de tais condições, pois o facto de necessitarem de autorização médica para poderem vestir o seu próprio vestuário, para poderem sair do serviço para simplesmente beber um café, para usufruírem do seu telefone livremente, torna-as ainda mais restritas à sua condição de doença.

Porém, subitamente apercebi-me, de que o meu suporte e intervenções eram dois recursos que poderiam fazer a diferença na vida destas pessoas, ao contribuir para a sua capacitação para a AUTONOMIA e recuperação.

Os objetivos estavam traçados, as necessidades identificadas e as intervenções planeadas, havia que passar à ação. O desalento cedeu lugar à esperança e a autoconfiança foi a companheira desta desafiadora caminhada.

Com o suporte do enfermeiro orientador e da enfermeira chefe dei continuidade ao meu projeto ficando responsável por três utentes.

2.2.3. Caraterização das Pessoas com experiência de doença mental

Tracei o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes. Tratava-se de duas mulheres, de 42 e 52 anos respetivamente e de um homem de 40 anos. Dois utentes eram licenciados, contudo, todos se encontravam em situação de desemprego. Dois utentes estavam internados há cerca de 3 semanas e a outra utente apenas há uma semana. Dois utentes têm internamentos recorrentes no serviço.

Uma das mulheres tinha o diagnóstico de doença bipolar do tipo II, a outra, síndrome depressivo com tentativa de suicídio e o homem, doença bipolar (apêndice VIII). Todos os utentes apresentavam clinofilia marcada e humor depressivo.

Estratégias de Intervenção

Havia agora que intervir no sentido de promover a autonomia destas pessoas.

Realizei a avaliação do estado mental e com base nos dados recolhidos delinee as intervenções.

Uma das estratégias utilizadas para me aproximar dos utentes foi participar na prestação de cuidados, privilegiando algumas tarefas, tais como, a monitorização dos parâmetros vitais, que considerei um momento favorável para estabelecer a comunicação com os utentes. Esta abordagem conferiu-me alguma tranquilidade e associada à experiência anterior funcionou na sua plenitude. O grupo mostrava-se aberto ao diálogo e ia narrando as suas histórias.

Socorri-me do guião utilizado no ensino clínico anterior:

- Quer falar-me acerca do motivo do seu internamento...
- Para mim viver com esta doença é...
- Os meus desejos /objetivos de vida para o futuro são...

- Para que isso aconteça estou disposto(a) a...
- Ajude-me a terminar a seguinte frase “Para mim ser feliz é...”

As narrativas foram posteriormente analisadas de acordo com a abordagem etnográfica, previamente definida e utilizada no ensino clínico antecedente.

Da observação, colheita de dados e análise das narrativas, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, planeadas as intervenções e agendadas as sessões psicoeducativas. Os diagnósticos de enfermagem formulados foram: *Coping* ineficaz e Humor comprometido em grau elevado.

Os cuidados de enfermagem inscrevem-se em standards de excelência que visam a qualidade e a segurança do utente. A prática-baseada na evidência científica constituiu um dos pilares fundamentais para que fossem alcançados tais propósitos.

Todavia, não foi possível por constrangimentos organizacionais realizar todas as sessões psicoeducativas previstas. Algumas das razões foram: agravamento do estado clínico de alguns utentes (descompensação do estado clínico) e o horário previsto para as sessões coincidir com o horário das visitas. Assim foram apenas realizadas três sessões.

2.2.4. Sessões Psicoeducativas

Desenvolver a consciência de si

A primeira sessão denominada ‘O dilema’ (apêndice IX) teve por objetivo desenvolver a autoconsciência através da exposição e da resolução de problemas. Os utentes expunham os seus problemas e, ou, necessidades, descreviam os seus pontos fortes e pontos fracos e procuravam encontrar as soluções utilizando esses recursos internos.

Participaram na atividade sete utentes. Todos foram esclarecidos sobre o objetivo da sessão e em que consistia. Cada utente recebeu uma folha de papel dividida em três blocos. O primeiro bloco incluía a questão: como sou hoje, o segundo, como serei amanhã e o terceiro o que posso fazer para mudar. No verso da folha constava a última questão: qual é o meu dilema?

O segundo momento consistiu na leitura e comentários das respostas. Cada um dos participantes leu e comentou o seu próprio trabalho.

Globalmente a sessão decorreu sem percalços, mesmo quando o orientador se ausentou da sala e fiquei a liderar a sessão. Nesse momento receei que os participantes tivessem dificuldade em completar as tarefas e não conseguisse levar a bom porto a atividade. Contrariamente aos meus pensamentos, a atividade continuou a decorrer calmamente, os utentes mostravam-se empenhados e satisfeitos. Isso fez-me sentir tranquila e segura. Todos queriam tecer os seus comentários simultaneamente pelo que foi necessário reforçar a importância do respeito pelo outro, explicando que deveriam esperar a sua vez para falarem o que acabou por acontecer. Nesta altura o enfermeiro orientador encontrava-se na sala e ajudou a restabelecer a ordem.

A avaliação da sessão foi feita através de um questionário e os resultados evidenciaram níveis elevados de satisfação por parte dos utentes. Realçaram a importância de serem escutados “Sinto-me mais motivada” (E4); “Senti-me ouvida e compreendida” (E6); “É bom quando alguém quer ouvir aquilo que sinto” (E7).

Viver é

A segunda atividade intitulada “Viver é...” (apêndice X) consistiu numa sessão de biblioterapia e teve por finalidade o desenvolvimento das capacidades sociais e relacionais, o reconhecimento / desenvolvimento de mecanismos de *coping* e de autogestão. Foi efetuada a leitura de um texto seguido da sua discussão.

Estava também implícita nesta atividade a reorganização do pensamento, olhar para o futuro e focar-se menos no passado.

Nesta sessão participaram dez utentes. Foi privilegiado um local tranquilo que ajudasse os utentes à sua concentração. Os dez participantes estavam sentados em semicírculo e a cada um foi distribuído o texto para que pudessem acompanhar a leitura. Seguiu-se a interpretação do texto onde todos os participantes partilharam os seus pensamentos e opiniões, iniciando frases com: “Eu acho que...” (E2 e E4); “Na minha opinião...” (E6); “Na minha ideia, acho que...” (E8); “Se fosse eu a decidir...” (E10). Esta sessão foi guiada por mim com o suporte do enfermeiro orientador.

No final foi entregue a cada participante a avaliação. Foi uma atividade demorada, pois houve participantes que necessitaram de ler o texto algumas vezes para o interpretar. No final, o texto foi debatido em grupo e todos se mostraram satisfeitos e aludiram à pertinência da mesma. Todavia um participante mostrou-se

inquieto devido à demora da sessão, por coincidir com a hora da sua visita, saindo do recinto após a leitura do texto, não completando a atividade.

Aderir ao tratamento

Na terceira sessão, designada “A adesão ao tratamento” (apêndice XI), pretendi que os participantes tomassem consciência da sua patologia no sentido de mais facilmente reconhecerem os sinais e sintomas e intervirem antecipadamente na prevenção de eventuais recaídas.

Através do método expositivo, foi explicada a importância da medicação, do envolvimento dos doentes nas decisões sobre esta matéria, assim como, o desenvolvimento de estratégias promotoras de maior adesão ao tratamento.

Nesta atividade participaram doze utentes. No decorrer da sessão dois participantes foram tecendo comentários aos dispositivos apresentados em hiperfonia. Dado o desconforto dos demais utentes e a dificuldade em se concentrarem na sessão, levou o enfermeiro orientador a pedir aos dois participantes que abandonassem a sala, fizeram-no sem incidentes.

Foi uma sessão interativa, com muitas questões que fomentaram o debate e a partilha de experiências. No final da sessão, foi proposta a criação de dois cartazes, um sobre os benefícios da adesão ao tratamento e outro, sobre as consequências da não adesão ao tratamento, que suscitou entusiasmo entre os participantes. Todos participaram ativamente.

Promover o bem-estar no internamento

Com o objetivo de proporcionar o bem-estar das pessoas no internamento, levou-me a desenvolver, não só as intervenções estruturadas, no sentido de contribuir para a sua autonomia e capacitação, como também intervenções ocasionais decorrentes do cuidar em enfermagem. Para reforçar essa dimensão intervim, valorizando positivamente o autocuidado e a autoimagem. As vontades / desejos dos utentes, também foram valorizados. Para isso, acompanhei os utentes no período das refeições, participei nos jogos de tabuleiro, permaneci ao lado destes a ver televisão, conversei com as pessoas informalmente nesses momentos de corredor, estive atenta e escutei o grupo, considerei as suas propostas e tentei criar condições para que se concretizassem, com o apoio da equipa multidisciplinar. Isso levou a que os utentes

se sentissem envolvidos, o que contribuiu para a sua independência. Afinal, eram capazes de decidir por si próprios.

Neste sentido, promovi o autocuidado e a autoestima, quando chamei a atenção das utentes para a necessidade dos cuidados com a autoimagem e as penteei, fazendo tranças no cabelo e que foram muito apreciadas pelas mesmas.

Propus a confeção de um bolo, em resposta ao desejo da utente que me foi atribuída, como expressei nas suas palavras “(...) Tenho saudades de cozinhar, de fazer bolos, mas acho que já nem sei fazer” (E1).

Foi reunido o material necessário com a ajuda da terapeuta ocupacional e privilegiou-se uma área da copa para a sua confeção. Foi mais um momento de interação que foi criado. Na confeção do bolo participaram três utentes, mas todos partilharam do sucesso dos pares. Criou-se um espaço de bem-estar e alegria.

Colaborei com a equipa multidisciplinar, participei nas atividades desenvolvidas pela terapeuta ocupacional nomeadamente, a realização de enfeites de natal em papel eva e cartolina e na realização de jogos (Scrabble, Damas, Dominó).

Ganhos em saúde para o utente decorrente das intervenções de enfermagem

Nas últimas semanas do ensino clínico até à data da avaliação, notei melhoria no comportamento dos utentes. Os que apresentavam clinofilia marcada são exemplos desse progresso positivo. Na sua maioria participavam voluntariamente nas atividades, expressavam livremente as suas emoções e sentimentos, como demonstrado nos seus discursos: “Sinto-me presa aqui dentro” (E1).

Solicitavam a minha ajuda.

Obstáculos à promoção da autonomia no internamento

Existem algumas regras institucionais, neste caso específico do serviço que limitam a autonomia dos utentes, nomeadamente, não é permitido que o utente se ausente do serviço sem ser acompanhado pelo profissional de saúde ou pelo familiar (no dia proposto pelo serviço para esse efeito); não é autorizado que o utente use roupa própria e não é permitido que fumem fora do espaço criado para esse efeito (sala de fumo) e fora do horário estabelecido (9h às 21h).

Estas restrições apenas podem ser alteradas por indicação médica. Ou seja, o utente não tem poder de decisão sobre nenhum aspeto relacionado com o seu

tratamento. Este tipo de regras criadas nos serviços, limitam a autonomia da pessoa e não lhe permitem exercer a sua liberdade.

Transpondo esta situação para outros aspetos do cuidar, em que a pessoa doente continua a não ter voz ativa, informação para definir as suas necessidades e a melhor maneira de as satisfazer, assume na equação do cuidar uma posição assimétrica em relação aos demais intervenientes do processo.

No decorrer do ensino clínico, apercebi-me que a promoção da autonomia do utente não é uma intervenção prioritária na agenda das intervenções de enfermagem.

Procurei, desenvolver com os utentes, este aspeto, embora consciente das dificuldades e do desafio que me era colocado. Exemplifico, através do caso de um utente que declinava as visitas dos familiares. A minha intervenção passou por escutá-lo e levá-lo a encontrar o sentido dessa recusa: “(...) Não aceitava a razão de estar aqui e eles (familiares) diziam que eu não prestava para nada... agora podem dizer o que quiserem, todos têm os seus problemas, o meu é um bocadinho pior, mas sei que posso melhorar”, o que me deixou feliz. Consegui estabelecer com o utente uma relação de confiança. O utente em causa recebeu autorização para sair do serviço, no entanto, apresentava-se inquieto e manifestava não se sentir confortável em sair do serviço com as roupas da instituição. Como não tinha roupa própria, combinamos solicitar à assistente social que providenciasse a roupa de que necessitava. Esta simples ação contribuiu para melhorar a autoestima e a autoimagem do utente, simultaneamente, foi de encontro ao seu desejo / vontade em usar roupa própria.

Realço que durante o ensino clínico assumi, como já demonstrado nos exemplos aqui ilustrados, uma conduta assertiva, ética, centrada na pessoa doente. Os resultados indicam que as intervenções desenvolvidas contribuíram para uma evolução positiva da condição clínica dos utentes, a par com outros fatores coadjuvantes.

As intervenções psicoeducativas realizadas nestes ensinos clínicos, conjuntamente com todos os cuidados da equipa multidisciplinar, contribuíram para uma maior autonomia e consequentemente para ganhos em saúde para os utentes, na medida em que foram criadas boas relações, as pessoas participaram, gostaram e houve efeitos positivos a curto prazo, contudo, seria necessário uma continuidade das sessões para me permitir efetuar uma avaliação mais rigorosa, mais adequada dos resultados e se os mesmos perduraram a médio e longo prazo.

3. CONTRIBUTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIRIA

A enfermagem compreende na sua natureza o saber estar, saber ser e saber fazer, tal como refere Phaneuf (2005) “(...) A competência manifesta-se obrigatoriamente na ação e na complexidade das suas perspetivas. Também, o saber que está na sua base não se limita à simples possessão de conhecimentos, mas permite a utilização e a aplicação pertinentes, adequadas, eficazes e responsáveis em meio real (...).” (p.3).

Ao longo deste meu percurso de formação, que se iniciou com a admissão no curso e se prolongou até à elaboração deste relatório, a aquisição e o desenvolvimento de competências possibilitaram-me o conhecimento necessário a uma práxis especializada e segura, tendo por base o Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2019) que refere que: “(...) A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo- alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (p.4745).

Com efeito, são muitos os contributos da realização desta especialidade no meu contexto de trabalho atual. E como refere Benner (2010, citada por Gottlieb, 2016) não é no local de trabalho que se adquire aprendizagem, esta é conseguida através da experiência “(...) Que requer interação com a comunidade profissional, acompanhamento contextualizado por parte dos docentes no local, e demonstração de aspetos de prática complexa que não são facilmente transferidos.” (Benner, 2010, citada por Gottlieb, 2016, p. 195).

No decorrer dos ensinoss clínicos e enquanto discente de mestrado, procurei de forma continua a aquisição e o desenvolvimento de competências que possibilitassem a minha intervenção específica na prática clínica. Esta busca de competências específicas, traduziu-se no meu crescimento profissional e pessoal, como também, expresso nas competências de EESMP definidas pela OE, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, disposto no Artigo 4º presente no Regulamento nº 515/2018:

- a) *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*

As primeiras semanas de ensino clínico representaram para a minha pessoa um verdadeiro desafio na medida em que a prática no contexto da comunidade era muito diferente da prática do contexto hospitalar, a que estava habituada.

Aqui os cuidados baseiam-se na construção da relação terapêutica e na gestão da doença mental ao passo que, no contexto hospitalar o foco de atenção são as técnicas embora a relação esteja presente. Essa diferença levou-me a realizar uma profunda reflexão acerca dos meus valores, das minhas crenças, consciencializar-me da minha postura e da linguagem não-verbal para com o Outro, assim como das reações e sentimentos que o Outro provoca em mim, procurando promover a autoconsciência e o autoconhecimento.

Para isso propus-me escrever diariamente as minhas experiências vividas, os sentimentos e as emoções experimentadas com os utentes, profissionais, familiares, seguida de uma reflexão.

Os fenómenos de transferência e contratransferência foram os mais comuns nos primeiros dias de estágio, mas que com o tempo aprendi a compreender e a controlar com a ajuda dos enfermeiros orientadores, peças fundamentais neste processo. Ajudou-me a despertar para a relação e qualidade da mesma, porquanto, só assim, ser possível aceder às dificuldades do Outro, compreender o seu sofrimento e ajudá-lo na busca de estratégias que lhe permitam um maior conhecimento e consciência de si, enquanto ser autónomo com capacidade de decisão.

Burnell (2009, citado por Gottlieb, 2016, p. 182) refere que: “(...) Os enfermeiros têm de reconhecer o *distress* do outro, serem sensíveis ao seu sofrimento, partilharem a sua experiência, e providenciar medidas de conforto”.

A realização dos jornais de aprendizagem tendo por base o ciclo de Gibbs, também contribuíram para a minha autoconsciência.

Foi difícil lidar com o sofrimento das pessoas, a necessidade que eu tinha de dar uma resposta imediata à sua dor, deixou-me muitas vezes ansiosa, mas atempadamente, fui percebendo que não era isso que buscavam em mim, nem tampouco o que eu poderia oferecer. Como refere Benner (2011, citada por Gottlieb, 2016, p. 247): “(...) Frequentemente, os enfermeiros começam por trabalhar na solução, antes de ter uma visão clara da questão”.

Tive de trabalhar este aspeto e neste sentido, ao escutar e observar o Outro, fui procurando criar uma relação de suporte, o que me fez adquirir um sentimento de ajuda. Contudo, e apesar da realização desta competência exigir um trabalho de desenvolvimento contínuo no decorrer do meu percurso profissional, chego ao fim desta etapa com maior autoconsciência e autoconhecimento, fruto da aprendizagem e das reflexões contínuas sobre a minha conduta, emoções, sentimentos e relações que fui estabelecendo na relação com o Outro e através do questionamento sobre o que poderia ter feito de melhor.

Uma outra competência desenvolvida foi o cuidar da pessoa com experiência de doença mental e sua família ao longo da sua trajetória de vida ajudando-a a recuperar o seu projeto de vida como referido no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria:

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

No contexto comunitário foi possível observar a articulação das diversas áreas (equipa multidisciplinar) na assistência e reabilitação da pessoa com experiência de doença mental e família através da orientação para a realidade, psicoeducação e gestão de conflitos.

Por sua vez, no contexto de internamento, tive a oportunidade de desenvolver todas as etapas relativas ao processo de enfermagem.

A realização de dois estudos de caso contribuíram também para a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos e consequentemente deter um profundo conhecimento dos utentes. Isso contribuiu para uma intervenção centrada nas necessidades da pessoa doente e não na doença.

No contexto da prática clínica, acrescentei ao meu portefólio de aprendizagem, as intervenções terapêuticas e in loco, observei os seus efeitos positivos no utente.

Uma vez que direcionei o meu projeto de estágio para a pessoa com experiência de doença mental, não tive a oportunidade de desenvolver as competências de intervenção com as famílias. Contudo, faz parte da minha agenda futura desenvolver e aprimorar esta vertente, na medida em que tenho plena consciência de que ainda me encontro numa fase muito embrionária no que respeita a esta matéria. Com base nas competências desenvolvidas neste domínio, a minha capacidade de intervenção é diminuta, requerendo mais formação e experiência prática, de acordo com o definido

nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, designadamente:

- c) *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*

Apesar de sentir necessidade de mais formação nesta área particular, durante os dois ensinamentos clínicos tive a oportunidade de contactar com as famílias dos utentes, de identificar algumas das suas necessidades e de compreender o impacto da doença mental nas suas vidas.

O facto de os utentes internados no serviço apresentarem diferentes estados clínicos, ou seja, alguns utentes apresentarem estados mais graves do que outros, permitiu-me observar diferentes tipos de impacto da doença nas famílias, entre os quais o sentimento de impotência e de angústia face à situação do familiar.

Os pedidos de ajuda aos profissionais, principalmente, aos enfermeiros eram frequentes e alertaram-me mais uma vez, para a importância do enfermeiro de saúde mental na gestão do projeto terapêutico do utente e família.

A preocupação dos profissionais com os utentes era evidente nas reuniões multidisciplinares e mais uma vez, alertou-me para a importância do trabalho multidisciplinar no cuidar a pessoa com doença mental e para a parceria com todos os intervenientes do processo: doente, profissionais e família.

A minha atenção recaiu no trabalho que desempenhavam e nas competências que ali eram desenvolvidas, nomeadamente, a liderança, assertividade e capacidade de decisão. Este agir consertado funcionou como espelho para a minha pessoa e contribuiu para reforçar as minhas competências e juízo clínico como definido no regulamento:

- d) *Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (DR, 2018, p. 21427).*

O núcleo do meu projeto foi o reforço da AUTONOMIA da Pessoa com experiência de doença mental e as intervenções delineadas visaram atingir essa finalidade.

O objetivo das intervenções de enfermagem foi facilitar as respostas adaptativas à doença, e capacitar os utentes para o autocuidado e aquisição da máxima funcionalidade possível.

Este processo foi inicialmente stressante gerando-me alguma ansiedade, mas gradualmente a autoconfiança foi ganhando espaço com o suporte dos enfermeiros tutores conjuntamente com o trabalho que fui desenvolvendo, designadamente, pesquisa bibliográfica, observação, consulta a peritos nesta área (enfermeira tutora, enfermeiros especialistas, terapeuta, médico, psicóloga e assistente social). O resultado revelou-se gratificante na medida em que aprendi a autoconscienciar-me da necessidade e importância da aprendizagem ao longo da vida.

4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

A compreensão da doença e dos seus efeitos na pessoa ocorre porque temos um conhecimento prévio do projeto de vida daquela pessoa e atuamos em conformidade com o mesmo. Posição defendida por Cassel (2009) quando sublinha que é da interpretação da doença e das alterações que esta provoca na pessoa que determina a ação da equipa multidisciplinar no cuidar a pessoa.

A este respeito a OE (2015) refere que o exercício de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro, a pessoa ou grupos de pessoas, alicerçada num quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual que deverão estar presentes na relação terapêutica estabelecida entre as partes.

No campo da ética, a constituição e o código deontológico da profissão dita-nos que a pessoa tem o direito à autodeterminação e é necessário reconhecer a sua autonomia, protegendo aqueles que têm uma autonomia diminuída.

Acrescenta ainda que, conhecer e exercer os direitos e deveres do indivíduo representa uma importante forma de defesa da saúde, da qualidade dos cuidados oferecidos e humanização, colocando a pessoa no centro de todo o sistema.

Neste âmbito, há que defender e praticar estes princípios fundamentais. Todavia, no contexto da prática clínica algumas vezes fui confrontada com situações que colocavam em causa o direito de autonomia e de liberdade, tais como o internamento compulsivo, a contenção física ou o poder de decisão pelo Outro.

Em algumas situações, o tratamento foi prescrito sem a participação da pessoa no seu processo terapêutico, sem consideração das suas preocupações e desejos, o que me causou alguma inquietação, que partilhei com os enfermeiros orientadores.

A conduta ética sempre regulou e regula a minha ação como enfermeira e como cidadã, pelo que procuro permanentemente assegurar a confidencialidade, a informação ao utente, e a neutralidade (não fazer juízos de valor). Todo o meu percurso foi pautado pelo respeito e transparência, informando o serviço, os utentes e a escola dos meus objetivos e das intervenções a que me propunha, solicitando as respetivas autorizações e esclarecendo as suas dúvidas.

Esta relação de cidadania foi de suma importância no trabalho desenvolvido com os utentes e constituiu uma alavanca de aproximação e de parceria na execução das atividades e concretização dos objetivos que me propus alcançar. Simultaneamente contribuiu para reforçar a sua autonomia e salvaguardar os seus direitos de autodeterminação, informação, autonomia e dignidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

A realização deste relatório culmina num percurso extremamente rico do ponto de vista emocional, na medida em que me permitiu aceder ao Outro e compreendê-lo na sua essência.

Permitiu-me também a autorreflexão quer em relação à minha pessoa na qualidade de profissional de saúde e de cidadã, quer sobre as minhas práticas e competências desenvolvidas no meu percurso académico.

A abordagem etnográfica, possibilitou-me o contato com os utentes nos seus contextos naturais estabelecendo com os mesmos uma relação de confiança e a partir daí ajudá-los no seu processo de *recovery*. Esta abordagem fez-me sentido, na medida em que, parte da experiência vivida, a qual não só está no coração do processo de *recovery* como também está no centro do paradigma qualitativo.

Contudo, o que constatei foi ainda uma enfermagem técnica e emocionalmente distante da pessoa. É toda uma cultura ainda enraizada nos serviços que não proporciona uma visão holística, em que os próprios enfermeiros também não têm uma visão centrada no utente. Refletindo sobre estas questões, considero que é preciso enfatizar novamente as relações entre a pessoa e o enfermeiro, aproximando-nos e não distanciando-nos daquilo que nos define enquanto enfermeiros.

No percurso feito, procurei estar próxima, olhar para as pessoas, para as suas expetativas, observar o seu próprio desempenho nas questões da doença, do quotidiano e processo de *recovery*, no sentido de melhor as compreender. Os diálogos estabelecidos com os utentes, as entrevistas e a análise das narrativas possibilitou-me não apenas identificar as necessidades que afetam o reequilíbrio da saúde mental, como também atuar enquanto instrumento terapêutico.

Aprendi, com estas pessoas, que não são incapacitadas, desesperançadas e particularmente, que estão ali para recuperar as perdas decorrentes da doença, quer sejam físicas, psíquicas ou emocionais. Esta visão paternalista do cuidar do outro, mudou no decorrer desta minha jornada. Combater o pensamento negativo sobre aqueles que têm uma doença mental e desenvolver um novo olhar sobre estas pessoas foram os desafios que guiaram a minha trajetória enquanto estudante da ESMP e enquanto enfermeira.

A consciência do próprio e dos outros e o que o rodeia também ganhou uma nova perspetiva e facilitou a interação interpessoal. Uma nova conceção sobre a

doença e sobre as capacidades de lidarem com a sua condição de doença foi emergindo e ganhando força entre os utentes.

Foi possível constatar, que a autonomia da pessoa com experiência de doença mental é um processo contínuo que se vai desenvolvendo no tempo. Os ganhos para o utente são muitos, sobretudo, porque lhes devolve a capacidade de decidir, de recuperar habilidades e as competências interpessoais e sociais reduzidas devido à doença, ou seja, permite-lhes o *recovery*.

O desenvolvimento de competências específicas do EESMP nomeadamente, a avaliação do estado mental, as intervenções psicoeducativas, socio terapêuticas, e psicossociais centradas na Pessoa ofereceram-me ferramentas importantes para a minha prática clínica.

A prática-baseada na evidência científica pautou a minha ação e constitui uma ferramenta valiosa para a qualidade dos cuidados.

Em suma, estou convicta de que cresci e desenvolvi-me pessoal e profissionalmente.

Antevejo a necessidade de dar continuidade a este processo de aprendizagem tendo a certeza de que a aprendizagem é basilar para a excelência dos cuidados.

Todas as sugestões, a partilha de saberes e de experiências contribuíram grandemente para a minha evolução enquanto profissional de saúde e para os utentes de quem cuido.

Terminada esta etapa é tempo de dar continuidade a este processo na minha prática clínica consciente de que a pessoa portadora de doença renal na sua gestão da doença requer cuidados na sua dimensão biológica, psíquica e emocional.

O EESMP é indubitavelmente um elemento crucial em qualquer contexto sabendo que intervenções de *coping*, reforço positivo e a esperança são essências em qualquer processo de adaptação e gestão da doença.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E.; Campos, P. & Gonçalves, A. (2009). Estigma e exclusão social dos doentes psiquiátricos in *A Saúde Mental e Vulnerabilidade Social*, SPESM, p.27-33
- Ames, D. R. (2008). Assertiveness Expectancies: How Hard People Push Depends on the Consequences They Predict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6). Doi: 10.1037/a001333.
- Anthony, B. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), April 1993, 11-23. Disponível em: <https://silo.tips/download/recovery-from-mental-illness-the-guiding-vision-of-the-mental-health-service-sys>
- Antunes, A.; Frascuillo, D.; Azeredo-Lopes, S.; Neto, D.; Silva, M. Cardoso, G.; Caldas-de-Almeida, JM (2018). *Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal*. *Eur Psychiatry*, 49: 56-61
Doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.004. Epub 2018 Feb 3.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V- Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Climepsi Editores
- Authier, J. (1977). The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1),15-22.
- Axer, A. (2012). Recovery from psychiatric disability and personal autonomy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 5-8. Disponível em: https://www.archivespp.pl/uploads/images/2012_14_4/5Axer_ArchivesPP_4_2012.pdf
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (3), 233-240
Doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x.
- Barker, P., Buchanan-Barker, P., & Model, T. (2008). A RECOVERY APPROACH TO MENTAL HEALTH CARE (Using the Tidal Model) *TURNING THE TIDE HANDBOOK*. 1–44.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- Blomdahl, C.; Wijk, H.; Guregård, S.; Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*. 59, 17-24.

- Bone, T. (2018). Art and Mental Health Recovery: Evaluating the Impact of a CommunityBased Participatory Arts Program Through Artist Voices. *Community Mental Health Journal* (54). 1180-1188
- Brookes, N.; Murata, L; Tansey, M. (2006). Guiding practice development using the Tidal commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 460-463. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306940043_Tidal_Model_of_mental_health_recovery.
- Cajão, R, Morais, P, Gonçalves, A (2018). *Arte no Olhar: cinematerapia e biblioterapia em hospital de dia*. In XIII Jornadas APDIS <https://apdis.pt/publicacoes/index.php/jornadas/article/view/246/389>
- Camman, M. A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviours in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31 (8), 526-532. Doi: 10.3109/01612841003687316.
- Cardoso, A., Byrne, M., Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Rev Port Saúde Pública*. 34 (3): 209-219.
- Cassell, E. (2009). La persona como sujeto de la medicina. Cuadernos de La Fundacio Victor Grifols i Lucas. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- CEIC (s.d.). Autonomia – um difícil conceito. Disponível em: <https://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Autonomia+-um+dif%C3%ADcil+conceito/328076a1-7117-4cb0-b82d-e523a574ca65>
- Chalifour, J. (2008). Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, in *A Intervenção Terapêutica – volume 1* - Loures: Lusodidata.
- Chalifour, J. (2008). Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, in *A Intervenção Terapêutica – volume 2 - Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidata.
- Cohen, P.; Cohen, J. (1984). The clinician's ilusion. *Archives of general psychiatry*, 41 (12), 1178-82. Doi:10.1001/archpsyc.1984.01790230064010.
- Corrigan, P. W.; Watson, A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry*, 1 (1), 16-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.
- Corrigan, P & Ralph, R. (2005). *Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm*. In P. Corrigan & R. Ralph (Eds), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.

- Cusack, E., Killoury, F. & Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 93-104.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- DeSisto, M; Harding, C; McCormick, R; Ashikaga, T & Brooks, G (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness II: longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167 (3), 338-341
- Dutra, V. F. D., Bossato, H. R., & Oliveira, R. M. P. de. (2017). Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. *Escola Anna Nery*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0284>
- Fallon, I. R. H.; Held, T.; Roncone, R.; Coverdale, J. H. & Laidlaw, T. M. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32 (1), 43-49. Doi: 10.3109/00048679809062704
- Flick, U. (2004). *Introdução à metodologia qualitativa*. Portalegre: Artmed
- Gottlieb, Laurie N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidacta
- Harding, C; Brooks, G; Ashikaga, T; Strauss, J & Breier, A (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM – III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144 (6), 727-35
- Harding, C. M.; Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scand*, 90 (suppl 384), 140-146
- Kohn, N. A., Blumenthal, J. A., & Campbell, A. (2013). *Supported decision making: A viable alternative to guardianship?* Penn State Law Review, 117, 1111–1157. doi:10.2139/ssrn.2161115
- Lam, C. S.; Tsang, H. W. H.; Corrigan, P. W.; Lee, Y.; Angell, B.; Shi, K.; Jin, S.; Larson, J. (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: Implications for research and practices. *Journal of Rehabilitation*: 76 (1), 35-40. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279544470_Chinese_lay_theory_and_mental_illness_stigma_Implications_for_research_and_practices
- Lemes, Carina Belomé & Ondere Neto, Jorge (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17 – 28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>

- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.9 Porto*. ISSN: 1647-2160
- Marsh, D. (1999). *O papel das famílias na reabilitação*. In J. Ornelas (Ed), Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental. Lisboa: Edições AEIPS
- Melo-Dias, C., Rosa, A. & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica: intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 15-23.
- Monteiro, F.; Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?, *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 111-125.
- O'Brien, A; Fahmy, R. & Singh, S. P. (2009). Disengagement form mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (7), 558-568
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório Primavera 2019*. Ed. ENSP
- Oliveira, F. A. R. da S. C. (2013). *Breves considerações a respeito do princípio da dignidade da pessoa humana*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros.
- Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: Desafios futuros. In *Atas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, José; Monteiro, F.; Moniz, M; Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. AEIPS Edições
- PEPLAU, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*. Kingdon: MacMillan Educacion.
- Pessoa, J. (2011) *Ano Comum*, Litexa Editora. ISBN: 9789725781845
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista na relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Portugal. DGS (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016 – Resumo Executivo*
- Portugal. DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*.

- Pública, D. A. S. (2001). *A Saúde Mental pelo prisma da saúde pública*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 122 — 25 de Junho de 2015.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*, N.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, 21427 – 21430
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750
- Relatório Mundial da Saúde (Ed: DGS). (2002). *Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. 1ª Edição. Lisboa. ISBN: 972-675-082-2 www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Rocha, F., L.; Hara, C. & Paprocki, J. (2015). Doença Mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4): 590-596. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1), 103-108. Recuperado em 16 de janeiro de 2021, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100017&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, A. C. V. da. (2015). *A escolha e o recovery dos participantes do programa Casas Primeiro*. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3313/1/11428.pdf>
- Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. In *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>
- Spence, S. H. (2003). Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00051>
- Stiles, P. G., Boothroyd, R. A., Dhont, K., Beiler, P. F., & Green, A. E. (2009). Adherence to Practice Guidelines, Clinical Outcomes, and Costs Among Medicaid Enrollees With Severe Mental Illnesses. *Evaluation & the Health Professions*, 32(1), 69–89. <https://doi.org/10.1177/0163278708328744>
- Stotland, N. L.; Mattson, M. G. & Bergeson, S. (2008). The recovery concept: clinician and consumer perspectives. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 (suppl 2), 45-54. Doi: 10.1097/01.pra.0000320126.76552.9c

- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001), *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática*, 6ª Edição. Artmed Editora: Porto Alegre
- Taylor, E., Moxham, L., Perlman, D., Patterson, C., Brighton, R., & Sumskis, S. (2016). Self-Determination in the Context of Mental Health Recovery. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23(10), 41.
- Tofhagen, R.; Talseth, A-G.; Fagerstrom (2014). Mental Health Nurses 'experiences of caring for patients suffering from self-harm. *Nursing Research and Practice*, 1-10. Doi: 10.1155/2014/905741
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Weber, C. A. T., & Juruena, M. F. (2017). Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 640-656. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180302>
- World Health Organization. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching*. 1–154.
- Wright, J.H.; Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D., McBride, C., & Bagby, R. M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(9), 903-932

Anexos e Apêndices

Anexo I – Escala de *Recovery* (Ras)

Abaixo encontra um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas.

Por favor, leia cada uma delas com atenção e faça um círculo no número que melhor descreve até que ponto concorda ou discorda com a afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O receio não me impede de viver como eu quero.	1	2	3	4	5
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida.	1	2	3	4	5
3. Eu gosto de mim próprio(a).	1	2	3	4	5
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim.	1	2	3	4	5
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser.	1	2	3	4	5
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá.	1	2	3	4	5
7. Tenho esperança acerca do meu futuro.	1	2	3	4	5
8. Continuo a ter novos interesses.	1	2	3	4	5
9. Consigo lidar com o stress.	1	2	3	4	5
10. Sei quando devo pedir ajuda.	1	2	3	4	5
11. Estou disposto(a) a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
12. Eu peço ajuda quando preciso.	1	2	3	4	5
13. Tenho o desejo de ter sucesso.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem.	1	2	3	4	5
15. Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar.	1	2	3	4	5
16. Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais.	1	2	3	4	5
17. A minha vida tem um propósito.	1	2	3	4	5
18. Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no.	1	2	3	4	5
19. Tenho pessoas com quem posso contar.	1	2	3	4	5
20. Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam.	1	2	3	4	5
21. É importante ter uma rede de amigos.	1	2	3	4	5
22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida.	1	2	3	4	5
23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida.	1	2	3	4	5
24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos.	1	2	3	4	5

Recovery Assessment Scale. Versão reduzida traduzida por Maria F. Jorge-Monteiro, Beatrice Sacchetto e Rita Aguiar (2011).

Fonte: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3313/1/11428.pdf>

Apêndice I – Avaliação Sociodemográfica dos Participantes
Contexto da Comunidade

Avaliação Sociodemográfica

Participante	Nome	Sexo	Idade	Grau de Escolaridade	Estado Civil	Suporte Familiar	Motivo do Internamento
E1	J.	Masculino	21	7ºano	Solteiro	Vive com o pai (Pais divorciados)	Abandono de terapêutica. Heteroagressividade dirigida a terceiros. (Esquizofrenia)Internamento Compulsivo
E2	A.	Masculino	24	10ºano	Solteiro	Vive com o pai (Pais divorciados)	Abandono da terapêutica relacionado com consumos (Esquizofrenia)
E3	E.	Masculino	37	6ºano	Solteiro	Vive em casa de um amigo.	Isolamento Social (Síndrome depressivo)
E4	P.	Masculino	42	Técnico de Informática	Solteiro	Vive com a irmã	Abandono da terapêutica (Esquizofrenia)
E5	L.	Masculino	54	Técnico de engenharia aeronáutica	Casado	Vive com a esposa e dois filhos	Abandono da terapêutica (Doença bipolar)
E6	C.	Feminino	50	TOC	Solteira	Vive sozinha. Tem o apoio dos pais	Isolamento social (Doença bipolar)
E7	T.	Masculino	42	9ºano. Várias atividades. Trabalha como segurança	Solteiro	Vive com o pai	Heteroagressividade dirigida ao pai, relacionada com possível abandono da terapêutica (Doença bipolar)

Apêndice II - Sessão 1
Contexto da Comunidade

Questionário

Foi útil a visualização deste filme?

Sim ☐

Não ☐

Que sentimentos lhe suscitou este filme?

Identificou-se com alguma fase da sua vida?

Pode contribuir de forma positiva para a sua vida? E como?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, de que forma?

Obrigada pela colaboração!

Joana Matias

Apêndice III - Sessão 2
Contexto da Comunidade

ESEL

ADESÃO TERAPÊUTICA = PREVENÇÃO DA RECAÍDA

ALUNA DE MESTRADO: JOANA MATIAS
ENFERMEIRA ORIENTADORA: EESMP L R
NOVEMBRO, 2019

ADESÃO TERAPÊUTICA DEFINIÇÃO

Grau de concordância entre o comportamento de um doente e as orientações do médico ou outro profissional de saúde relativamente a um determinado tratamento.

(Osterberg & Blaschke, 2005)

ADESÃO TERAPÊUTICA PREVALÊNCIA

- Nos países desenvolvidos, as percentagens de adesão à terapêutica são próximas de 50% em doenças crónicas como a asma e a diabetes tipo II. (Hicks, 2013)
- Na doença mental, os níveis de adesão aos tratamentos são mais baixos comparativamente aos doentes com patologia física. Contudo o potencial do tratamento é muito benéfico nestes doentes pelo devem entender a necessidade da adesão à terapêutica. (Cramer & Rosenheck, 1998)
- Em pessoas com depressão, cerca de metade, suspendeu autonomamente o tratamento três meses após o seu início, sem consultarem um médico. (Osterberg & Blaschke, 2005)
- Em pessoas com doença bipolar, o nível de adesão pode rondar apenas os 35%, principalmente nos que apresentam psicose ativa. (Cramer & Rosenheck, 1998)

ADESÃO TERAPÊUTICA BENEFÍCIOS

- ❖ Redução dos sintomas associados à sua doença mental;
- ❖ Aumento da sua capacidade para resolução de problemas
- ❖ Aumento da capacidade de estabelecer relações interpessoais;
- ❖ Prevenir as crises;
- ❖ Diminuição dos internamentos;
- ❖ Aumento da sua qualidade de vida

(APA, 2004)

CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA

- Desequilíbrio da doença;
- Reaparecimento dos sintomas e do mal-estar;
- Descompensação da doença;
- Aumento dos internamentos (por vezes compulsivos);
- Menor qualidade de vida da pessoa

(APA, 2004)

ADESÃO TERAPÊUTICA SINAIS DE ALERTA DA RECAÍDA

➤ Não tomar a medicação	➤ Dificuldade em me concentrar
➤ Sentir-me tenso	➤ Ter pensamentos estranhos
➤ Sentir-me deprimido	➤ Ter o pensamento acelerado
➤ Sentir-me muito irritado	➤ Ouvir vozes
➤ Sentir-me demasiado alegre e confiante	➤ Achar que os outros me querem mal
➤ Diminuição da necessidade de dormir	➤ Achar que se passam coisas estranhas à minha volta
➤ Dificuldade em pensar	➤ Achar que me andam a perseguir
➤ Gastar dinheiro em excesso	➤ Usar drogas
➤ Alteração do apetite	➤ Usar álcool
➤ Isolar-me dos outros	➤ Ter menos prazer nas coisas que me dão gosto

(Hers et al 2000; Gupta 2007)

ADESÃO TERAPÊUTICA ESTRATÉGIAS DE ADESÃO

Distração	Combate	Sentir melhor
Falar com amigos	Diálogo interno positivo	Tomar a medicação
Ouvir música ou dançar	Pensamento positivo	Tomar banho
Rezar / Meditar	Repreender as vozes	Abrçar uma almofada
Ver programas de TV	Não dar atenção aos pensamentos	Exercício físico e de relaxamento
Trabalhar	Evitar situações que aumentem os sintomas	Alimentação saudável
Escrever		
Passar		

(Stuart & Laria, 2001)

ADESÃO TERAPÊUTICA A QUEM RECORRER...

Se acha que pode estar a desenvolver ou a ter uma crise, entre em contacto com o seu **Enfermeiro de Referência** e/ou com o seu **Psiquiatra Assistente**.

ADESÃO TERAPÊUTICA BIBLIOGRAFIA

Cramer J, Rosenheck R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 49:196-201.

Hers, M, Lambert, J, S, Minto, J, Scott, R, O'Dell, SP, McCartan, L, Nix, G (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, Mar;57(3):277-83.

Osterberg L, Blaschke T. (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 353(5):487-497

Stuart, Gail; Laria, Michelle T. (2001). *Princípios e prática de Enfermagem psiquiátrica* - 6ª edição

World Health Organization (2003). *Defining Adherence*.
www.who.int/ciplibrary/publications/adherence_report/en/

Apêndice IV - Sessão 3
Contexto da Comunidade

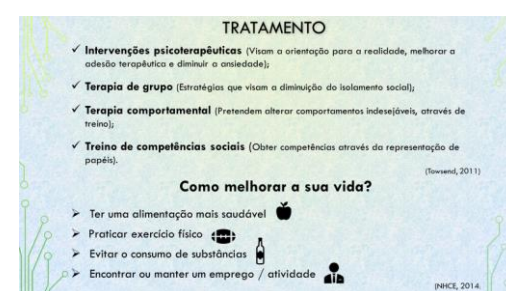
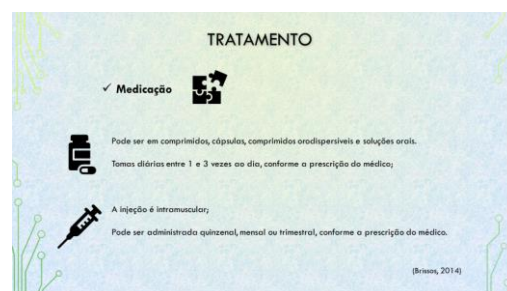
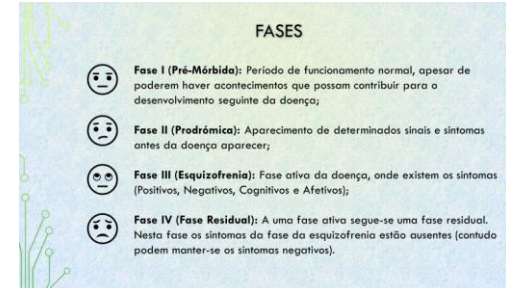
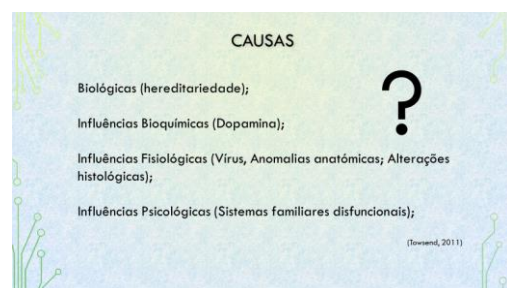
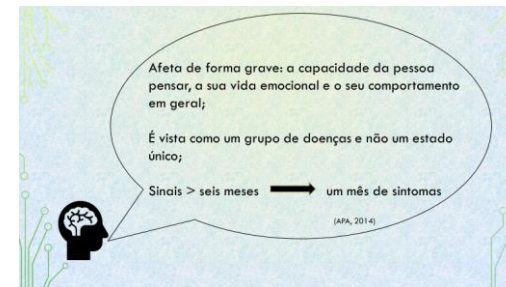
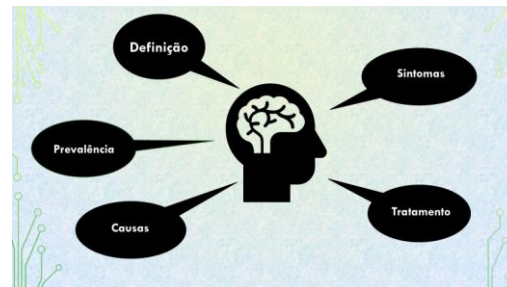
ESELP Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

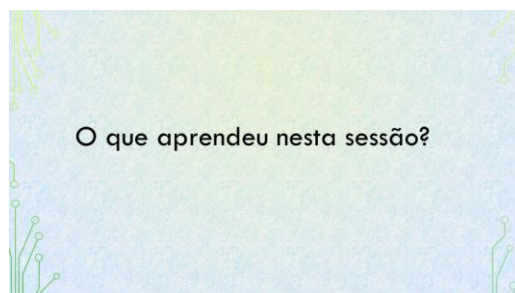
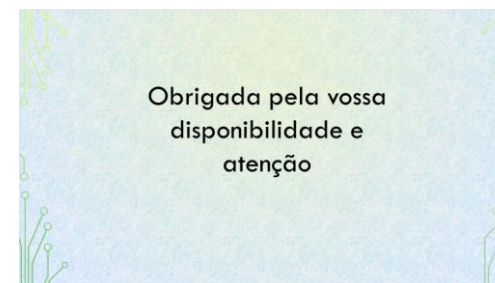
Hospital de Dia

ESQUIZOFRENIA

Aluna de Mestrado: Joana Matias
Enfermeira Orientadora: EESMP Leonor Ribas

CHPL
Novembro, 2019





BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014), DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Climepsi Editores;
- Brissos S. et al. (2014), Ther Adv Psychopharmacol; 1-22;
- Gail W.Stuart, Michele T. Loralia (2001), Princípios e prática de Enfermagem psiquiátrica - 6ª edição;
- Gouveia et al. (2017), International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health; 4 (Suppl.3): S13;
- Townsend, M. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência. Lusociência;
- <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>

Apêndice V - Sessão 4
Contexto da Comunidade

Guião – Role Play

1ª Situação

A (colaboradora), uma jovem de 20 anos, senta-se num banco onde já se encontrava o/a (voluntário/a) que é asmático, e esta começa a fumar, sabendo que o local é para não fumadores.

Comportamento esperado: que o/a voluntário/a mantenha o autocontrolo perante a atitude da jovem.

2ª Situação

A (colaboradora) encontra o/a amigo/a de longa data (voluntário/a) e este/a pede-lhe 500 euros de empréstimo para pagar a prestação do carro, mas este último não se tem muita disponibilidade para emprestar.

Comportamento esperado: que o/a voluntário/a saiba dizer “não” perante a insistência da dinamizadora e expresse os seus sentimentos.

3ª Situação

A (colaboradora) é uma cliente na loja de roupa onde o/a (voluntário/a) trabalha enquanto vendedor/a. Pretende trocar uma camisola sem a etiqueta da loja. Não dispõe do talão de compra, justificando que foi uma prenda, falando bruscamente com o/a (voluntário/a).

Comportamento esperado: que o/a voluntário/a perceba que o conflito é difícil de gerir e nesta situação específica, necessita de se afastar-se e chamar o seu superior.

Apêndice VI - Sessão 5
Contexto da Comunidade

FEUC Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estilos de comunicação

Estadística de Recrutamento: Joana Matias
Estrutura Organizacional: C230P, L. B.

14/06/2017

Assertividade

"A capacidade de expressar / defender uma determinada ideia de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros".

(Oliveira, 2002)

Comportamento Assertivo

Comportamento não verbal

- Postura direita e descontrída, ombros direitos, ar pensativo, sério, atencioso, interessado, mantém o contato visual;

Comportamento para verbal

- Voz clara, firme, agradável, suave, mantém o tom;

Comportamento verbal

- Gostaria, Quero, Penso, Sinto, Acho, Não gosto, O que pensa?; Como poderemos resolver isto?; Concorda?; Compreendo; Obrigado.

14/06/2017

Comportamento Assertivo

Padrões de Pensamento

- Conhecem e acreditam nos próprios direitos, importa a resolução de conflitos através da negociação (ganhar/ganhar);

Sentimentos

- Respeito por si próprio;

Consequências

- Os outros sentem-se respeitados e valorizados. São consideradas pessoas "boas" mas não "tontas";

14/06/2017

Comportamento Agressivo

Comportamento não verbal

- Postura tensa. Aponta com o dedo, bate na mesa. Discurso preciso ou calculado, recorrendo a ameaças ou insultos;

Comportamento para verbal

- Tom de voz alto ou baixo, áspero. Risos sarcásticos;

Comportamento verbal

- Vai porque eu quero; Não sabe; Deveria...; Deve estar a brincar...; Cede-me Quem manda aqui sou eu; Tem que fazer senão...

14/06/2017

Comportamento Agressivo

Padrões de pensamento

- "Agora só conto eu, o que tu penses / sentes não me interessa"; "De outra maneira ninguém me respeita"; Tudo se restringe a ganhar ou perder;

Sentimentos

- Ansiiedade crescente, sensação de incompreensão, culpa e frustração. Provável baixa autoestima, sensação de falta de controlo;

Consequências

- Rejeição ou evitamento pelos outros, solidão;

14/06/2017

Comportamento Passivo

Comportamento não verbal

- Postura contrída, ombros encucados. Evita o contato ocular;

Comportamento para verbal

- Voz sumida e apagada, hesitações, pára no meio do discurso. Silêncios. Riso nervoso e forçado;

Comportamento verbal

- Talvez; Quem sabe...; Desculpe, mas...; Não se incomode; Não tem importância; Não vale a pena...; Pergunto-me se poderíamos...; Não gosto de criar problemas...

14/06/2017

Comportamento Passivo

Padrões de pensamento

- Evitam incomodar ou ofender os outros. Sensação constante de ser incompreendido, manipulado, ignorado;

Sentimentos

- Insegurança, sentem-se pessoas sacrificadas, culpabilizadas, ansiedade e frustração; Submissão e dependência em relação aos outros e aos outros, provável baixa autoestima;

Consequências

- Perda do apreço das outras pessoas; Pouco respeitados, fazem os outros sentem-se culpados ou vanguardados; Ansiedade; Acesso repetitivo de agressividade; Solidão e sensação de falta de controlo;

14/06/2017

Comportamento Passivo - Agressivo

Comportamento não verbal

- Tem de voz baixa, pouca clareza no discurso. Incongruência entre a comunicação verbal e não verbal; Pressiona / força o outro; Cria conflitos em vez de resolvê-los; Desculpas para obter compaixão; Apresenta discursos diferentes conforme o interlocutor (Manipulador)

Comportamento para verbal

- Nunca pensar a tal coisa...; Não diria a mais ninguém...; Diz-se por aí...; Vack é que sabe, mas...; Não foi bem isso que eu pretendi dizer; É só a sua opinião...

Padrões de pensamento

- Baixo respeito e desvalorização pelos outros;

14/06/2017

Comportamento Passivo - Agressivo

Sentimentos

- Chantagem emocional, sarcasmo; Desconfia das intenções do outro;

Consequências

- Perda de credibilidade pelos outros e a longo prazo o fracasso, pois perde a capacidade de estabelecer relações com os outros com base na confiança recíproca;

14/06/2017

Assertividade

Para um comportamento resultar assertivo é necessário colocar em prática várias habilidades que se enquadram no âmbito da comunicação verbal, para verbal e não verbal uma vez que a linguagem corporal fala mais alto.

14/06/2017

Apenas conseguimos transmitir por palavras 7% dos pensamentos, 38% por sinais para verbais e 55% pelo corpo.

Oliveira, 2002 cit por Loureiro, 2010

Caso prático

O seu chefe chama-o ao gabinete e diz:

Ligou um colega seu a dizer que hoje não pode vir trabalhar, portanto você vai ter que seguir o turno dele...

Como reage...?

14/06/2017

"Bem, sim, claro, não me importa de ficar e fazer um turno extra"

"Só pode estar a brincar"

Ok, eu fico e faço um turno extra
(Depois para um colega: "Como é que ele tem coragem para me pedir outra vez para fazer um turno extra? Bem, vamos ver quanto é que eu vou trabalhar")

"Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa"

14/06/2017

Passivo

Agressivo

Passivo-Agressivo

Assertivo

Teste de Assertividade

Resposta	Pontuação
1. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
2. Só pode estar a brincar.	5
3. Bem, sim, claro, não me importa de ficar e fazer um turno extra.	0
4. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
5. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
6. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
7. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
8. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
9. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10
10. Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem, hoje é a vez de outra pessoa.	10

Resultados:

Pontuação 60 ou mais - Tem um comportamento predominantemente assertivo e provavelmente lida bem com a maioria das situações;

Pontuação 45-59 - Tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade;

Pontuação 30-44 - Pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva;

Pontuação 15-29 - Tem dificuldades consideráveis em ser assertivo.

Bibliografia

- Loureiro, C (2010). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no. 4 Porto
- Pereira, L, Saubira, P., Valério, O, Nogueira, M (2010). Treino de Assertividade na enfermagem de saúde mental. 10.12160/RS.2.2.33487.33487.
- Toussaint, M (2005). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Conceitos de Cuidado, a Prática Baseada na Evidência. Lusitânica

Teste de Assertividade

Atribua um número a cada item utilizando a seguinte escala:

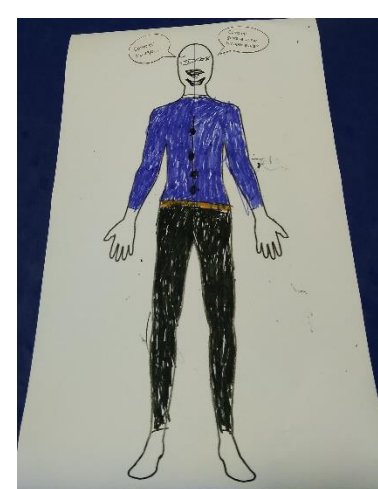
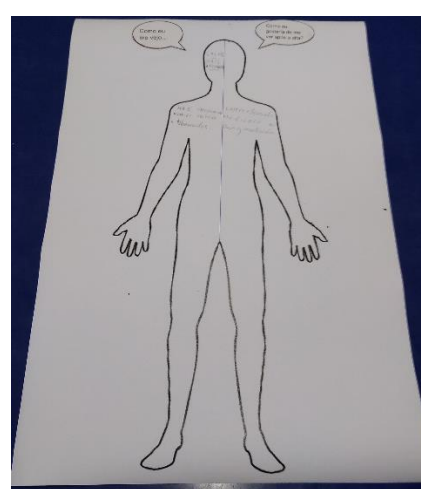
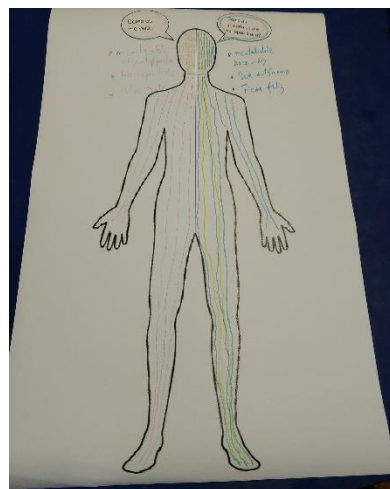
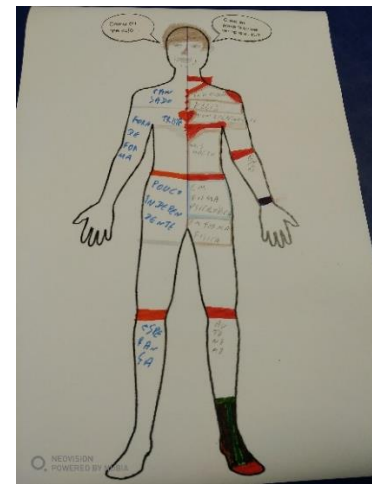
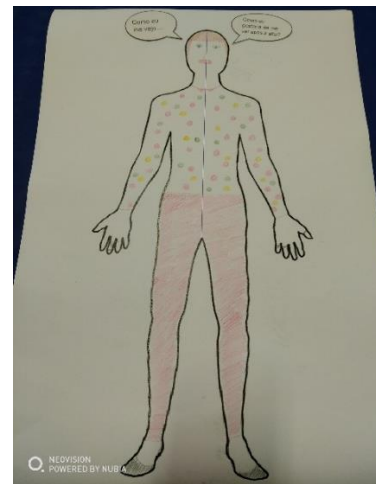
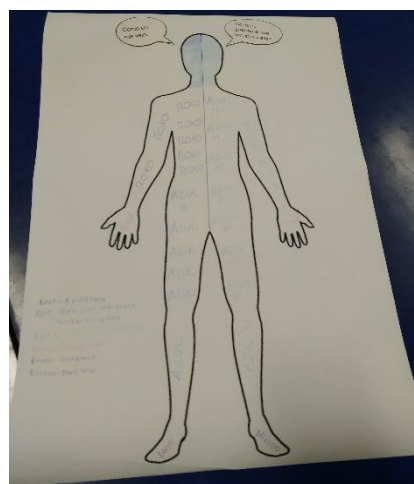
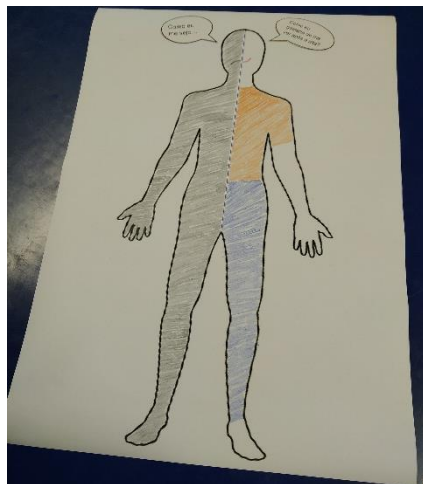
1 = Nunca; 3 = Por Vezes; 5 = Sempre

1. Peço aos outros para fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso.	
2. Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer, digo “não” sem me sentir culpado ou ansioso.	
3. Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas.	
4. Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como por exemplo o meu chefe).	
5. Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.) verbalizo-os facilmente.	
6. Quando exprimo raiva, faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso.	
7. Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo.	
8. Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo.	
9. Quando cometo um erro, reconheço-o.	
10. Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema.	
11. Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente.	
12. Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de “estúpidas” ou “ridículas”.	
13. Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas a outros.	
14. Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante que posso aprender a fazê-lo.	
15. Acredito que as minhas necessidades são tão importantes quanto as dos outros, e tenho direito a ter as minhas necessidades satisfeitas.	

Fonte: (Lloyd, S.R. (2002, citado por Townsend, 2011))

Apêndice VII - Sessão 7
Contexto da Comunidade

Sessão 7 “Conheço-me bem”



Apêndice VIII – Avaliação Sociodemográfica dos Participantes
Contexto de Internamento

Avaliação Sociodemográfica

Entrevistado	Nome	Sexo	Idade	Grau de Escolaridade	Estado Civil	Suporte Familiar	Motivo do Internamento
E1	V.	Feminino	42	9ºano	Solteira	Vive em casa da irmã e do cunhado.	(Doença Bipolar) Quadro depressivo major com ideação suicida
E2	M.	Masculino	40	Licenciatura em Gestão	Solteiro	Vive com os pais	(Esquizofrenia) Alucinações acústico verbais relacionadas com a vizinha
E3	C.	Feminino	52	Licenciatura em Psicologia	Casada	Vive com o marido e o filho	(Doença Bipolar) Episódio depressivo major
E4	L.	Masculino	58	4º ano	Divorciado	Vive em casa de um amigo	(Doença Bipolar) Episódio depressivo com tentativa de suicídio (na linha do Metropolitano)
E5	M.	Feminino	56	12º ano / Pintora	Divorciada	Vive sozinha	(Esquizofrenia) Abandono da terapêutica na sequência de episódio depressivo após falecimento do pai.

Apêndice IX - Sessão 1
Contexto de Internamento

Sessão 1 “O Dilema”

Como sou hoje...?

Como serei amanhã...?

O que posso fazer para mudar...?

Qual é o meu dilema?

Viver é...

Viver é uma peripécia. Um dever, um afazer, um prazer, um susto, uma cambalhota. Entre o ânimo e o desânimo, um entusiasmo ora doce, ora dinâmico e agressivo.

Viver não é cumprir nenhum destino, não é ser empurrado ou rasteirado pela sorte. Ou pelo azar. Ou por Deus, que também tem a sua vida. Viver é ter fome. Fome de tudo. De aventura e de amor, de sucesso e de comemoração de cada um dos dias que se podem partilhar com os outros. Viver é não estar quieto, nem conformado, nem ficar ansiosamente à espera.

Viver é romper, rasgar, repetir com criatividade. A vida não é fácil, nem justa, e não dá para a comparar a nossa com a de ninguém. De um dia para o outro ela muda, muda-nos, faz-nos ver e sentir o que não víamos nem sentíamos antes e, possivelmente, o que não veremos nem sentiremos mais tarde.

Viver é observar, fixar, transformar. Experimentar mudanças. E ensinar, acompanhar, aprendendo sempre. A vida é uma sala de aula onde todos somos professores, onde todos somos alunos. Viver é sempre uma ocasião especial. uma dádiva de nós para nós mesmos. Os milagres que nos acontecem têm sempre uma impressão digital. A vida é um espaço e um tempo maravilhosos mas não se contenta com a contemplação. Ela exige reflexão. E exige soluções.

A vida é exigente porque é generosa. É dura porque é terna. É amarga porque é doce. É ela que nos colcoa as perguntas, cabendo-nos a nós encontrar as respostas. Mas nada disso é um jogo. A vida é a mais séria das coisas divertidas.

Avaliação da Sessão “Viver é...”

Considera que esta sessão foi útil?

Avalie de 1 a 5 (em que 1 é nada útil e 5 extremamente útil):

				
☐	☐	☐	☐	☐

Correspondeu às suas expetativas?

Avalie de 1 a 5 (em que 1 é não correspondeu e 5 superou as expetativas):

				
☐	☐	☐	☐	☐

Gostou da forma como foi apresentada?

Avalie de 1 a 5 (em que 1 é detestei e 5 superou as adorei):

				
☐	☐	☐	☐	☐

Comentários

Obrigado pela sua participação!

Apêndice XI - Sessão 3
Contexto de Internamento

Benefícios da adesão ao Tratamento

Aumento da produtividade individual

Capacidade de estabelecer relações

Maior autonomia

Maior qualidade de vida da pessoa e da família

Redução dos sintomas

Prevenir crises

Consequências da não adesão ao Tratamento

Aumento do número de internamentos

Minimiza a probabilidade de recuperação das pessoas

Diminuição da qualidade de vida

Aumento da morbidade e da mortalidade

